

Lunds Universitet

Socialhögskolan

Magisteruppsats

Höstterminen 2007

Let's talk about sex

En studie av patienters uppfattning av samtal i samband med testning/smittspårning för sexuellt överförda infektioner med fokus på sexualitet.

Författare: Jack Lukkerz

Handledare: Dolf Tops

Abstract

The aim of this study is to examine the patient's understanding of the counselling while testing for an STI. The method was an inquiry directed to patients at two receptions, where tests for STI are made, and on the Internet for patients who made a test within the last year. The study involves 95 participants, 39 answered the inquiry directly after the test. The main results show that most participants are positive to talk about their sexuality and sexual strategies with the personnel, irrespective of who takes the initiative to the counselling. Women are yet more negative than men to talk about their sexuality, even if the test is made voluntarily by the woman. The number of those who understand the counselling as rather or very useful is not as high as the number of those who say their attitude toward talking about sexuality while testing for an STI is rather or very positive. The suggestions for further research is to examine the factors that influence the understanding of the counselling dependent of the sex/gender and also how the usefulness could be made more efficient for the persons testing themselves for an STI.

Keywords: sex, safer sex, sexuality, HIV, sti, testing, counselling.

Innehållsförteckning

1. Inledning	4
1.1 Problemformulering.....	4
1.2 Syfte	6
1.3 Frågeställningar	6
2. Begreppsdiskussion	7
2.1 Sexualitet.....	7
2.2 STI	7
2.3 Smittskyddslagen.....	8
2.4 Smittspårning.....	8
3 Metod och urval	10
3.1 Val av metod	10
3.2 Urval och avgränsning	11
3.3 Tillvägagångssätt.....	13
3.4 Metodreflektion, tillförlitlighet och källkritik.....	14
3.5 Reliabilitet och validitet.....	15
3.6 Etiska överväganden.....	16
3.7 Bearbetning samt analys av empiriskt material.....	17
3.8 Perspektivval och förförståelse.....	18
3.9 Fortsatt framställning.....	19
4.1 Makt, roller, normer och föreställningar kring sexualitet	20
4.2 Kommunikation	25
5. Tidigare forskning	27
6. Redovisning och analys	34
6.1 Empiriskt underlag.....	34
6.2 Bortfallsanalys.....	35
6.3 Fördelning på ålder, kön och sexpartner.....	36
6.4 Personalen som initiativtagare till samtal om sexualitet.....	37
6.5 Patienten som initiativtagare till samtal om sexualitet	38
6.6 Inställning till om personalen hade tagit upp sexlivet om så ej skett	39
6.7 Personalens bemötande	42
6.8 Upplevelsen av innehållet i samtalet	43
6.9 Uppfattningen av personalens reaktion då patienten själv tagit upp sexualitet.....	44
6.10 Upplevelsen av samtalets användbarhet i vardagen.	45
6.11 Förändringar i vardagen efter samtalet	46
6.12 Utelämnad eller falsk information från patientens sida	48
7. Avslutande diskussion	49
Bilagor	61
1. Brev.....	61
2. Enkät	63
3. Detaljerad redogörelse av inkomna enkätsvar.	69

1. Inledning

1.1 Problemformulering

Människans sexualitet är mångfacetterad och sammansatt. Att hon i samband med uttryck av sin sexualitet tar risker, trots kunskaper och erfarenheter, ter sig säkert för många som rentav svårbegripligt. Det ligger nära till hands att fråga sig vilka mekanismer som styr vårt sexuella beteende och vårt förhållningssätt till risker. Tikkanen (2003b) redogör mot bakgrund av såväl amerikansk som egen forskning för en rad faktorer som påverkar det sexuella beteendet och risktagande. Han identifierar tre nivåer – individuell, interpersonell och situationell nivå – som alla innefattar olika faktorer med betydelse för sexuellt risktagande när individer har sex med andra individer. Partners ålder är ett exempel på en faktor som påverkar det sexuella beteendet. Yngre män i gruppen män som har sex med män bedömer det vara mindre riskfyllt att ha sex med andra yngre personer, eftersom hiv associeras med äldre män. En individ gör därmed en kalkylering, menar Tikkanen, av vad som är riskfyllt och vad som är säkert (ibid.). Sen en mer detaljerad förklaring till Tikkanens tre nivåer på sidan 28.

Ett test för en sexuellt överförd infektion, dvs. STI, är ofta en situation då individens sexualitet hamnar i centrum. All testning i Sverige äger rum inom ramen för den offentliga hälso- och sjukvårdens verksamhet. Att en individ testar sig för STI kan ses som en konsekvens av hur kunskaperna om sexualitet och säkrare sex förvaltas. Samtalet med hälso- och sjukvårdens personal i samband med testning och/eller smittspårning, inklusive patientens uppfattning av detta samtal, är väsentligt för att förmedla adekvat kunskap om säkrare sex. Samtalet är också viktigt för att hitta förhållningssätt till kunskapen och hur den kan omsättas.

Region Skånes utvärdering (Benipoor & Holmström, 2005) av den s.k. ”Klamydiakampanjen”, en kampanj som genomförts hösten 2005 och vars syfte varit att både öka tillgängligheten för testning, öka kunskaperna om sexuellt överförda infektioner samt medvetenheten om risker, illustrerar uppsatsens problemformulering. De stigande klamydiatalen i Sverige föranledde landstingen att intensifiera insatser för att motverka en ökad smittspridning. En sådan insats har varit att öka tillgängligheten för klamydiatestning under en dag eller en vecka under hösten. Enligt utvärderingen anser personalen att faktorer som kampanjmaterialets utformning och tillgängligheten till den egna (personalens, min anm.) arbetsplatsen är viktiga och att syftet med kampanjen är att fler testar sig.

Utvärderingen nämner inte någonting om innehållet i de s.k. testningssamtalen, då patienten besökt Regionens vårdinrättningar. En del frågor från patientgruppen återges – någon i personalen berättar exempelvis att ”vissa ställde frågor när de fick se broschyerna och undrade om klamydia och då fick vi informera om vad det är” (s. 14). Det framgår emellertid inte mer exakt vad detta innebär. Sexualiteten, sex eller sexuella förhållningssätt som begrepp eller företeelse nämns inte i rapporten.

Almås & Pirelli Benestad (2006) menar att

”...uansett hvilken jobb vi har i helsevesenet, og uansett på hvilken bakgrunn en klient er kommet til akkurat oss, vil vår behandling, enten den er somatisk, psykologisk eller sosialt innrettet, på ett eller flere vis gripe inn i klientens seksuelliv og seksuelle utfoldelsemulighet.” (ibid. s.93)

Den yrkesverksamme som utför testning och smittspårning – ofta ett teamarbete mellan läkare, sjuksköterska och kurator - hamnar enligt författarna i detta ögonblick i den intima sfären, som inbegriper individens sexliv.

Mot denna bakgrund står det klart att den sexuella aktiviteten är högst närvarande när personalen utför ett test, informerar om smittvägar eller arbetar för att förebygga fortsatt smitta – något den svenska smittskyddslagen (2004:168) ålägger den. I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (2005:23) gällande smittspårningsarbetet uttrycks att ”den som är i behov av psykosocialt stöd för att kunna hantera sin sjukdom eller för att ändra sin livsföring skall erbjudas detta”. Den som förmedlar uppgiften bör vidare ha ”ha lämpliga personliga egenskaper och, när det t.ex. gäller sjukdomar som överförs sexuellt, ett förhållningssätt som inger förtroende och motiverar delaktighet i utredningen” (ibid.).

Den bärande tanken i uppsatsen är att samtalet mellan sjukvårdspersonalen och den STI-testande patienten har en avgörande betydelse för ett framgångsrikt förebyggande arbete. Så hur uppfattar då patienten mötet med personalen - yrkesverksamma läkare, sjuksköterskor, barnmorskor och kuratorer – och deras förmåga att förmedla kunskap som bidrar till att individen skyddar sig? Uppfattar patienten att personalen överhuvudtaget tar upp sexualitet med honom/henne? Tar patienten upp sitt sexliv på eget initiativ? Uppfattar patienten samtalet som användbart för att förändra sitt sexuella beteende? Går det slutligen att skönja tendenser som tyder på skillnader i uppfattningar beroende på kön, val av sexuell partner, plats för test

eller huruvida testet skett frivilligt eller inte? Patientperspektivet är därmed det rådande perspektivet i uppsatsen.

1.2 Syfte

Syftet med den här uppsatsen är att undersöka patientens inställning till och uppfattning av samtal med fokus på sexualitet i samband med testning för STI, frivilligt och som följd av en s.k. smittspårning. Perspektivet är patientens, dvs. den sexuellt aktiva individens, som sökt upp hälso- och sjukvården för ett test.

1.3 Frågeställningar

- Uppfattar patienten att frågor som rör dennes sexliv – sexualitet, sex och sexuella förhållningssätt – tas upp i samband med testning/smittspårning?
- Vem tar upp dessa frågor och vad tas upp, såsom patienten uppfattar det?
- Hur uppfattar patienten personalens inställning, bemötande samt innehållet i samtalet i samband med testning/smittspårning?
- Hur uppfattar patienten samtalets användbarhet?
- Saknar patienten något i samtalet, relaterat till sitt sexliv?
- Har patienten utlämnat eller sagt något som inte stämt i samband med testning/smittspårning?
- Går det att se skillnader i hur samtalet i samband med test uppfattas, kopplat till kön, val av sexuell partner, plats för test samt huruvida testet skett frivilligt eller ej?

2. Begreppsdiskussion

2.1 Sexualitet

Sexualitet såsom ett komplext socialt fenomen kan förklaras på många sätt och mot olika bakgrund. En förklaringsmodell, som RFSU-Gruppen Malmö framtagit (Brander & Hansson, 1995) bygger på fenomenets komplexitet och intar ett helhetsperspektiv. Sexualitet handlar enligt författarna om ett samspel i en aktiv och utvecklande process, där samspelet sker mellan biologiska, psykologiska och sociala faktorer. En faktor allena kan inte förklara sexualiteten, delarna är inte automatiskt lika stora och lika betydelsefulla för en individ och de kan skifta betydelse över tid. De är också olika för t.ex. män och kvinnor, personer med skilda religioner eller olika vetenskapsperspektiv. Almås & Pirelli Benestad (2006) konstaterar att begreppet sexualitet är omfattande och föga precist. I sökandet efter en någorlunda heltäckande definition har jag bestämt mig för WHO:s (World Health Organisation) dito, som formulerat följande definition av sexualitet och som jag hämtar ur Nationalencyklopedin (1995):

"Sexualitet är en integrerad del av varje människas personlighet. Det gäller såväl kvinna och man som barn. Den är ett grundbehov och en aspekt av att vara mänsklig, som inte kan särskiljas från andra livsaspekter. Sexualiteten är inte synonymt med samlag, det handlar inte om huruvida vi kan ha orgasm eller inte och är heller inte lika med summan av våra erotiska liv. Dessa kan men behöver inte vara en del av vår sexualitet. Sexualiteten är mycket mer: den finns i energin som driver oss att söka kärlek, kontakt, värme och närhet; den uttrycks i vårt sätt att känna och väcka känslor samt hur vi rör vid andra och själva tar emot beröring. Sexualiteten påverkar tankar, känslor, handlingar och gensvar och därigenom vår psykiska och fysiska hälsa." (Nationalencyklopedin 1995, band 16)

2.2 STI

STI är en förkortning för engelskans Sexually Transmitted Infections, vilket betyder sexuellt överförda infektioner, eller det som i vardagsspråk betecknas som könssjukdomar. Dessa är delvis upptagna i den svenska smittskyddslagen (2004:168): klamydia, gonorré, syfilis, hepatit och HIV. De andra infektioner som räknas hit är bl.a. kondylom och herpes. Jag använder genomgående förkortningen STI i den här uppsatsen.

2.3 Smittskyddslagen

Smittskyddslagens (2004:168) första paragraf uttrycker följande: ”Samhällets smittskydd skall tillgodose befolkningens behov av skydd mot spridning av smittsamma sjukdomar.” Smittsamma sjukdomar definieras som ”alla sjukdomar som kan överföras till eller mellan människor och som kan innebära ett inte ringa hot mot människors hälsa.” Vidare delas smittsamma sjukdomar in i allmänfarliga och i samhällsfarliga sjukdomar. De samhällsfarliga sjukdomarna är sådana

”som kan få en spridning i samhället som innebär en allvarlig störning eller överhängande risk för en allvarlig störning i viktiga samhällsfunktioner och som kräver extraordinära smittskyddsåtgärder.” (SFS 2004:168)

De allmänfarliga är sådana

”smittsamma sjukdomar som kan vara livshotande, innebära långvarig sjukdom eller svårt lidande eller medföra andra allvarliga konsekvenser och där det finns möjlighet att förebygga smittspridning genom åtgärder som riktas till den smittade.” (SFS 2004:168)

Samtliga sexuellt överförda infektioner som finns upptagna i Smittskyddslagen kategoriseras som allmänfarliga (gonorré, hepatit, hiv, klamydia, syfilis). Lagtexten säger vidare att

”de allmänfarliga sjukdomarna och vissa andra smittsamma sjukdomar skall anmälas eller bli föremål för smittspårning enligt bestämmelserna i denna lag. Sådana sjukdomar benämns anmälningspliktiga sjukdomar respektive smittspårningspliktiga sjukdomar.” (SFS 2004:168)

Socialstyrelsen har det nationella ansvaret för samordningen av smittskyddsåtgärder, landstinget för arbetet inom landstingsområdet, där man utser en smittskyddsläkare. Denne kan i sin tur uppdra åt erfaren läkare vid en smittskydds-enhet eller infektionsklinik inom landstinget att fullgöra smittskyddsläkarens uppgifter.

2.4 Smittspårning

”Om en behandlande läkare konstaterar eller misstänker att en undersökt patient har smittats av en allmänfarlig sjukdom eller en annan smittspårningspliktig sjukdom, skall läkaren eller annan hälso- och sjukvårdspersonal med särskild kompetens för uppgiften försöka få upplysningar från patienten om vem eller vad som kan ha överfört smittan och om andra personer som kan ha smittats. Den enskilde patienten är skyldig att lämna de

upplysningar som han eller hon förmår lämna. Om den som enligt första stycket ansvarar för smittspårning på grund av uppgifter från patienten misstänker att andra personer kan ha smittats skall han eller hon se till att dessa underrättas om att de kan ha smittats av sjukdomen och uppmanas att uppsöka läkare.” (SFS 2004:168)

I fjärde kapitlet, under rubriken ”vissa smittskyddsåtgärder”, regleras insatser i form av råd och stöd till den som bär på en smittsam sjukdom:

”Den behandlande läkaren skall ge den som bär på eller misstänks bära på en smittsam sjukdom som omfattas av bestämmelserna i denna lag individuellt utformade medicinska och praktiska råd om hur han eller hon skall undvika att utsätta andra för smittrisk. Den som är i behov av psykosocialt stöd för att kunna hantera sin sjukdom eller för att ändra sin livsföring skall erbjudas detta. Sådant stöd kan ges av den behandlande läkaren eller av annan hälso- och sjukvårdspersonal med särskild kompetens för uppgiften.” (SFS 2004:168)

Vidare räknas det upp ett antal förhållningsregler, där en av dessa ålägger den smittade en ”skyldighet att vid sexuella kontakter iaktta ett beteende som minimerar risken för smittspridning”. (SFS 2004:168)

I de föreskrifter och allmänna råd som Socialstyrelsen gett ut avseende smittspårning (SOSFS 2005:23) betonas inte bara vikten av vissa medicinska kunskaper om smittsamhet, smittvägar och inkubationstider liksom gällande regelverk, utan också kunskaper i samtalsmetodik. Den som förmedlar uppgiften bör ”ha lämpliga personliga egenskaper och, när det t.ex. gäller sjukdomar som överförs sexuellt, ett förhållningssätt som inger förtroende och motiverar delaktighet i utredningen”, enligt de allmänna råden.

Den professionelles roll i samband med en STI är alltså central för att ett förebyggande arbete vad gäller fortsatt smittspridning ska fungera. Den bärande tanken i uppsatsen är att det samtal som sker mellan personalen inom hälso- och sjukvården och den patient som testat sig för en STI har en avgörande betydelse för ett framgångsrikt förebyggande arbete.

3 Metod och urval

3.1 Val av metod

Jag har valt att undersöka patientens uppfattning av dels förekomsten av och dels innehållet i samtal kring sexualitet, sex och sexuella förhållningssätt i samband med testning och smittspårning av STI. Som metod valde jag att genomföra en enkätstudie. Avgörande var att en enkätstudie gör det möjligt att under en begränsad tid samla in data från många olika respondenter, utan att träffas. Eftersom frågorna riktade till respondenterna i studien dessutom rör deras sexualitet eller sexliv och att frågorna därmed kan uppfattas som känsliga erbjuds respondenten genom valet av enkät som metod i högre utsträckning en anonymitetsgaranti. Därigenom, hävdar jag, påverkas öppenheten och ärligheten i en positiv riktning.

En enkät är ett sätt att samla in kunskap genom att låta den som svarar på frågorna själv notera sina svar (Trost, 2001). Det finns två slags enkäter: postenkäter och gruppenkäter (ibid.). En gruppenkät är en enkät som delas ut till en grupp individer, som fysiskt befinner sig på en och samma plats samtidigt, t.ex. elever på en skola. Den som distribuerar ut enkäten kan besvara frågor rörande enkäten i anslutning till att respondenterna besvarar den och motivera alla att svara på ett tillfredsställande sätt. Enkät Distributörens beteende i samband med insamlingen av enkätdata kan påverka hur frågorna besvaras (ibid.). I det här arbetet använder jag mig av postenkäter, som i begreppets ursprungliga betydelse är enkäter som försänds via post, men som idag också tillhandahålls via e-post eller ligger på Internet för att besvaras i elektronisk form. Skillnaden från gruppenkäter är att respondenten är ensam under tiden som enkäten besvaras och inte har möjlighet att ställa frågor. Den som samlar in enkätdata har inte möjlighet att motivera eller på annat sätt påverka respondenterna (ibid., s 10).

Trost (2001) hävdar att studier där föresatsen är att genomföra en kvantitativ studie inom beteende- och samhällsvetenskaperna så gott som alltid är en blandform av kvantitativa och kvalitativa undersökningar. Han förklarar skillnaden mellan de båda undersökningssätten genom att exemplifiera detta med en rad frågor som kännetecknar en kvalitativ studie. Är frågeställningen t.ex. "hur vanligt" eller "hur många" ska studien vara kvantitativ. Handlar

frågeställningen istället om att försöka att förstå eller hitta mönster ska man göra en kvalitativ studie. Min frågeställning fokuserar på patientens uppfattning, inte huruvida ett samtal om patientens sexliv förekommit eller inte, eller hur vanligt det är, dvs. en utbredning av en företeelse. Detta kan i sig vara problematiskt, eftersom det kan vara skillnad mellan vad patienten uppfattar och om frågan faktiskt har ställts. Därmed kan värdet av denna kunskap diskuteras, men jag menar att patientens uppfattning är av stort intresse, då informationen riktas dit och en studie som denna kan belysa eventuella brister i informationsmottagandet. Vidare finns det ett visst utrymme för respondenten att uppge ytterligare information i svaren på frågorna som avser innehållet i samtalet, huruvida samtalet varit användbart eller inte samt om respondenten utelämnat något eller inte. Enkätstudien är samtidigt en insamling av kvantitativa data, där de flesta frågorna är slutna. Det ges förutom ovannämnda exempel inget ytterligare utrymme för respondenterna att utveckla eller fördjupa sina uppfattningar. Sammanfattningsvis är de flesta frågorna att betrakta som fasta med givna svarsalternativ, medan en del andra öppna och med svarsmöjligheter som inte är på förhand givna. Utifrån Trosts resonemang inordnar jag den här uppsatsens frågeställningar i kategorin blandform.

Enkätfrågorna har varit de samma både på webben och i tryckta formulär, men formuläret på webben har layoutmässigt skilt sig från det som lämnats ut i pappersform. En publicering av enkäten på webben krävde ett särskilt gränssnitt då enkäten visat sig för hemsidans (www.komikondom.com) besökare i form av ett popup-fönster. Skillnaderna i layout har dock varit marginella (se bilaga 2 för pappersformen och 3 för webbenkäten). Avslutningsvis menar Trost (2001) att det önskvärda vore om förhållandena under vilka respondenterna svarar skulle vara likadana, men det är inte möjligt att styra den sociala verkligheten i vilken enkätformulären besvaras. Detta har inte varit möjligt heller i den här uppsatsen, bl.a. av skäl som plats och tidpunkt för svarsinlämning, men kanske också graden av respondenternas livserfarenhet eller distans till testillfället och mötet med personalen.

3.2 Urval och avgränsning

Trost (2001) kallar det urval jag använt mig av för bekvämlighetsurval. Det innebär att forskaren lägger ut en enkät på platser där den population hon vill nå kan antas kunna nås. I mitt fall bedömde jag det vara självklart att distribuera enkäten via mottagningar där testning för STI sker, liksom att nå ut via en hemsida som riktar sig till sexuellt aktiva individer.

Jag har per e-post sänt ut en förfrågan om deltagande i enkätstudien och har riktat den till en rad mottagningar i Skåne, där testning för STI sker (bilaga 1). De mottagningar som avstått har angett skäl som bl.a. hög arbetsbelastning, andra pågående enkätstudier eller ointresse i att delta i studien. Någon mottagning har inte besvarat vare sig den första eller efterföljande förfrågningar. Enkäterna på mottagningarna har distribuerats med hjälp av personalen under tiden 16 november till 30 november 2006 mottagning ett samt under tiden 9 januari till 18 februari 2007 på mottagning två. Enkäterna publicerades även på hemsidan www.komikondom.com, som ägs av RFSL-Rådgivningen Skåne och min arbetsplats RFSU-Gruppen Malmö, och var tillgängliga för nedladdning under perioden 22 november 2006 - 5 januari 2007. Ett s.k. popup-fönster öppnades för alla de som besökte hemsidan och besökaren ställdes inför valet att besvara enkäten eller ta bort popup-fönstret.

Populationen som jag vill studera är sexuellt aktiva individer som testat sig för en STI under det senaste året. I den här studien undersöker jag uppfattningar nära sammankopplade med sexualitet som en privat sfär samt handlingar som kan vara behäftade med oro och skam. Tikkanen (2003a) diskuterar för- och nackdelar med val av retrospektiva perioder i enkäter som undersöker sexuellt risktagande eller rädsla. Fördelen med samma retrospektiva intervall kan vara att en direkt jämförelse är möjlig. Nackdelen kan vara svårigheter att minnas samt att individens möjlighet att korrekt återge vad han/hon gjort (sexuellt) eller som i det här fallet vad som har skett i mötet med personalen. Trost (2001) avråder från retrospektiva frågor med tanke på att uppgifterna inte alls är så trovärdiga som de förefaller vara. Utifrån detta är det en styrka att nästan hälften, 48 %, av materialet som används i uppsatsen insamlats i anslutning till mötet och testet. De resterande svaren är relaterade till ett test som ägt rum inom det senaste året, vilket ligger relativt nära tidpunkten för svarsinlämning.

Jag avstår från att beröra klass, religiös eller etnisk bakgrund eller annan grupptillhörighet förutom det faktorer jag räknar upp i frågeställningarna. Jag har riktat enkäterna, även de webbaserade, till boende i Skåne län. Vid bearbetningen av enkätdata från webben har jag beaktat enbart de svar som relaterar till ett test taget för mindre än ett år sedan.

Ursprungligen hade jag för avsikt att komplettera insamlade enkätdata med kvalitativa, fördjupande intervjuer. Det har under arbetets gång visat sig vara omöjligt att motivera respondenter att ställa upp på en intervju utifrån en uppmaning i enkäten – inte en enda respondent har hört av sig, trots att 190 enkäter inkommit. Förmodligen hade det krävts andra

tillvägagångssätt för att hitta intervjupersoner, t.ex. fysisk närvaro på mottagningarna eller en annan utformning av enkäten, med fler öppna frågor och utrymmen för en utveckling och fördjupning av respondenternas uppfattningar. Det hade helt enkelt varit nödvändigt att etablera kontakt med respondenterna på annat sätt.

3.3 Tillvägagångssätt

Vid sökandet av lämplig litteratur för teorier samt tidigare forskning använde jag mig dels av befintlig litteratur på min arbetsplats eget bibliotek, dels genom sökningar i databasen Xerxes för att hitta tidigare uppsatsarbeten inom området sexualitet, sex, säkrare sex och samlevnad. En del av de uppsatser jag funnit har fungerat som en vägledning i att hitta ytterligare litteratur i ämnet samt för att bredda perspektivet vid valet av teorier. Sökord jag använt har varit "sex", "sexualitet", "hiv", "Sti", "testning".

För att samla in de empiriska data har jag alltså valt enkäten som metod och har förberett en enkät för publicering på webben (bilaga 3) samt för utdelning på två skånska mottagningar där tester för STI sker (bilaga 2). Observera att enkätfrågorna har varit identiska (se tidigare resonemang), den enda skillnaden har varit den grafiska layouten och gränssnittet. Med bakgrund i syftet och frågeställningarna har jag utformat frågorna med dess svarsalternativ. Enkäten innehåller totalt 26 frågor, varav de sex första riktas till alla och de därpå följande frågorna riktar sig till dem som antingen testat sig frivilligt eller uppmanats till testning såsom partner till smittad. Jag har sänt ut utkast till enkäten på remiss till fyra kollegor på min arbetsplats, vilket har gett mig ytterligare stadga i utformningen av enkäten. Även personalen på de mottagningar som deltagit i studien har lämnat synpunkter i samband med mina förfrågningar om deltagande. Detta har jag inledningsvis ställt mig skeptisk till eftersom jag inte önskade att enkäten på något sätt skulle påverkas av dem som ska distribuera den. Trost (2001) menar att man som undersökare ska sträva efter att ha så litet som möjligt att göra med människorna i de potentiella svarandes omgivning. Detta är enligt honom i praktiken dock ogörligt, eftersom dessa kanske ser försändelser, vilket också har skett under det här uppsatsarbetet. Efter noga övervägande har jag också valt att beakta en av flera synpunkter. Den handlade om att ta med svarsalternativet "annat, t.ex. har av personalen hänvisats till någon annan" under fråga 6 i enkäten. Min bedömning var att det är ett viktigt alternativ, eftersom en patient kan ha remitterats vidare utan att ha fört samtal med den remitterande personalen. Detta behöver emellertid inte betyda att ett samtal om patientens sexliv inte har

ägt rum under testningsprocessen. Detta kan istället ha ägt rum med den personal till vilken patienten remitterats.

En bortfallsanalys återfinns senare i uppsatsen, i kapitlet ”redovisning och analys”.

3.4 Metodreflektion, tillförlitlighet och källkritik

I samband med förberedelsen av enkäten väcktes hos mig funderingar kring eventuella styrkor och svagheter att välja webben liksom att tillhandahålla enkäten via mottagningar. Beträffande webbaserade enkäter har jag försökt att sätta mig in respondentens situation. Individer som besöker en viss hemsida har inte som primärt syfte att besvara en webbenkät. Istället blir enkäten något som uppenbaras i samband med besöket och presenteras besökaren i form av ett s.k. popup-fönster. Vidare har besökaren någon anledning att besöka hemsidan, om det inte sker av slump eller misstag. Det kan vara t.ex. att söka kunskap eller att ställa frågor, men sannolikt inte att delge någon annan sin egen kunskap. Att då välja att besvara en enkät kräver antagligen en viss motivation liksom ett intresse för området. Det är lätt att klicka bort ett popup-fönster. En annan förutsättning är att individen känner sig säker med att hantera Internet. Frågan som också måste ställas är vad som motiverar besökaren att söka upp en viss hemsida? Å ena sidan finns det en risk att urvalet inte blir slumpmässigt. Å andra sidan är den här undersökningen redan baserad på ett urval, nämligen de som varit i kontakt med en mottagning det senaste året för att testa sig, liksom de individer som besökt hemsidan www.komikondom.com. Därmed ingår exempelvis inte de som av olika skäl inte valt att testa sig för en STI, men som eventuellt hade haft anledning att göra det, t.ex. efter ett oskyddat samlag. Men eftersom syftet med undersökningen är att ta reda på uppfattningar av kontakten med mottagningen i relation till samtal om sexualitet, säkrare sex och förhållningssätt är detta enligt mitt förmenande inte något problem.

Till styrkorna med webbaserade enkäter hör anonymitet liksom att individen svarar på enkäten när det passar, t.ex. hemma i lugn och ro. Anonymiteten kan borga för att svararen väljer att svara ärligt, samtidigt som det självfallet aldrig finns någon säkerhet att personen är den han/hon utger sig för att vara. Vidare är det i princip omöjligt att göra en geografisk avgränsning i den här undersökningen även om jag uttryckligen vänder mig till boende i Skåne län. Det är inte heller möjligt att veta huruvida personen har uppfattat frågorna korrekt eller svarat ärligt, vilket gäller alla typer av enkäter.

Att lägga ut enkäter på mottagningar och vårdinrättningar där testning sker är enligt min uppfattning ett bra sätt att nå en annan population, där ett intresse för en viss hemsida eller datakunskaper inte spelar roll. Tikkanen (2003a) har i sin avhandling använt sig av både enkäter på webben och enkäter som distribuerats postalt. Mot bakgrund av sin analys menar han att internetenkäterna i hans studie kompletterar brevenkäterna på så sätt att representativiteten, dvs. att fånga in individer med skilda sätt att identifiera sig eller på olika bostadsorter, ökar. Jag menar att detta kan överföras till att gälla även i den här uppsatsen, där jag via webben kan nå individer som bor på mindre orter i Skåne och som testat sig vid olika tidpunkter under det senaste året. Detta sätt att hämta in empiriska data ger dessutom möjlighet att få ta del av kunskaper då de är som färskast, eftersom enkäten besvaras i anslutning till mötet med personalen. Även om detta kan vara problematiskt, om man betänker att eventuella känslor, såsom oro eller nervositet, kan påverka hur samtalet uppfattas, uppfattar jag den metod jag valt som den som förefaller vara mest lämplig för att få relevant empiriskt material.

3.5 Reliabilitet och validitet

Reliabilitet betyder tillförlitlighet eller att en mätning är stabil och inte utsatt för påverkan som t.ex. att frågorna ställs på olika sätt, att situationerna som respondenterna befinner sig i skiljer sig åt eller att humöret inverkar på svaren som avges (Trost, 2001). Reliabilitet innebär i princip att en undersökning genomförd vid ett annat tillfälle ska ge samma resultat, men att detta förutsätter ett statistiskt förhållande. Trost (ibid.) menar att med utgångspunkt i ett interaktionistiskt synsätt, där individer ständigt deltar i processer, kan vi förvänta oss olika resultat vid olika tidpunkter.

Det som är av störst betydelse för denna undersökning är kongruens, dvs. likhet mellan frågor som avses mäta samma sak. Trost (2001) menar att detta är viktigt för att få med företeelsens alla nyanser, och jag bedömer att detta villkor är uppfyllt. Däremot är det inte möjligt, hävdar jag, att situationen ska vara likadan för alla som svarar, något som överensstämmer med Trosts resonemang.

Validitet innebär att frågan mäter det den är avsedd att mäta. Jag har testat enkäten på fem personer för att se om frågorna uppfattas på samma sätt av alla fem. De samlade svar och

ytterligare synpunkter gav vid handen att frågorna kan uppfattas på skilda sätt, vilket gjorde att jag försökte förtydliga frågor och svarsalternativ. Trots detta har jag under bearbetningen av insamlade data konstaterat att åtminstone en fråga uppfattats på olika sätt av respondenterna. Det handlar om frågan huruvida patienten själv tagit upp frågor som rör dennes eget sexliv. Frågan löd ”Har personalen på mottagningen tagit upp frågor som rör ditt sexliv?” med följdfrågan ”Om NEJ – har du själv tagit upp frågor som rör ditt sexliv?”. De flesta, 24 av 29, som svarade ja på första frågan har även svarat ja på följdfrågan, trots att jag i sådant fall inte efterlyste något svar på denna följdfråga. Detta tolkar jag som att dessa respondenter uppfattade testsamtalet där personalen tagit upp frågor som rör patientens sexliv, som en dialog. Personalens agerande kan därmed ha tolkats som en inbjudan till ett ömsesidigt utbyte, ett samtal, och då har flera patienter besvarat denna inbjudan. Jag återkommer till detta senare under kapitlet ”Redovisning och analys”.

3.6 Etiska överväganden

En aspekt som jag ägnat en del tankeverksamhet är förhållandet till den personal som distribuerar enkäterna till patienterna. Undersökaren ska sträva efter att ha så litet kontakt som möjligt med människorna i de potentiella svarandes omgivning (Trost, 2001). Detta är enligt författaren ogörligt i praktiken, och var också ogenomförbart i det här arbetet. Utan en förankring bland personalen vad gäller studiens syfte och dess betydelse för kunskap hade studien inte kunnat genomföras. Jag har fört diskussioner med personalen på de mottagningar som deltagit och personalen har samstämmt förmedlat bilden av att sådan kunskap är viktig även för dem. Därför har de deltagande mottagningarna ställt sig positiva till samarbetet. Trost (ibid.) menar att det är viktigt att omgivningen inte ser undersökarens meddelanden. I mitt fall var det utförbart att inte låta personalen ta del av enkätformuläret i förväg. Detta har skapat en relation mellan mig och personalen, något också Trost (ibid.) problematiserar. Det är viktigt att relationen är positiv vilket jag bedömer var fallet i den här studien. Ett ytterligare problem med personalens delaktighet i utdelandet av enkäter och därmed i insamlingen av empiriska data är att personalen, på ett medvetet eller omedvetet plan, styrs och påverkas av att en studie pågår. Detta kan påverka personalens sätt att möta patienterna och därmed patientens uppfattning av mötet. Jag menar att denna aspekt är viktig vid tolkningen av den kunskap studien kommer att presentera.

3.7 Bearbetning samt analys av empiriskt material

Jag har kategoriserat enkätsvaren genom att dela upp dem i svar på webbenkät och enkät besvarad på mottagning, huruvida test skett frivilligt eller inte samt utifrån patientens och partners kön. Därefter har jag kodat enkäterna utifrån varje enskilt svar i varje besvarad enkät. Kodningen har jag genomfört i form av bokstavskombinationer, vilket jag bedömde vara hanterbart med tanke på studiens omfång. I sammanställningen, där jag använt programmet Excel till hjälp, står M för man och K för kvinna. Dessutom skriver jag ut kategorierna ”frivillig” och ”uppmanad” i sin fulla längd, medan förkortningarna ”webb” och ”direkt” står för webbenkät respektive enkät som besvarats på en mottagning. Således kan det stå ”MSK – webb – uppmanad” i min sammanställning, vilket innebär att svaret kommer från en man som har sex med kvinnor och som uppmanats till ett test och där enkätsvaret lämnats in via webben. Vid fortsatt sammanställning har jag använt mig av förkortningar för svarsalternativen ”mycket positiv” till ”mycket negativ” samt ”mycket användbar” till ”mycket oanvändbar”. Svar som besvaras med ja eller nej har jag noterat genom att använda mig av ”ja” samt ”nej”. I de fall respondenten lagt till något under rubriken ”annat” eller under frågorna som handlar om vad som varit mycket eller ganska användbart/oanvändbart respektive vad man utelämnat eller inte sagt samt varför har jag gjort en notering i min sammanställning för att lättare hitta tillbaka till enkätsvaret. Sammanställningen står till grund för presentationen av svaren, där jag bl.a. använder mig av diagram. Jag har valt att enbart redovisa avgivna svar, när jag redogör för svarsalternativen i diagrammen. Det innebär att jag inte redogör för ”svar ej avgetts” i diagrammen. Detta med anledning av att jag vill fokusera på de svar som lämnats samt att jag bedömer att en analys av de ej avgivna svaren på varje enskild fråga inte är nödvändig. Däremot redogör jag för andel icke avgivna svar i texten i anslutning till varje diagram.

Min analys grundar sig i de teorier jag avhandlar under kapitlet ”teoretiska perspektiv och tidigare forskning”. Jag redogör för de data jag samlat genom enkätsvaren och gör en löpande analys direkt i presentationen av data. Avslutningsvis diskuterar jag data och presenterar förslag på förändringar av hur samtalet mellan patient och personal i samband med ett test för STI ska ske samt vad jag anser behöver undersökas närmare för att bredda och fördjupa kunskapen om dessa samtal.

3.8 Perspektivval och förförståelse

För att avrunda metod- och urvalskapitlet vill jag för en stund uppehålla mig kring min roll som forskare, val av mina perspektiv samt min förförståelse. Eliasson (1995) menar att ”vad vi kan göra som forskare är bl. a. att samla bilder av många människors erfarenheter, söka det generella i det specifika, finna mönster och sammanhang. Vår uppgift är inte bara att förstå, utan också att förklara och begripa.”(s 86). Hon menar att relevant forskning har sin verklighet i de enskilda människors och grupper erfarenhet, men att det är viktigt att också kritiskt våga granska deras verklighetsbilder, kunskaper och ”livsstilar” (ibid.). Mina många möten med människor som befunnit sig i situationer som har handlat om oro, rädsla och skam men också om lust, glädje och ren sexuell lust har gett mig en god inblick i de mekanismer som styr våra val och våra förhållningssätt till sexualiteten. Ofta, men långtifrån alltid, har de människor jag mött gett uttryck för att ha blivit missförstådda eller fördömda av den offentliga hälso- och sjukvården. Dessa erfarenheter har omvärderat min syn på sex och sexualitet men också på den roll jag som professionell har i mötet med ”den andra sidan”. Eliasson (1995) ställer frågan om vi kan som forskare inom det sociala området förhålla oss neutrala (ibid.). Hennes resonemang såsom ett svar på denna fråga handlar om att vi får aldrig blunda för utan istället avtäcka och klargöra motsättningar i vårt samhälle. Vi lever själva i det samhälle vi studerar, och det är föga sannolikt att vi kan lyckas att förhålla oss neutrala, vilket gäller även för mig med min historia. Hon varnar vidare för de omedvetna eller outtalade perspektivvalen, (ibid., s 28), vilket jag diskuterar ovan i det här kapitlet. Gilje & Grimen (1992) talar om förförståelsen såsom den förutsättning som bestämmer vad som blir förståelig och vad som är oförståeligt för oss när vi betraktar världen. Detta

”är ett nödvändigt villkor för förståelse (...) när vi ska tolka en text eller ett annat meningsfullt fenomen måste vi börja med vissa idéer om vad vi ska se efter. Utan sådana idéer skulle våra undersökningar inte ha någon riktning. Vi skulle inte veta vad vi ska rikta vår uppmärksamhet mot.” (Gilje & Grimen, 1992, s 183)

I förförståelsen ingår enligt författarna, som hänvisar till Gadamer och Popper i sin diskussion, faktorn personliga erfarenheter och som fungerar i vårt medvetande som exempel på hur saker och ting fungerar (Gilje & Grimen, 1992). Jag har mot bakgrund av ovanstående arbetat med ambitionen att ständigt medvetandegöra mina perspektiv och min förförståelse, med vetskapen om att mina erfarenheter kan påverka mitt sätt att genomföra en studie som denna.

3.9 Fortsatt framställning

Jag fortsätter med att diskutera viktiga begrepp, därefter avhandlar jag de teoretiska ramarna för det här arbetet, liksom redogör för en del av tidigare forskning inom fältet. Vidare redogör jag för de insamlade data och analyser dessa, varefter jag diskuterar de resultat som jag kommit fram till och slutligen föreslår områden som behöver utforskas närmare.

4. Teoretiska utgångspunkter

4.1 Makt, roller, normer och föreställningar kring sexualitet

Foucault (1976) talar i *Sexualitetens historia – 1. Vilja att veta* om makten från statsmakternas sida dels riktad mot den mänskliga kroppen i egenskap av maskin. Foucault kallar det en anatomisk politik för människokroppen som ska disciplineras. Dels talar han om fokus på kroppen som bärare av livets mekanik och som utgångspunkt för biologiska processer, där kroppen utsätts för en reglerande kontroll, något han benämner en bio-politik för kroppen. Denna makt från statsmakternas håll riktas mot befolkningen i sin helhet. På den anatomiska sidan, disciplinsidan, uppstår institutioner som armén och skolan. På den bio-politiska sidan, befolkningsregleringssidan, är det demografin, där förhållandet mellan invånare och resurser uppskattas, som står i centrum. Som en följd av bio-maktens utveckling får normens inverkan en större betydelse på bekostnad av lagens juridiska system och kontrollen blir viktigare än straffet. Normen fördelar det levande till värde och nytta, menar Foucault.

Vi bör enligt honom undersöka hur maktmekanismerna verkar och notera de avsedda liksom de oavsedda konsekvenserna, då makten är inneboende i alla sociala relationer. Studier av makt ska inte inriktas på makthavarnas motiv utan på praktiker och effekter på de underkuvades nivå.

Mitt val av ovanstående perspektiv utgår ifrån att mötet med hälso- och sjukvården i allmänhet och vid ett testtillfälle i synnerhet styrs och påverkas av en rad maktfaktorer. Personalen är myndighetsutövare med ett uppdrag utifrån lagstiftning, men också en auktoritet utifrån sin kunskap och kompetens. Patienten besöker en miljö som inte utgör hemmaplan, besöket är inte alltid frivilligt - kanske aldrig – och präglas av många mänskliga känslor såsom t.ex. oro, okunskap, rädsla, skuld eller skam. Hur kan patientens uppfattning av detta möte därmed förstås mot bakgrund av maktperspektivet?

Repstad (1998) talar om roller, normer och förväntningar. Medan rollen säger oss hur vi ska bete oss i en viss social position, t.ex. i patientrollen, förmedlas normer med negativa och/eller positiva sanktioner som följd. Rollen innebär regler, formella och informella, knutna till hur människor i vissa sociala positioner handlar och beter sig. Normer kan vara mer eller mindre omärkliga, formella eller informella, och kan resultera i trots om de är negativa.

Sanktionerna såsom följd av normbrott blir ett redskap för socialisering, som enligt Repstad (ibid.) är ”den process som gör att människor växer in i roller och lär sig att handla i överensstämmelse med dem samt tillägnar sig de normer och färdigheter som behövs för att kunna fungera i samhället” (s 51).

Utifrån normperspektivet blir roll ett begrepp som kopplar individen med det samhälle hon lever i. Alla har vi bestämda förväntningar på oss, beroende på plats eller sammanhang i övrigt. Vissa individer avviker från normen, när de inte låter sitt beteende styras av normer och förväntningar och istället låter sina spontana drifter och impulser vara vägledande. Det riktas enligt Repstad (1998) kritik mot denna teori, inte minst från sociologer själva som menar att människan inte är en ”viljelös marionett som rättar sig efter minsta vink från omgivningen”. (s. 59). Istället säger kritiker att människan kan välja mellan olika handlingsalternativ, men inom vissa ramar och under vissa handlingsbetingelser. Detta kallas enligt Repstad (ibid.) valperspektivet. Människan väljer handlingar med syfte att uppnå ett mål, som ofta går ut på att åstadkomma ett så fördelaktigt resultat som möjligt. Individen kan välja att maximera sitt utbyte eller välja det bästa nog i förhållande till vissa minimikrav, att ”satisfiera” (s. 60).

En härskande norm i samhället är den s.k. heteronormen, ett begrepp som diskuteras allt oftare i Sverige i dag. Heteronormen ut på att alla människor i vårt samhälle betraktas som om de vore heterosexuella och alla företeelser i samhället betraktas som om de skedde i ett heterosexuellt sammanhang. Kvinnor förväntas vara kvinnliga, män manliga, och kvinnor och män ska förhålla sig till varandra, åtrå varandra och begära varandra. Fenomen som ”familj” eller politiska processer som ”jämställdhet” omfattas av denna norm (Kulick, 2005). Dessa mekanismer förutsätter att kvinnor och män kan identifiera varandra, vilket sker med hjälp av olika kännetecken som kläder, gester eller egenskaper (Dahl, 2005). Hon menar att det är sexualiteten som står i fokus, eftersom den är grunden till njutning och reproduktion men också roten till problemen: ”en ständig källa till fara för kvinnor och konflikt mellan könen”. (ibid. s. 49). Ett annat exempel som Kulick (2005) framkastar är den homosexuella kulturen, som han menar inte passar in i det normativa tänkandet eftersom det påbjuder en monogam tvåsamhet. Därför kan homosexuellas sexuella beteende, som i en del av denna kultur och oftare än bland heterosexuella, handla om ”flyktiga sexualmöten som har en framträdande plats” (s. 19) och därmed blir störande.

Jag ämnar använda teorierna om normer i allmänhet, och den om heteronormen i synnerhet, i syfte att göra en mer inträngande analys av empirin och därigenom öka min förståelse för det som styr samtalet i samband med testning för STI. Kan de insamlade data visa på skillnader mellan könen, t.ex. om det finns en skillnad i hur män och kvinnor uppfattar samtalet, samt går det att se skillnader beroende på sexuell partner?

Samtalet i samband med ett test kan utgöra en av flera arenor där makt, roller och normer skapar en socialiseringsprocess eller individens uppfattning av sin egen sexualitet. Löfgren-Mårtenson (2005) använder i sin avhandling "Får jag lov"? begreppet sexuella script, som myntats av Gagnon och Simon. Kortfattat reglerar individens sexuella script de sexuella uttryckssätten och besvarar frågorna när, var, hur, med vem och varför en människa har sex. Löfgren-Mårtenson (ibid.) menar att scripten kan ses som individens manuskript för sexuella handlingar, den kan sägas ge människan de svar hon söker på grundläggande frågor om sexualitet. Scripten är en karta som guidar människan i de komplicerade kulturella förväntningar och krav som hon befinner sig i och som har betydelse för att hitta acceptabla sätt att uttrycka den egna sexualiteten. Scripten ger jaget tillåtelse till att hänge sig åt sexuellt beteende eller inte, och scripten ger tillgång till de upplevelser som det åtråvärda eller begärda beteendet är förväntat att ge. Den sexuella scripten har både en social och en intrapsykisk dimension, människan lär sig hur hon ska agera som sexuell varelse i samspelet med andra.

Sexuella script kan enligt Löfgren-Mårtenson (2005) användas som en referensram för studier och analys av den sociala konstruktion som sexualiteten är samt hur produktionen av sexuellt beteende i det sociala livet sker. Hon påpekar avslutningsvis att bl.a. terapeuters och patienters möten genomsyras av de kulturella, interpersonella (sociala, min anm.) och intrapsykiska scripten. Denna teori utgör ytterligare ett steg i min förståelse av hur uppfattningen av samtalet i samband med testning bidrar till fortsatt utveckling och förändring av sexuella strategier. Hur uppfattas samtalets roll som förmedlare av kunskap, koder och spelregler?

Jag antar att de allra flesta som jag kommer att studera i den här uppsatsen är att betrakta som unga människor. Därför vill jag koppla in Almås & Pirelli Benestad (2006), som delar in ungdomstiden, den första tiden i den sexuella människans liv, i olika faser. En av dessa innefattar "seksuell utprovning, dating og skiftende partnere" (ibid. s.98). Författarna menar således att "prevensjon begynner å bli et tema, på samme måte som muligheten for å bli

smittet av seksuelt överförbara infektioner (SOI)” (ibid. s. 98). I det här stadiet är det enligt Almås & Pirelli Benestad (ibid.) bra med god och saklig upplysning. De menar vidare att denna tid, som till stor del sammanfaller med puberteten, är en tid då man är på väg att bli den man är. ”Livet er en scene hvor det er nødvendig å prøve ut roller for å finne dem en finner seg til rette i.” (ibid. s. 98). Puberteten är en tid av frustrationer, som kräver vakenhet från dem som möter unga människor, bl.a. professionella. Unga människor är ofta sexuellt osäkra, man söker efter en tillhörighet och en likformighet i bl.a. klädstil och där ett avvikande kan upplevas som en katastrof. De sexuella behoven växer, de blir ett redskap för att få uttryck för skuld, skam, ångslan och glädje – själv i form av onani eller tillsammans med andra. Upplysning blir viktig, och här behöver varje behandlare komma ihåg sin egen tid, sina egna speciella behov för att kunna ge tillåtelse och stöd, enligt författarna som också menar att läkare och barnmorskor är bland de första en ung människa möter och som kan ge svar på frågor kring sexualitet. Det sker i samband med sexualupplysning och/eller för kvinnor förskrivning av receptbelagda preventivmedel. Almås & Pirelli Benestad (ibid.) använder begreppet ”sexualfrämjande allianser” (s. 124) som innebär en god relation mellan patient och behandlare och som därigenom utgör ett gott underlag för bl.a. förmedling av information om säkrare sex utan att en handling skuldbeläggs. Samtidigt skapar dessa allianser en grund för att återvända vid en misstanke om en infektion (ibid.).

Åter till Repstad (1998) som refererar till Goffman. Hans utgångspunkt är antagandet att människor visserligen går in i roller, men de gör de på ett mer medvetet sätt än vad som ligger i ett normperspektiv. Goffman, som kallar detta för performances (uppträdande, min övers.), menar att syftet är för människan att förmedla ett intryck av sig själv. Rollen spelas utifrån en pragmatisk hållning - det kan vara brukbart att vara i den men utan att man går in med hela sin själ, ett rollavstånd. Mest relevanta antas dessa idéer vara i kortvariga, ytliga relationer (Repstad, 1998). Goffmans teori om rollbegreppet har ett ursprung i teaterns värld, där teaterscenen blir en arena där skådespelaren manipulerar åskådaren med dramatisk skicklighet och framförande, med hjälp av kostymer, sceneffekter mm. Front stage blir platsen där skådespelaren visar det han vill visa, där allting ska vara övertygande och färdigrepeterat. Back stage blir platsen där skådespelaren slappnar av och kan vara privat, det som sker där sker i det fördolda, då vi lämnat vår publik och trätt ur rollen som performer. Ett sådant ställe är t.ex. sovrummet, badrummet eller omklädningsrummet med allt det som sker där. Bergs (1998) tolkning av Goffman är att den som spelar, aktören, träder in på scenen, uppför en föreställning, dvs. performance, och föreställningen riktas mot en publik. Publiken avgör om

teatern faller väl ut genom att godkänna eller underkänna föreställningen och rollgestalten som aktören producerat. Publiken har en avsevärd makt i sitt omdöme gällande föreställningen. Repstad (1998) applicerar teorin på patient-behandlarrelationen, där behandlaren blir performern. En patient kan agera som vore han på en teaterscen, i t.ex. ett sammanhang som testning för en STI eller en smittspårningssituation. Från ovanstående vill jag betrakta Goffmans teori samt de tolkningar andra forskare gjort som ytterligare en aspekt på förståelsen av samtalet i samband med testning.

Lewin (2002) menar att när två samhällen eller grupper konfronteras med sina ”naturliga” föreställningar kring sexualitet uppstår förvirring och påfrestning – någon, de eller jag, är ”onaturlig”. Han menar att alla samhällen är starkt kompartmentaliserade, dvs. det sexuella utbytet sker huvudsakligen inom skilda sociala grupper. Följden blir enligt författaren dels att synen på de egna förhållningssätten som normala och ”naturliga” förstärks, dels att flera parallella och från varandra åtskilda sexuella verkligheter upprätthålls. Detta är av avgörande betydelse för hur STI sprids, menar Lewin. Det kan förtydligas med att det i HIV/AIDS-sammanhang tidigare talades om riskgrupper. Idag talar man snarare om riskbeteenden, då det är dessa som utgör den egentliga risken, inte en viss grupptillhörighet. Om varje skild grupp, varje kompartment, hade sin skilda parallella sexuella verklighet skulle en sexuellt överförd infektion inte kunna spridas mellan kompartmenten. Men i realiteten finns det alltid en viss överlappning mellan de olika kompartmenten, som exempel nämner han bisexuella män som utgör övergången mellan män som har sex med män och män som har sex med kvinnor. Hans slutsats är att preventivt arbete bör inriktas på det mindre antalet individer som befinner sig i området där kompartmenten överlappar varandra, snarare än det flertal som bildar kompartmentet i sig.

Författaren (Lewin, 2002) diskuterar förändring av sexuella beteenden och konstaterar att det är dokumenterat svårt. Kunskap i sig förändrar inte beteenden, vår uppfattning av vad som är normalt och ”naturligt” låter sig inte manipuleras så lätt – det egna beteendet ”är” per definition normalt och ”naturligt”. Individen ser sig själv som den som inte är promiskuös och den som har sexuellt umgänge med enbart ”utmärkta” personer. Är individen dessutom förälskad i personen som denne har sexuellt umgänge med behöver han/hon inte ändra något i det sexuella beteendet. Människans uppfattning tenderar att innebära att ”utmärkta” personer per definition inte bär på någon smitta.

Jag vill ta hjälp av ovanstående teori för att fördjupa analysen av mitt empiriska material för att därigenom utvidga min förståelse av hur synen på sexualiteten kan påverka uppfattningen av samtalet utifrån individens egen uppfattning av att tillhöra en grupp.

4.2 Kommunikation

Almås & Pirelli Benestad (2006) menar att sexologisk vakenhet är en lösning på de problem som direkt påverkar sexualitetens grundläggande funktioner. Jag har tagit med denna aspekt då jag vill hävda att både sexuellt överförda infektioner och ett osäkert sexuellt beteende är faktorer som utgör problem som påverkar dessa funktioner. Här menar jag att en individ som antingen bär på en STI eller genom sexuella aktiviteter löper en risk att smittas av en sådan smitta befinner sig i ett läge där sexualitetens funktioner kan påverkas eller redan påverkas. Författarna (ibid.) menar att den sexologiska vakenheten hos professionella skulle för de flesta behandlare bidra till en förbättring av klientens sexualitet, även om det inte handlar om specifik sexologisk behandling. Kunskaper i sexologi lär den professionelle att ställa frågor om kroppens naturliga reaktioner, där sexualiteten är såväl lika viktig som och i linje med funktioner såsom sömn, aptit, avföring, urinering, syn, lukt och hörsel. Enligt författarna saknar medicinsk personal, liksom psykologer, familjerådgivare och socionomer sexologisk vakenhet, när man samtidigt inte finner det svårt att tala om de andra kroppsliga funktionerna eller därtill relaterade problem. Detta samtidigt som den sexologiska vakenheten utgör grunden för trygghet och goda allianser med klienter.

Lenneér-Axelsson & Thylefors (1991) menar att behandlarens väsentligaste uppgift är att skapa en atmosfär – ett samarbetsklimat – som stimulerar klienternas egna resurser när det gäller att bearbeta och lösa problem. Det mest karaktäristiska för ett sådant klimat är den förtroendefulla kontakten. I ett tryggt klimat vågar patienten överge en del försvar, närma sig det som är svårt och gå in i en öppen relation. Författarna räknar upp sex krav:

- Det krävs kontakt mellan behandlare och klient, och här ansvarar behandlaren för att tillit och en fungerande kommunikation skapas.
- Klienten måste uppleva en känsla av inkongruens, dvs. en känsla av oro, ångest, ångslan, depression eller spänning. Denna otillfredsställelse motiverar för behandling, eftersom klienten känner sig sårbar, behöver hjälp och vill förändra sin situation.
- Behandlaren måste obetingat acceptera klienten. Det är enklare att förstå, acceptera och respektera en människa när man känner bevekelsegrunderna bakom olika

handlingar. Accepterandets läkande kraft ligger i att klienten vågar ta fram alla de upplevelser som hämmats av närvaron av värderingar.

- Behandlaren måste kunna leva sig in i klientens referensram, dvs. visa en empatisk förståelse, vilket är en förutsättning för att behandlaren ska kunna återspegla klientens känslor och tankar utan att väcka för stor ångest.
- Klienten måste uppfatta accepterandet och förståelsen, eftersom då uppfattar han/hon även den positiva möjligheten i relationen.

Liknande teoretiska tankegångar återfinns också i Bernler & Johnsson (1988), som menar att om inte klienten förstår att behandlaren vill honom väl så kan ingen hjälp ges, medan Engquist (1996) betonar att om behandlaren förmedlar kunskaper, presenterar flera alternativ på olika ambitionsnivåer och inte ensidigt propagerar för det mest ambitiösa alternativet, samt låter det slutgiltiga beslutet ligga hos klienten, har behandlaren bäst förutsättning för att påverka en attityd i önskad riktning.

Ytterligare en faktor är att få patienten att reflektera över de egna uppfattningarna och handlingarna (Ohnstad, 1995). Författaren beskriver exemplet mäns som har sex med män, som ofta lever i heterosexuella relationer, men träffar andra män på särskilda arenor där sexuella aktiviteter pågår. Dessa män kopplar risken för hiv-smitta till mer synliga grupperingar, men kopplingen kan bli svår beträffande det egna beteendet. Ämnet är nämligen tabubelagt och blir därmed ett hinder i reflektionen över det egna beteendet.

5. Tidigare forskning

Att ha sex på ett sådant sätt att man kan drabbas av en STI är ett risktagande. Tikkanen (2003a) menar att det är tre faktorer som styr individens risktaganden: de individuella, de interpersonella och de situationella. Amerikansk forskning på gruppen män som har sex med män visar att yngre män bedömde det som ”säkert” ur hiv-synpunkt att ha oskyddade samlag med någon som också var ung, då hiv associerades med ”de äldre”, något som Tikkanens egen forskning stöder. Tikkanen (ibid.) menar vidare att kunskap om STI utgör ett led att förmå individen att skydda sig, men att det inte är så självklart, då en del inte skyddar sig trots god kunskap. Anledningen är att man omsätter sin kunskap på ett annat sätt än förväntat. Med andra ord, individen kalkylerar med risken utifrån kunskap om smittvägar och STI. Ett exempel är att människan bedömer det vara mindre riskfyllt att penetrera än att bli penetrerad, ett annat är att man undviker ejakulation vid oskyddat analsex.

Faktorerna på den interpersonella nivån handlar om relationen till sexpartnern. Ju längre ett par är tillsammans, desto lägre är användningen av kondom. Istället kan paret använda p-piller och därmed utelämnas skyddet mot STI, ett beteende som bekräftas i forskning om både hetero- som homosexuella förhållanden. Forskning visar också att det förekommer s.k. förhandlad säkerhet, där parterna praktiserar oskyddade samlag efter att ha förvissat sig om varandras hiv-negativa status. Detta förutsätter en öppen verbal kommunikation, men även maktförhållandet i relationen spelar roll. Makten kan exempelvis handla om ekonomiska resurser, attraktivitet, åldersskillnad, relationserfarenhet eller förälskelse. Med andra ord, rädsla att bli avvisad kan göra att man inte insisterar på att ta reda på vad den andre gör utanför förhållandet. En annan aspekt är att kondombruk kan ha innebörden av emotionell distans, dvs. att själva kondomen, gummihinnan, skapar en mental barriär och därmed en upplevelse av att inte komma sin partner tillräckligt nära.

Om vi rör oss mot den situationella nivån räknar Tikkanen (2003a) upp en serie faktorer som kan påverka huruvida individen ägnar sig åt säkrare sex eller inte. Det kan vara alkohol, droger, resande eller den faktiska situationen när man har sex. Det sistnämnda innebär att individen bedömer utifrån partners utseende huruvida han/hon bedöms vara riskfylld eller inte. Denna bedömning grundar sig på ålder, utseende, beteende eller känd sexuell historia. Slutligen finns det en skillnad i hur individer kognitivt förhåller sig till risker av överföring av

STI i den faktiska sexuella situationen. I ”stundens hetta” handlar människor annorlunda jämfört med de tillfällen då hon inte befinner sig i en sexuell situation.

Tikkanen (2003a) problematiserar begreppet risk och menar dels att det är svårt att avgöra vad som kan definieras som risk, dels att det kan vara svårt att kunna kategorisera huruvida en sexuell handling är riskfylld eller inte. Hans forskning visar på att individer gör bedömningar utifrån en egen rationalitet, som för forskare eller behandlare kan förefalla irrationell. Han föreslår begreppet riskhantering för vad som sker när individer förhåller sig till risker att smittas av STI. Begreppet riskhantering kan användas i preventivt arbete då det inte är lika stigmatiserande som begreppet risktagande, och det ändrar den enskilde individens position från objekt till handlande subjekt. Slutligen tar det hänsyn till individens uppfattning om vad som är riskfyllt eller ej, liksom till den faktiska sexuella situationen och samspelet mellan dem som har sex.

Jag har funnit en hel räckta forskning avseende rådgivning i samband med testning för hiv. Wolitski et al. (1997) visar i sin metaanalys på forskning som tyder på att testning för hiv inte nödvändigtvis påverkar riskreducerande åtgärder i en positiv riktning. Det finns som forskning visar att personer som befunnits vara hiv-bärare i större utsträckning vidtog riskreducerande åtgärder än dem som visat sig vara icke-bärare av viruset. Ytterligare studier som författarna åberopar visar på att de som haft två eller fyra rådgivningssamtal i större omfattning använde kondom och minskade sin smitta jämfört med dem som enbart testat sig och fått ett minimum av upplysning om hur riskerna kan reduceras. Även om hiv-bärare oftare än andra tar i anspråk rådgivning finns det forskning som kommer fram till att riskreducerande åtgärder vidtogs i större utsträckning först i samband med att hiv-relaterade symptom börjat uppträda. Författarna konstaterar att testning både kan leda till men också leder till en högre motivation att ändra sitt beteende hos en del individer. En fråga de ställer är huruvida effekterna av hiv-testning påverkas av faktorer som kön, etnicitet, ålder och riskbeteende. Även Weinhardt et al. (1999) visar i sin metaanalys att både hiv-bärare och par där en är hiv-bärare minskade andelen oskyddade samlag och ökade kondom användningen. Hiv-negativa personer däremot förändrade inte sitt beteende mer än personer som inte testat sig. Författarna menar att rådgivningen och testning tycks utgöra ett gott skydd för personer som redan är hiv-bärare, däremot är rådgivning och testning inte en effektiv preventiv åtgärd för icke-infekterade individer. Eriksson, Nilsson Schönnesson & Karlsson (2007) har bl.a. utvärderat effekterna av strukturerad rådgivning i samband med hiv på några stora

testmottagningar i Stockholm. Syftet med den strukturerade rådgivningen är att fokusera på sexuell riskbedömning och målsättningen är att patienten ska uppmuntras att reflektera över egna sexuella handlingar. Detta mot bakgrund av en tudelning mellan intellekt och handling, som råder hos många individer. Det preventiva arbetets stora uppgift är, enligt författarna, att finna strategier som stärker individens tilltro till den egna förmågan att praktisera säkrare sex, att beakta olika sexuella situationer samt att ge patienten verktyg att hantera dessa skilda situationer för att minska andelen oskyddat sex.

Tikkanen et al. (2006) redogör resultat från en avslutad delstudie i en pågående undersökning, där syftet är att kartlägga sexuella beteenden, hivtestningsvanor, kunskapsbehov samt behov av HIV/STI-preventiva insatser bland svenska män som har sex med män. Eftersom studien pågår finns det ännu inga kompletta resultat och analyser att ta del av. I den refererade första delrapporten konstaterar författarna att yngre män som har sex med män har andra behov och erfarenheter än äldre män i gruppen har. Kunskapsbehoven kring säkrare sex, sextekniker, kondombruk eller relationer uppfattar författarna vara större i den yngre gruppen. Denna uppfattning förutsätter fördjupningsstudier innan mer kunskap kan ge en bredare och djupare förståelse för hur unga män som har sex med män ser på säkrare sex, sextekniker och relationer.

Röndahl (2005) konstaterar i sin avhandling om homosexuellas situation såsom vårdtagare samt hälso- och sjukvårdens personals och läkarstudenters attityder mot gruppen såväl manliga som kvinnliga homosexuella, att det i det stora hela råder en positiv inställning till gruppen. Det finns emellertid även fall där attityden från personalens sida är negativ. Så gott som alla homosexuella vårdtagare vittnar om situationer där personalen förmedlar heteronormativa antaganden. Ett heteronormativt språk kan upplevas som okänsligt, förolämpande eller förödmjukande. Författarens slutsats är att det råder ett kunskapsbehov hos personal och läkarstudenter i hur man kommunicerar på ett mer neutralt sätt samt hur man kan medvetandegöra de normer som kommuniceras genom språk och beteende.

Forsberg (2005) har på uppdrag av Folkhälsoinstitutet genomfört en kartläggning av svensk forskning avseende området ”ungdomar och sexualitet”. Det finns ingenting som explicit berör temat i den här uppsatsen men jag har ändå valt att nämna några forskningsresultat som Forsberg redogör för i sin kartläggning. Skälet till detta är att sociala och psykologiska

faktorer, t.ex. synen på sexualitet, könsroller eller sexuellt utrymme för att nämna några, spelar en roll vid preventivt arbete, inte minst mot bakgrund av Tikkanens forskning.

Mot bakgrund av resonemanget att risktagande har både negativa och positiva aspekter samt att risktagande ingår i en normal tonårsutveckling, vilket för de flesta leder till att man skaffar sig erfarenheter som bidrar till ökande reflektion och mognad, lyfter Forsberg fram Berg-Kellys (1998) forskning. Resultaten visar här att en viss grupp ungdomar är mer benägen att ta risker än andra, risker som kan vara relaterade till alkohol, drogrelaterade eller sexualitet. Författaren kopplar sina slutsatser till en rapport (FHI, 1998) som bekräftar att psykisk ohälsa är vanlig bland ”socialt mindre gynnade barn”. Ohälsan kan ta sig uttryck i låg självkänsla eller upplevelse av lågt egenvärde med konsekvensen att individen inte upplever det meningsfullt att vara rädd om sig själv eller andra.

Herlitz (2004) har kommit fram till att unga vuxna anser i betydligt högre grad än äldre personer att de löper risk att drabbas av STI, en bedömning som grundar sig i diskussioner i sex- och samlevnadsundervisningen och medias uppmärksamhet. Enligt Herlitz (ibid.) är unga män mindre riskmedvetna än unga kvinnor, något som också Christiansons (2003) studie påvisar. Unga kvinnor kände enligt denna studie både skuld och skam över att ha smittats av klamydia, medan de unga männen förmedlade ett ”mer bekymmersfritt förhållningssätt, där de verkade tillfreds med att ha fått reda på vilken smittkällan (den unga kvinnan) var” (s. 123). Även om detta inte går att generalisera är det intressant utifrån de olika villkor som män och kvinnor lever under.

Dessa rön kan vara av stor betydelse i hur det preventiva arbetet bedrivs. Talar professionella annorlunda med män än med kvinnor? Studierna ovan kan förhoppningsvis ge en bredare förståelse för hur mina respondenter besvarat enkätstudiens frågor.

Bergstrand (2000) har studerat det hälsorådgivande samtalet mellan distriktssköterska och patient. Det centrala i hennes avhandling är de kommunikativa strategier i samspelet mellan distriktssköterska och patient samt den obalans, eller asymmetri som Bergstrand kallar det, mellan patient och personal som karaktäriserar det institutionella samtalet. Bergstrand urskiljer en rad rådgivningsstrategier som både distriktssköterskan och patienten använder sig av. Den första, gemensamma strategin handlar om att distriktssköterskan och patienten etablerar ett utgångsläge för det fortsatta samtalet genom ”att avgränsa vad man kommer att

tala om, hur detta kan ske samt vem som kan tala” (s. 188). Vidare sker denna etablering genom att distriktssköterskan informerar och förbereder patienten på vad som kommer att hända i en nära framtid, genom ett positivt samtalsklimat och genom samförstånd med patienten. Etableringen sker också genom patienternas respektive personalen sätt att positionera sig i förhållande till varandra, något Bergstrand menar ligger i linje med Goffmans beskrivning av hur människor presenterar sig, avsiktligt eller oavsiktligt. Denna positionering, eller förhandling, innebär att både sköterskan och patienten identifierar ”problemet”. Detta sker genom frågor, genom den bild som växer fram eller genom en presentation av innehållet i samtalet.

De strategier som Bergstrand (2000) identifierat i rådgivningssamtalet hos distriktssköterskan fungerar som 1) stöd och uppmuntran, 2) förmedling av information, 3) avvaktan och förhållning, 4) motiverande argumentation, 5) övertalning och 6) sammanfattning av viktiga råd. Stöd och uppmuntran kan handla om att bejaka och lyfta fram det som är bra i patientens levnadssätt. Förmedling av information kan innebära förslag utifrån patientens direkta eller indirekta frågor, eller direkta auktoritativa råd, främst om det handlar om personalens kärnkompetens. Avvaktan och förhållning innebär att sköterskan ger patienten en möjlighet och utrymme till egen reflektion, utifrån vilka patienterna själva förväntas formulera problem och förslag till lösningar. Motiverande argumentation innebär att sköterskan mer kraftfullt driver och argumenterar för en hållning eller ett beteende och följer upp huruvida ett råd kunnat följas av en patient. Denna strategi kan också innehålla negativa eller positiva scenarier, ett slags konsekvensbeskrivning. Övertalning kan vara följden av mindre framgångsrik motiverande argumentation, med resultat att sköterskan kan tvingas retirera. Slutligen innebär sammanfattning av råd att sköterskan markerar den betydelse som hon anser råden ha.

Patientens rådgivningsrelaterade strategier är enligt Bergstrand (2000) 1) etablering av utgångsläge för samtal, 2) informerande strategier, 3) inväntande och avvaktande strategier, 4) argumentativa strategier, 5) mottagande och avvisande råd. Informerande strategier betyder att information meddelas från patientens sida på uppmaning eller på eget initiativ. Inväntande och avvaktande strategier innebär att patienten lyssnar men avvaktar med att besvara sköterskans information, eller instämmer bekräftande. Reaktionerna kan fungera som en invitation att delta i besvikelse eller glädje. Argumentativa strategier kan innebära invändningar mot sköterskans råd eller information. Mottagande eller avvisande av råd

betyder att patienten lyssnar, avvaktar, inte utlovar något samt indirekt markerar att beslutet ligger hos patienten.

Bergstrand (2000) identifierar slutligen några samspelsunderlättande strategier, såsom bekräftande strategier in form av t.ex. uppmuntran, stöd, uttryck av förståelse eller bekräftelse på att man tagit till sig ett råd. Skämt och skratt är en annan samspelsunderlättande strategi.

Sammanfattningsvis menar Bergstrand (2000) att

”hur de olika strategierna utnyttjas tycks vara relaterat såväl till de frågor som är föremål för samtal som till samspelet mellan parterna, så som det utvecklas under det hälsorådgivande samtalets gång” (s. 206).

En faktor som påverkar utfallet av rådgivningssamtalet är hur parterna hanterar den information som patienten lämnar om sitt liv och de därmed möjliga kränkningarna av patientens integritet. En annan faktor är hur rådgivningens villkor och förutsättningar skapar den orientering som leder mot en relation, där patientens medverkan och tillhandahållande av uppgifter utgör förutsättningen för rådgivningen. Utifrån de strategier som Bergstrand identifierat menar hon att i de fall sköterskan inte lyckas att förmå patienten att i detalj berätta om sina vardagsvanor kan hon endast ge generella råd. Att ge råd är samtidigt inte bara att informera om sakfrågan utan handlar även om att det endast är möjligt att samtala på ett bra sätt om man betraktar den andre som en aktiv och kunnig deltagare i samtalet.

Beträffande samtal under Smittskyddslagen vill jag referera till min egen C-uppsats (Ciesluk, 1999) och de resultat jag kommit fram till efter att ha intervjuat kuratorer som arbetar vid sex olika infektionskliniker i Sydsverige. Lagen upplevs av kuratorerna delvis som svårtolkad. Kuratorerna hanterar de krav som lagen ställer på kontakten med en hiv-bärare på olika sätt. Det kan gälla aktiviteter som journalföring, förmedling av förhållningsregler eller smittspårningsförfarandet. Att lagen ger stöd till en smittskyddsläkare att begära ut uppgifter, den tvingande smittspårningen, risken att anonymiteten äventyras i kontakten med patienten samt den ambivalenta positionen, som myndighetsutövare å ena sidan och hjälpare å andra, uppfattas av kuratorerna i de flesta fall som föga problematiskt, även om det som alltid finns skilda åsikter.

Bergenheim (2006) diskuterar sexualitet, normalitet och kön under perioden 1950-1980. Skildringen av denna period åskådliggör synen på kvinnors sexualitet och ger en bredare grund för tolkningen av analysresultaten i uppsatsen. Under denna tid blev tillgången till preventivmedel, fri abort och en rätt till ett fördomsfritt sexuellt liv viktiga frågor. Att kunna leva ut lusten utan regler och förpliktiganden blev en del av en större vision om en bättre värld. Demonstrationer för sexuella fri- och rättigheter blev vardagsmat, den mest kända skedde i baren Stonewall i New York, när de huvudsakligen homo- och transsexuella gästerna gick till motstånd mot en polisrazzia. Denna period kännetecknas även av stort inflytande av sexologer som Kinsey och Johnson & Masters. Den förstnämnda visade i uppmärksammade rapporter på mångfalden av sexuella uttryckssätt hos både män och kvinnor, de sistnämnda presenterade uppseendeväckande forskningsresultat efter en observationsstudie av sexuella reaktioner hos kvinnor och män. Sexualiteten blev med andra ord något som visades ha ett minst lika stort utrymme hos kvinnor som hos män. Även i Sverige präglades samhällsdebatten av kampen för en fri sexualitet. Kristina Ahlmark-Michanek väckte uppmärksamhet genom att påstå att kärlek inte är kravet för en njutbar sexualitet och regissören Vilgot Sjöman visade kvinnors sexualitet på film. Kvinnorörelsen utmanade föreställningarna om det mänskliga könslivet som biologiskt och fysiologiskt samt att det är männens sexualitet som är norm. Idag har vi ett samhälle som tillskriver män och kvinnor rätten till erotisk njutning på lika villkor. Samtidigt, menar Bergenheim, består dubbelmoralen, inte så olik den som rådde på 60-talet. Den heterosexuella normen är fortfarande stark och exempelvis övergrepp mot kvinnor är vanliga.

6. Redovisning och analys

6.1 Empiriskt underlag

Det empiriska underlaget i uppsatsen utgörs av 95 besvarade enkäter, varav 39 har besvarats av patienter i samband med ett test för STI på två testmottagningar i Skåne. 35 enkäter fylldes i på en större mottagning, fyra på en mindre. Återstoden av enkäter i det empiriska underlaget har jag samlat in via webben, via sajten www.komikondom.com. Totalt har 190 enkäter lämnats in (se bortfallsanalys nedan). I de enkätdata som samlats in direkt på mottagningar respektive via webben såg fördelningen bland de svarande ut på följande sätt:

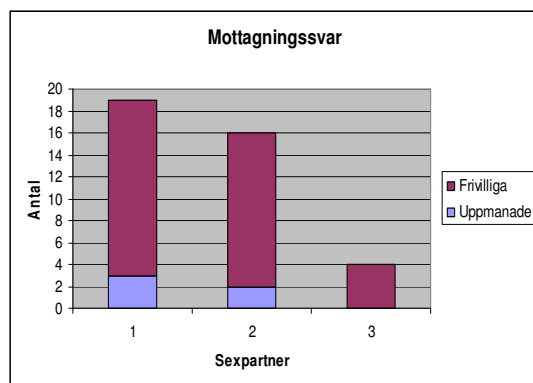
Enkäter ifyllda på mottagningar:

1. 19 kvinnor som har sex med män (KSM), varav 16 testat sig frivilligt (1).
2. 16 män som har sex med kvinnor (MSK), varav 14 testat sig frivilligt (2).
3. 4 män som har sex med män (MSM), där alla testat sig frivilligt (3).

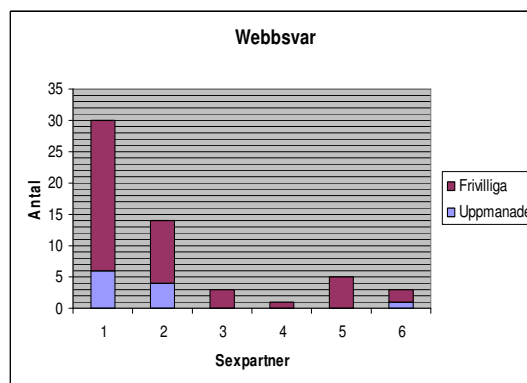
Enkäter ifyllda via webben:

1. 30 kvinnor som har sex med män (KSM), varav 24 testat sig frivilligt (1).
2. 14 män som har sex med kvinnor (MSK), varav 10 testat sig frivilligt (2).
3. 3 män som har sex med män (MSM), där alla testat sig frivilligt (3).
4. 1 kvinna som har sex med kvinnor (KSK), hon har testat sig frivilligt (4).
5. 5 kvinnor som har sex med både män och kvinnor (KSMK), alla frivilligt testade (5).
6. 3 män som har sex med både män och kvinnor (MSMK), varav en frivilligt testad (6).

Figur 1 – svar på mottagningar



Figur 2 – svar via webben



Som framgår ovan har merparten av dem som svarat uppgivit att de testat sig frivilligt, 78 respondenter av total 95, vilket utgör en andel på 82 %. 34 av de respondenter som testat sig på en mottagning genomförde testet frivilligt, vilket utgör en andel på 87 %. 44 respondenter av dem som svarat via webben, eller 79 %, uppger att testet skett frivilligt.

Jag kommer i den fortsatta framställningen att använda mig av de förkortningar jag använder och förklarar under figur 1. Exempelvis så står förkortningen MSKF för män som har sex med kvinnor och som har testat sig frivilligt.

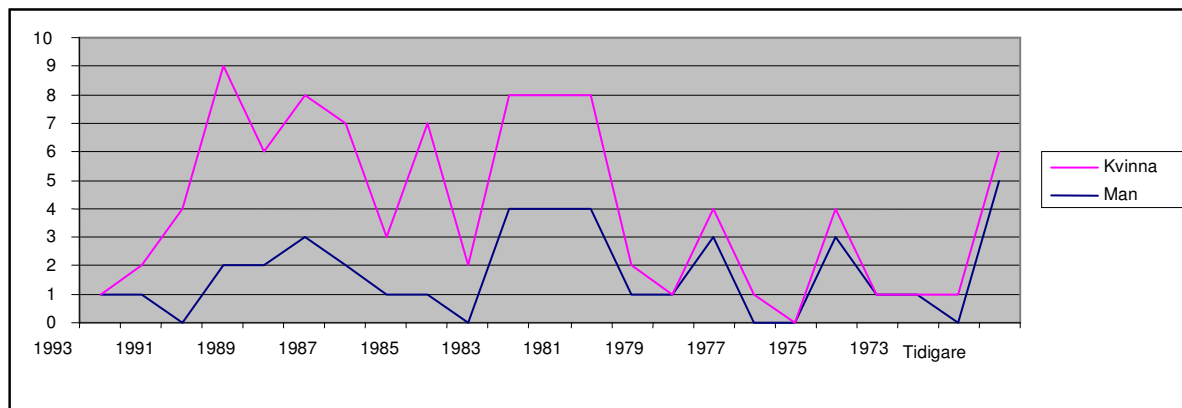
6.2 Bortfallsanalys

Bortfallet vid insamlingen av enkätdata låg på 50 %, dvs. 95 enkäter av de totalt 190 som inkommit kunde inte utgöra det empiriska underlaget. Fyra enkäter besvarade på mottagningar föll bort, medan 91 webbenkäter föll bort. I 75 fall av webbenkäterna handlade det om enkäter som ”klickats iväg” ej ifyllda, vilket sannolikt är lätt hänt då besökaren på hemsidan tittar på enkäten men inte har för avsikt att besvara den. I övriga fall, beträffande webbenkäterna, har det handlat om enkäter som skickats in, men där frågorna inte har besvarats så att en analys av svaren kunnat göras. T.ex. kan svar på frågor om kön eller sexpartner ha utelämnats, respondenten kan ha angivit att han/hon inte haft någon sexuell kontakt eller har angivit att han/hon inte har testat sig. Utifrån detta väljer jag att inte fördjupa mig i huruvida det går att se någon tendens i bortfallet kopplat till kön, sexuell partner eller annan variabel. Det innebär vidare att antalet besvarade webbenkäter, där svaren inte kunnat utvärderas, i själva verket handlar om endast 16 stycken, om man bortser från alla de som ”klickats iväg”. Beträffande enkäterna insamlade direkt på mottagningarna har det handlat om enkäter som lämnats in men där frågorna, liksom vid webbenkäterna, inte har besvarats på ett sätt så att en analys av svaren kunnat göras.

6.3 Fördelning på ålder, kön och sexpartner

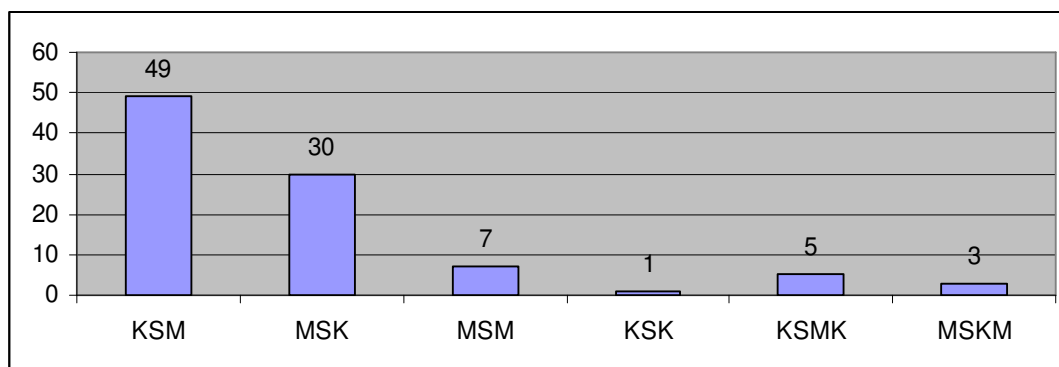
En detaljerad redogörelse återfinns som bilaga 3.

Figur 3 – ålder och kön



Yngsta respondenten uppger sig vara född 1993, den äldsta 1954. Även om det råder stor spridning bland dem som svarat ligger tyngdpunkten på personer som är yngre, dvs. under 30 år. 82 av 95 respondenter (86 %) är födda 1976 eller senare. Majoriteten skulle därmed kunna betecknas som ungdomar och unga vuxna. Av tabellen ovan kan man utläsa två toppar, de som är födda 1986-1990, dvs. 17-21-åringar, och de som är födda kring 1979-1983, dvs. 24-28-åringar. Enligt Lewin et al. (1997) ligger medianåldern för det första samlaget hos den yngsta gruppen undersökta kvinnor (18-24 år) vid en ålder av 16,4 år. Motsvarande siffra för män i samma åldersgrupp ligger på 16,9 år. Siffrorna för samlagsdebut har legat på liknande nivåer även i grupperna 25-34 år och 35-49 år. Jag återkommer till en vidare tolkning av dessa två toppar i min avslutande diskussion.

Figur 4 - sexpartner



Av dem som svarat på enkäterna är det sju som uppger sig vara män som har sex med män och tre som uppger sig vara män som har sex med män och kvinnor. En uppger sig vara kvinna som har sex med kvinnor, fem kvinnor som har sex med män och kvinnor. Övriga uppger sig ha sex med personer av motsatt kön. Besökarstatistiken på Malmös största testmottagning, Centrum för sexuell hälsa, visar att mottagningen i november 2006, då min enkätstudie pågick, besöktes av 29 MSM (Centrum för sexuell hälsa, 2007). I verksamhetsberättelsen redogörs för det totala antalet besökare under 2006, som var 10 479, varav 5 818 män. 260 av alla män uppges enligt statistiken höra till gruppen MSM, och utgör därmed drygt 4 % av det totala antalet besökare. Antalet respondenter som uppger sig vara män som har sex med män i min studie (7 individer eller 7 %) ligger därmed inte långt ifrån den som Centrum för sexuell hälsas mottagning redovisar. Däremot framgår det inte i Centrum för sexuell hälsas statistik hur stor andelen män respektive kvinnor som har sex både med män och med kvinnor är. Se vidare diskussion i kapitlet avslutande diskussion.

Sammanfattningsvis kan man så här långt se att andelen kvinnor som besvarat enkäten är större än andelen män. Det handlar främst om de enkätsvar som lämnats in via webben. Jag återkommer till detta i min slutdiskussion.

6.4 Personalen som initiativtagare till samtal om sexualitet

Totalt 20 personer uppger att personalen inte har tagit upp frågor som rör patientens sexliv med dem i samband med testet. I övrigt uppger samtliga att personalen har tagit upp frågor som rör patientens sexliv. Fördelningen ser ut som följer: två MSM, (29 %), en MSMK, (33 %), sex KSMF, (15 %), åtta MSKF, (33 %) samt tre MSKU, (50 %) uppger att personalen inte har tagit upp sexlivet.

6.5 Patienten som initiativtagare till samtal om sexualitet

Följdfrågan på frågan ”Har personalen på mottagningen tagit upp frågor som rör ditt sexliv”? löd ”Om NEJ – har du själv tagit upp frågor som rör ditt sexliv”? Totalt svarade 29 respondenter ja på denna följdfråga. Emellertid har 24 av dessa 29 som svarat ja på följdfrågan även svarat ja på den första frågan (jag har uttryckligen inte efterlyst något svar på följdfrågan i ett sådant fall).

När det gäller de 20 respondenterna som uppger att personalen inte har tagit upp patientens sexliv, är det i den gruppen fem som uppger att de själva har tagit upp sitt sexliv. 14 har avstått från att ta upp sexlivet även då personalen inte har tagit upp frågan och en besvarar inte frågan i enkäten alls. Bland dem som svarat ja är samtliga män. En av dessa stammar ur gruppen MSM och fyra ur gruppen MSK, varav två har svarat direkt på en testmottagning. De som inte tagit upp sitt sexliv då inte heller personalen gjort det är totalt åtta män och sex kvinnor, fyra av dessa direkt på mottagning. Detaljerad fördelning ser ut som följer: en MSM, en MSMK, sex KSMF varav två som svarat direkt på en mottagning, fyra MSKF varav en har svarat direkt på en mottagning samt två MSKU, som båda svarade direkt på mottagning. Även om underlaget är litet kan jag konstatera att det inte går att se någon tydlig tendens kopplat till huruvida enkäten besvarats i samband med test eller via webben. Det är också tämligen jämnt mellan könen och i relation till sexpartner.

Oberoende av om respondenten uppger att denne själv eller personalen har tagit upp frågor som rör sexlivet har respondenten getts en möjlighet att närmare beskriva innehållet i samtalet, i de fall då ett sådant skett. Jag har gett tre förslag på innehåll samt ytterligare en möjlighet att beskriva annat:

Smittvägar (t.ex. upplyst om dessa, hur du kan undvika dem mm.)

På vilket sätt (du har haft sex)

Din sexualitet (t.ex. dina sexvanor, ditt sexuella välbefinnande, vem/vilka du har sex med)?

Annat

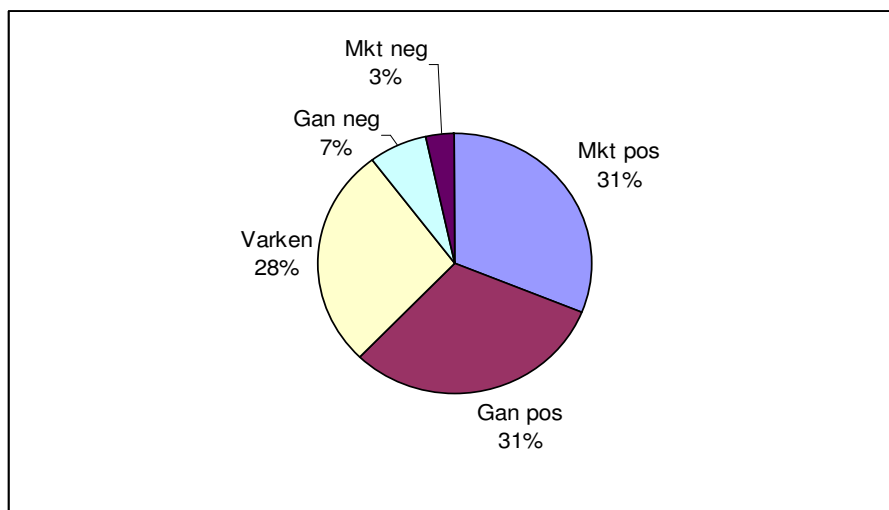
Flera svarsalternativ har varit möjliga att kryssa i och många har gjort detta. I 46 svar uppger respondenterna att personalen har tagit upp smittvägar, på vilket sätt patienten haft sex har uppgivits 38 gånger som ett ämne som tagits upp, patientens sexualitet har uppgivits 44 gånger av respondenterna och annat två gånger. Totalt antal personer som avgett svar på

frågan är 78, i 41 fall handlar det om svar som är en kombination av minst två svarsalternativ. I tre fall anger respondenten ett av de tre givna förslagen på ämnen i enkäten som ett ämne som tagits upp av respondenten själv, i fall där detta inte tagits upp av personalen i första hand. Dessutom uppger 24 personer att de själva tagit upp sådant som rör deras sexliv även då personalen tagit upp ämnet. I fem fall tog patienten upp sexualiteten då personalen inte gjorde detta. Spridningen i relation till kön, sexpartner samt huruvida man svarat i anslutning till test eller ej samt om man testat sig frivilligt eller ej är väldigt jämn.

6.6 Inställning till om personalen hade tagit upp sexlivet om så ej skett

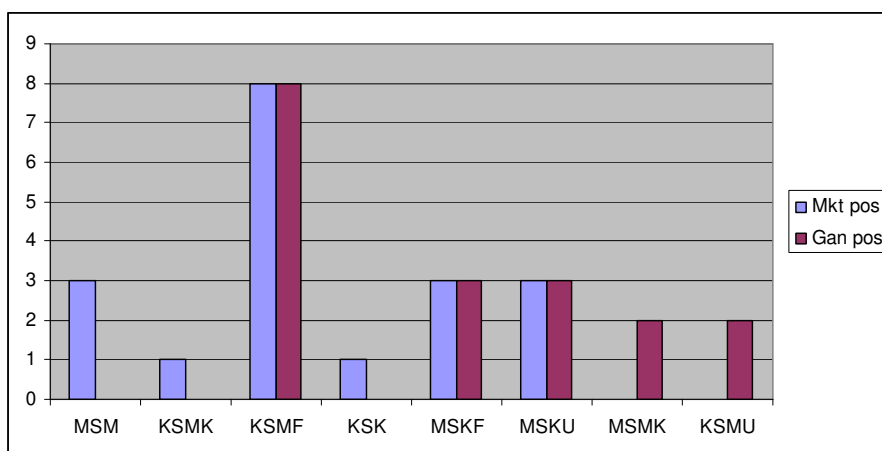
På frågan ”Om personalen inte har tagit upp frågor som rör ditt sexliv när du testat dig - Hur skulle du beskriva din inställning till om personalen hade tagit upp detta?” har 58 respondenter (61 %) svarat och fördelningen ser ut som följer:

Figur 5 – Om personalen inte har tagit upp frågor som rör ditt sexliv – hur skulle du beskriva din inställning till om personalen hade tagit upp detta? Avgivna svar.



De flesta respondenter har svarat på frågan trots att de samtidigt uppger att personalen har tagit upp sexlivet med dem. Ovan redogör jag för dem som har svarat på frågan. De som avstått från att svara på frågan har, med ett undantag, varit de som uppgivit att personalen har tagit upp deras sexliv med dem (37 st. eller 39 % av det totala antalet avgivna enkätsvar).

Figur 6 – Om personalen inte har tagit upp frågor som rör ditt sexliv – hur skulle du beskriva din *inställning* till om personalen hade tagit upp detta? Fördelning på kön respektive sexpartner – de mycket eller ganska positiva.



Totalt 37 av de respondenter som besvarat frågan (64 %) var mycket eller ganska *positiva* till att sexlivet förs på tal i samband med ett test. Procentuellt sett ser det ut som följer:

MSM 43 %, KSMK 20 %, KSMF 40 %, KSK 100 %, MSKF 25 %, MSKU 75 %, MSMK 67 %, KSMU 22 %.

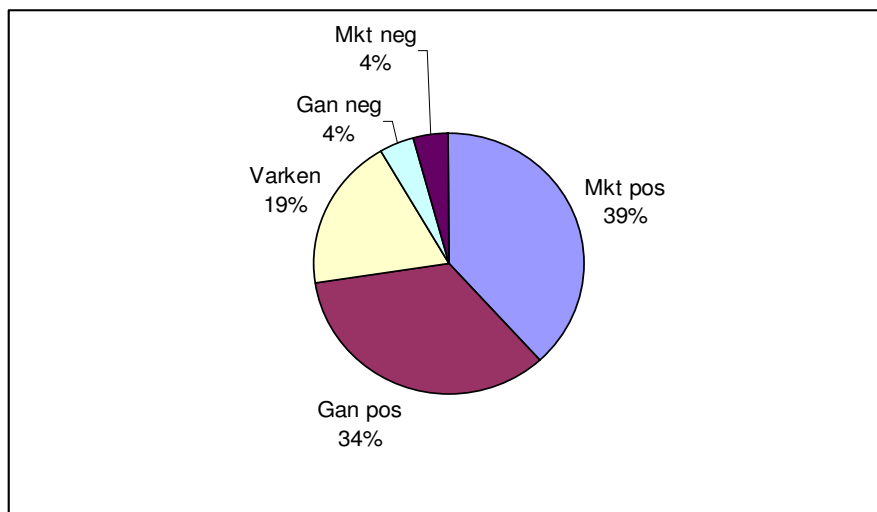
En analys visar också att andelen av dem som var mycket eller ganska *negativa* beträffande inställningen till att personalen tar upp frågor som rör patientens sexliv är 10 %. De mycket negativa var en KSMU och en MSMK som uppmanats att testa sig, den sistnämnda uppger att han genomförde testet utomlands. De ganska negativa var samtliga KSMF. Det är alltså främst kvinnor som skulle uppfatta ett samtal om sexlivet i samband med test som negativt.

Även om underlaget är litet förefaller det vara fler inom gruppen KSMU som är negativa eller inte har lämnat ett svar jämfört med MSKU, där respondenterna genomgående är positiva till att sexlivet förts på tal.

Relaterat till Bergstrands (2000) forskning finns det skäl att anta att det råder en god grund för att bygga in moment av rådgivning i samtalet som sker i samband med ett test. Samtidigt är det på sin plats att betona vikten av att innehållet i den rådgivande kontakten diskuteras, t.ex. hur strukturen och rutinerna kring samtalet ska se ut, hur många rådgivande samtal i samband med ett test ska erbjudas eller hur faktorer som kön eller etnicitet påverkar utfallet av

samtalet, mot bakgrund av Wolitski et al. (1997), Weinhardt et al. (1999) samt Eriksson, Nilsson Schönnesson & Karlsson (2007). Om man också betänker Tikkanen (2003b) och den komplexitet som individers sexuella strategier styrs av blir det ännu tydligare att fokus ska ligga på innehållet i samtalet. Utifrån faktum att de allra flesta respondenterna i min enkätstudie hör till gruppen ungdomar och unga vuxna är det också relevant att beakta den forskning som Forsberg (2005) refererar till. Berg-Kelly (1998) menar att det finns ungdomsgrupper som är mer benägna att ta risker än andra, så hur kan dessa grupper identifieras och nås? Hur kan man ta in könsaspekten, mot bakgrund av Christianson (2003) som ser att män förmedlar ett mer bekymmersfritt förhållningssätt till klamydiasmitta? Slutligen är det också intressant att ställa sig frågan hur personalen kan använda det faktum att unga anser sig löpa större risk att smittas av en STI än äldre personer, vilket Herlitz (2004) kommit fram till.

Figur 7 - Om personalen har tagit upp frågor som rör ditt sexliv när du testat dig - hur uppfattade du det att personalen tog upp detta?



Nästan tre av fyra som besvarade frågan uppfattade det som mycket eller ganska positivt att personalen tog upp frågan. 23 har inte svarat på frågan, vilket betyder att svarsfrekvensen har varit 72 av 95. Övervägande andel av dem som inte svarat på frågan har också uppgivit att personalen inte har tagit upp deras sexliv i samband med test, vilket torde vara en logisk följd.

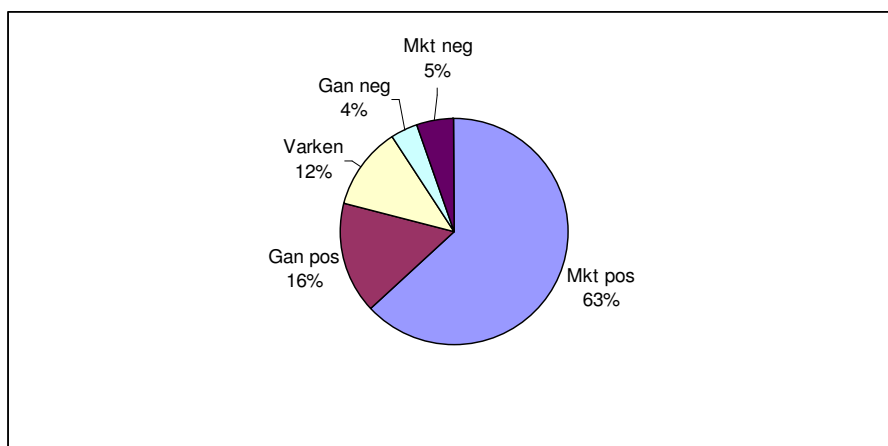
En analys av dem som varit negativa respektive svarat att det varit varken positivt eller negativt att personalen tagit upp sexualiteten visar att det handlar om totalt sju kvinnor, varav

fem har lämnat sitt svar direkt på en mottagning. Fem av kvinnorna uppger sig vara KSMF som lämnat sitt svar på en mottagning. Två är KSMU, som lämnat sitt svar via webben. När det gäller männen är det en MSKU och sex MSKF, varav en lämnat sitt svar via webben. Sex respondenter har alltså lämnat sitt svar direkt på en mottagning.

Vid en jämförelse med föregående fråga, den som handlar om inställningen om personalen hade tagit upp sexlivet ifall det inte skett, råder det i båda fallen en övervägande positiv inställning till att personalen tar upp sexlivet. Samtidigt är det intressant att se att de negativa i stor utsträckning besvarat enkäten direkt i anslutning till ett test. Det är viktigt, bedömer jag, att undersöka detta närmare.

6.7 Personalens bemötande

Figur 8 – Om personalen har tagit upp frågor som rör ditt sexliv när du testat dig - hur upplevde du personalens *bemötande* i samband med samtalet? Avgivna svar.

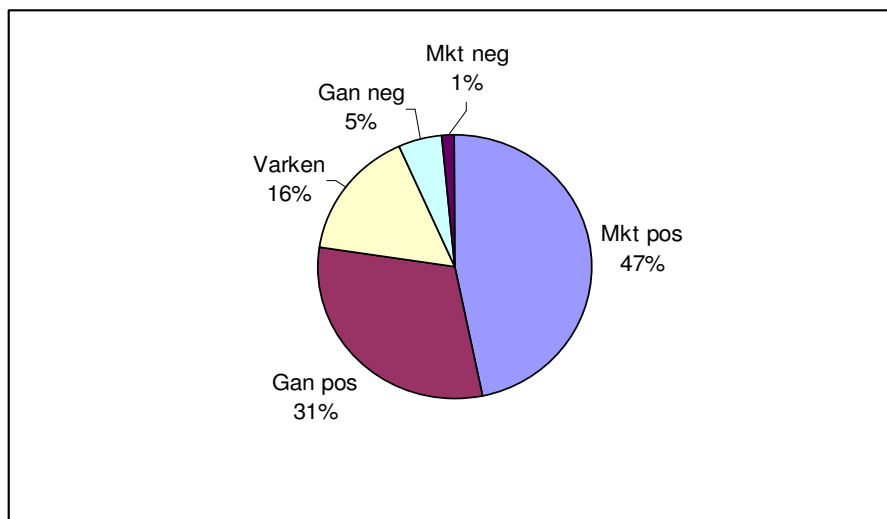


76 personer har besvarat frågan medan 19 har avstått. En klar majoritet av dem som svarat på frågan uppfattade bemötandet som mycket positivt, 48 respondenter (%). Om man lägger till dem som också uppfattade bemötandet som ganska positivt, tolv respondenter, är siffran 60 (%) respondenter, dvs. mer än tre av fyra. Nio uppfattade det som varken positivt eller negativt, tre som ganska negativt och fyra som mycket negativt. Av dem som uppger att det är ganska eller mycket negativt är fem kvinnor och två män. Av männen hör den ena till gruppen MSMK och är testad utomlands, den andre hör till gruppen MSKF. Samtliga som är negativa har lämnat sitt svar via webben, så också de tre kvinnorna som har blivit uppmanade att testa

sig. Det är en liten grupp att analysera, men återigen råder tendensen att kvinnor är mer negativa än män. De som inte har besvarat frågan har huvudsakligen uppgivit att personalen inte har tagit upp deras sexliv.

6.8 Upplevelsen av innehållet i samtalet

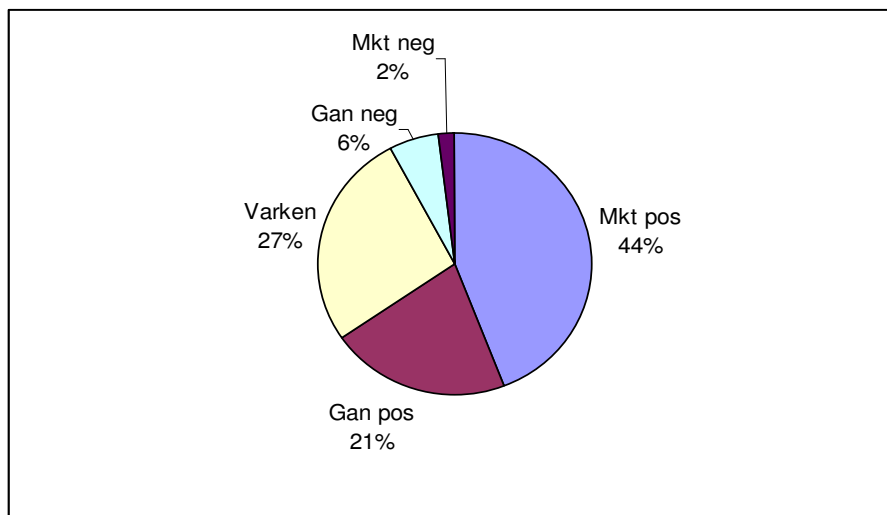
Figur 9 – Om personalen har tagit upp frågor som rör ditt sexliv när du testat dig – hur upplevde du *innehållet* i samtalet? Avgivna svar.



Jag har i enkäten överlåtitt åt respondenterna att själva definiera begreppet ”innehåll”, vilket lämnar utrymme åt tolkningar och olika perspektiv. 58 respondenter har varit mycket eller ganska positiva, tolv uppgav att de var varken positiva eller negativa, fem uppgav sig vara ganska eller mycket negativa. 20 respondenter har inte besvarat frågan. Att döma av svaren är tendensen att de som varit positiva tidigare också uppger sig vara positiva i relation till innehållet i samtalet, medan de negativa här har också varit negativa i svaren på föregående fråga.

6.9 Uppfattningen av personalens reaktion då patienten själv tagit upp sexualitet.

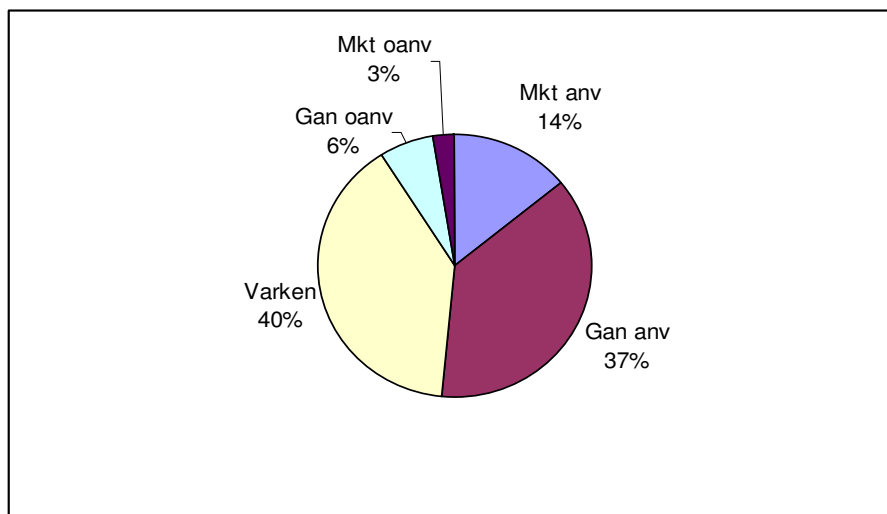
Figur 10 – om du har tagit upp sådant som rör ditt sexliv när du testat dig – hur uppfattade du personalens *reaktion* på detta? Avgivna svar.



52 personer har besvarat frågan, medan 43 har avstått. Eftersom endast 29 personer har tidigare svarat ja på frågan om patienten själv tagit upp sitt sexliv då inte personalen gjort det förefaller långt fler ha uppfattat personalens reaktion än antalet personer som frågat. En teori kan vara att patienten ändå har en uppfattning av personalens reaktion i samtalet, även om det är personalen som först tar upp frågor kring patientens sexliv. En annan är att det inte finns en generell tolkning av frågorna, vilket kan medföra att begrepp som "bemötande" och "innehåll", vilka i enkäten relateras till personalen som första frågeställare kring sexualitet, sammanblandas med begreppet "reaktion", vilket i enkäten relateras till respondenten som första frågeställare kring sexualitet. Ett tolkningsutrymme av detta slag försvårar naturligtvis analysen av svaren och jag återkommer till detta i min slutdiskussion. Trots detta går det att urskilja tendensen att av dem som svarat uppfattar merparten, 34 personer, personalens reaktion som mycket eller ganska positiv då respondenten fört sexualitet på tal. I övrigt uppger 14 sig ha uppfattat en reaktion som är varken positiv eller negativ och fyra uppger att reaktionen uppfattas ha varit ganska eller mycket negativ. Bland de ganska eller mycket negativa härstammar en ur gruppen MSKU, en ur gruppen KSMU samt två ur gruppen KSMF. Samtliga av dessa avgav sitt svar via webben.

6. 10 Upplevelsen av samtalets användbarhet i vardagen.

Figur 11 - På vilket sätt upplever du att samtalet varit *användbart* i din vardag? Avgivna svar.



78 respondenter har besvarat frågan (82 %). Elva av dessa uppger att samtalet har varit mycket användbart i vardagen, 29 uppger att det varit ganska användbart, 31 uppger att det varit varken användbart eller oanvändbart, fem uppger att det varit ganska oanvändbart och två uppger att det varit mycket oanvändbart. Om man ställer detta resultat mot svaren på frågan om uppfattningen av personalens bemötande och respektive innehållet i samtalet växer det fram en intressant bild. Användbarheten av samtalet uppfattas nämligen i mer än tre fall av fyra som *ganska* användbar eller *varken användbar eller inte*. Relativt få uppger att samtalet varit mycket användbart, medan andelen som uppger detta svarsalternativ på de tidigare frågorna är betydligt större. Det kan innebära att även om en respondent uppfattar samtalet som genomgående positivt tycks samtalet inte göra skillnad i praktiken eller göra ganska, men inte mycket stor skillnad. Även om det kan vara tillräckligt med *ganska* användbara samtal är det på sin plats att ställa sig frågan om innehållet i samtalet, t.ex. hur frågorna ställs eller vad som frågas, borde ha sett annorlunda ut. Eller om sammanhanget, dvs. att tala sexualitet i samband med ett test, inte är det bästa att diskutera det egna sexlivet? Vad är det som saknas för att göra samtalet till *mycket* användbart, och som gör att samtalet i ännu större utsträckning ger svar på viktiga frågor?

En analys av gruppen som svarat att samtalet varit *mycket användbart* i relation till fördelningen på kön och sexpartner samt huruvida testet skett frivilligt eller på uppmaning visar att gruppen är en spretig grupp, med en övervikt åt kvinnliga respondenter. De som svarat har varit fem KSMF, som svarat via webben, och i övrigt en respondent ur grupperna MSM, KSK, MSKF samt MSKU och som svarat via webben samt KSMF och MSKF och som svarat direkt på en mottagning.

Även om grunden som jag redan tagit upp är god mot bakgrund av att de flesta respondenter uppfattar samtalet positivt, är svaren på ovanstående fråga en varningsklocka, anser jag. Resultatet ligger i linje med Wolitski et al. (1997), Weinhardt et al. (1999) och Eriksson, Nilsson Schönnesson & Karlsson (2007), som visar på att samtalet i samband med ett test inte alltid leder till en verklig förändring, och att rådgivningen måste utvecklas ytterligare.

6.11 Förändringar i vardagen efter samtalet

Frågan ”Om du upplever innehållet i samtalet som mycket eller ganska användbart – vad har förändrats i din vardag?” har besvarats i relativt liten utsträckning med tanke på att mer än hälften av respondenterna angett att samtalet varit ganska eller mycket användbart. Svaren utgörs av så gott som uteslutande kortare kommentarer men som nyanserar den bild som växer fram ur svaren på föregående fråga, 6.10.

En person ur gruppen MSM skriver: ”Gjorde enkäten direkt efter samtalet så det har inte förändrat min vardag. Men att jag ska vara försiktig som innan”. En respondent ur gruppen MSKF skriver att samtalet ledde till ”ingen direkt förändring, snarare en trevlig känsla av förståelse”. Ytterligare kommentarer är ”jag skyddar mig mer”, ”jag är mer försiktig”, ”jag använder mer kondomer”, ”jag vet mer om sex och STP”, ”jag tänker efter före och om jag vill ha sex”, ”lättnad”, ”samtalet var klargörande”, ”kommer att undvika oskyddat sex i kortare förhållanden”. En kvinna ur gruppen KSMF skriver att hon ”tog upp ett missfall och min relation”.

Det finns också de som säger att samtalet inte har lett till någon förändring även om de uppger att samtalet varit mycket eller ganska användbart. En del av dem som svarat att samtalet varit mycket eller ganska användbart uppger också sagt att de utelämnat information i samtalet. Dessa personer har bl.a. besvarat frågan med ”sex utomlands”, ”haft ej lust att berätta”,

”partners ålder är inte intressant”. En respondent uppger att denne har utelämnat information om tidigare sjukdomar samt om en våldtäkt.

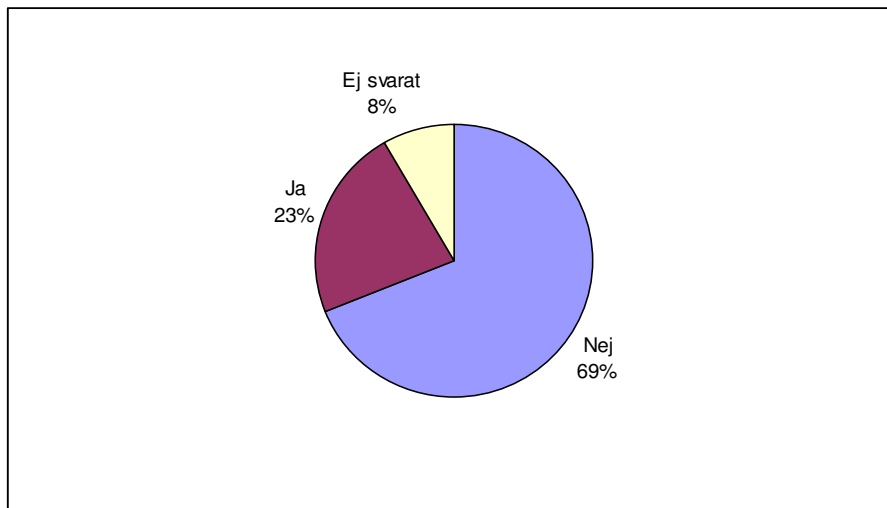
Det är svårt att se några klara tendenser i de svar som avgetts, förutom att det finns en viss diskrepans mellan upplevelsen av samtalets användbarhet och de kommentarer som belyser vad användbarheten kan innebära. Några av kommentarerna förstärker de tidigare funderingarna kring samtalets betydelse och möjligheter för förändrat sexuellt beteende, något jag återkommer till i slutdiskussionen. Detta förstärks ytterligare av det fåtal kommentarer från de respondenter som uppfattar att samtalet varit *ganska* eller *mycket oanvändbart*: *”saknat information om ställningar och hur båda blir nöjda”* och *”saknat tydlig information om oralsex”*. Det kan naturligtvis också handla om att en individ inte alltid kan föreställa sig betydelsen av ett samtal förrän långt senare.

Eftersom gruppen som svarat att samtalet varit varken användbart eller oanvändbart är så pass stor som 40 % bedömer jag det vara intressant att även ta med kommentarer ur dessa respondenters svar i uppsatsen. De svar som lämnats är bl.a.: *”personalen tog upp preventivmedel”*, *”tänker mer på mig själv”*, *”avser samtalet i sig”*, samt *”saknat HBT-kunskap”*. En person uppger också att denne utelämnat information om senaste samlaget samt information om att partnern testat sig.

Slutligen är det på sin plats att nämna att det inte finns något tydligt samband mellan kommentarer kring användbarheten av samtalet i vardagen och kön, sexpartner, frivillighet kontra uppmaning till test eller var enkäten besvarats.

6.12 Utelämnad eller falsk information från patientens sida

Figur 12 - Har du i samtalet utelämnat något eller sagt något som inte stämte? Inklusivt respondenter som inte har svarat.



Nästan en av fyra (23 %) respondenter uppger att de utelämnat något eller sagt något som inte stämmer i samtalet i samband med testning. Samtidigt har 69 % uppgett att de inte utelämnat något alls, inte sagt sådant som inte stämte. De som valt att uppge något nämner att det inte tagit upp ”andra mediciner och ADHD”, ”antal partners samt att jag varit upprörd” samt ”osäker på om jag hade 100 % säkrare sex”. Tio av dem som uppger att de utelämnat något eller sagt något som inte stämmer preciserar detta inte närmare.

7. Avslutande diskussion

Underlaget för den här studien utgörs av 95 enkätsvar som lämnats in via webben respektive på två mottagningar där testning för STI sker. 40 män och 55 kvinnor har besvarat enkäten. 30 av männen uppger att de enbart har kvinnor som sexuella partners. 49 av kvinnorna uppger att de enbart har män som sexuella partner. Ungefär fyra av fem uppger att de genomfört testet frivilligt. Åldersmässigt kan man se två toppar - de som är födda åren 1986-1990, dvs. 17-21-åringar, och de som är födda åren 1979-1983, dvs. 24-28-åringar. En tolkning är att den första gruppen utgörs av individer där många samlagsdebuterar, något som ligger i linje med Lewins forskning (1997). Enligt denna ligger medianåldern för det första samlaget hos den yngsta gruppen undersökta kvinnor (18-24 år) vid en ålder av 16,4 år. Motsvarande siffra för män i samma åldersgrupp ligger på 16,9 år. Siffrorna för samlagsdebut har legat på liknande nivåer även i grupperna 25-34 år och 35-49 år. En samlagsdebut kan sannolikt vara en drivande kraft i en vilja att testa sig.

Vad beträffar den senare gruppen, 24-28-åringarna, gör jag antagandet att det handlar om individer som befinner sig i ett skede i livet som innebär stora förändringar. Många flyttar hemifrån, andra reser under längre perioder eller studerar i en omfattning som är större jämfört med andra åldersgrupper. Resande och studietiden är faktorer som sannolikt påverkar det sexuella beteendet. En annan tänkbar orsak till att denna grupp är starkt representerad bland respondenterna är att ungdomar och unga vuxna har större kunskaper i att hantera Internet. Jag vill hävda att Internet är en självklarhet för dem som är 30 år och yngre, i likhet med vad telefonen eller tv: n är för flesta andra idag. Det är på Internet som en stor del av det sociala umgänget äger rum och det är på Internet som individerna skapar sina relationer, inte minst för sexuella syften, vilket bekräftas av Månsson et al. (2003), som jag härmed för in för första gången i den här uppsatsen. På Internet inhämtar individerna också kunskap kring sexualitet och relationer, genom exempelvis faktaupplysning eller samtal med andra. Kanske är det mot bakgrund av detta man ska se den stora representationen yngre individer i det empiriska materialet.

Bland de svar från gruppen MSM som samlats in kommer fyra från mottagningarna och tre via webben, en andel på 7 % av det totala antalet respondenter. För att illustrera hur det kan se

ut på STI-mottagningarna i Skåne har jag tagit del av den statistik som härstammar från en av Skånes större mottagningar för testning av STI, Centrum för sexuell hälsa i Malmö. Under november 2006, då min enkätstudie pågick, besöktes ovannämnda mottagning av 29 MSM (Centrum för sexuell hälsa, 2007). I verksamhetsberättelsen redogörs för det totala antalet besökare under 2006, som var 10 479, varav 5 818 män. 260 av alla män uppges enligt statistiken höra till gruppen MSM, och utgör därmed drygt 4 % av det totala antalet besökare. Antalet respondenter ligger därmed på en nivå inte långt ifrån den som Centrum för sexuell hälsas mottagning redovisar. Däremot framgår det inte i Centrum för sexuell hälsas statistik hur stor andelen män respektive kvinnor som har sex både med män och med kvinnor är. I den här uppsatsen utgör andel respondenter som uppger sig ha sexuella kontakter med båda könen till fem KSMK och tre MSKM, eller drygt 8 % av det totala antalet respondenter. Det är en grupp som kan vara viktig att uppmärksamma och rikta insatser mot, eftersom gruppen kan spela en betydelsefull roll i preventivt arbete. Jag vill knyta detta till Lewin (2002) som menar att det sexuella utbytet huvudsakligen sker inom skilda sociala grupper. Det betyder att om varje skild grupp, varje kompartment som han kallar det, hade sin skilda parallella sexuella verklighet skulle en sexuellt överförd infektion inte kunna spridas mellan dessa kompartment. I realiteten finns det emellertid en överlappning mellan kompartmenten, som exempel nämner han bisexuella män som utgör övergången mellan män som har sex med män och män som har sex med kvinnor. Hans slutsats är att preventivt arbete bör inriktas på det mindre antalet individer som befinner sig i området där kompartmenten överlappar varandra, snarare än det flertal som bildar kompartmentet i sig.

Så hur kan man tolka resultaten? Ett mycket tydligt resultat är andelen kvinnor (55 stycken eller 58 %) respektive män (40 stycken eller 42 %) som besvarat enkäten. Månsson et al. (2003) bidrar till min förståelse genom rapporten ”Kärlek och sex på Internet”, där författarna menar att orsakerna kan härledas till den anonymitet som en enkät erbjuder och som eventuellt underlättar för kvinnor att tala om sin sexualitet utan att exempelvis riskera att stämplas som promiskuös.

Det är intressant att se att män i större utsträckning uppger att personalen inte har tagit upp frågor som rör deras sexliv, jämfört med kvinnor. Det finns också en tendens att män som uppmanats till test i större grad uppfattar att personalen inte har tagit upp frågor som rör hans sexliv jämfört med de män som testat sig frivilligt. Vidare är det bara män som på eget initiativ har tagit upp sin sexualitet, i de fall då personalen inte gjort det. Samtidigt uppger

samtliga kvinnor som uppmanats till test att personalen har tagit upp frågor som rör deras sexliv. Kan det vara så att personalen i större utsträckning betraktar sexualiteten som en kvinnofråga, åtminstone i de fall det handlar om problem relaterade till sexualitet? Omvänt skulle det innebära att männen tillskrivs en kanske naturlig och driftstyrd sexualitet, och därmed av olika skäl inte skulle vara i behov av diskussion, kanske för att ”den är som den är”. Möjligen skulle man kunna säga att sexualiteten varit kvinnans domän utifrån perspektivet att sexualiteten hör ihop med reproduktion - det är kvinnan som blir gravid och det är kvinnan som tar det absolut största ansvaret för konsekvenserna av en graviditet. Samtidigt har sexualitet ansetts som männens domän, i betydelsen att det är män som haft en kulturell tillåtelse att tillskriva sig själva en sexualitet och har kunnat uttrycka den utan att bli illa sedda. Det är männen i den här studien som tar upp sexualitet på eget initiativ. Är det alltså i högre grad tillåtet för män att tillerkänna sig en sexualitet? Utifrån Bergenheims (2006) idéhistoriska redogörelse för åren 1950-1980, som parallellt med en kamp om en fördomsfri sexualitet för alla också präglades av en dubbelmoral, men att denna dubbelmoral fortfarande idag är stark och inte så olik den som rådde på 60-talet, ligger antagandet om att det förhåller sig på detta vis nära till hands. Hälso- och sjukvården i allmänhet, och samtalet om sexualitet mellan patient och personal i synnerhet, tycks fortfarande kännetecknas av den heterosexuella normen. Även Røndahl (2005) konstaterar i sin forskning att så gott som alla homosexuella vårdtagare (en patientgrupp som hon ägnat sig åt i sin forskning) vittnar om situationer där personalen förmedlar heteronormativa antaganden. Om man applicerar den aspekt av det heteronormativa synsättet som innebär att kvinnor förväntas vara kvinnliga, män manliga, och att kvinnor och män ska förhålla sig till varandra, åtrå varandra och begära varandra (Dahl, 2005), växer det alltså fram en tänkvärd bild. Normen förutsätter att kvinnor och män kan identifiera varandra, vilket sker genom olika kännetecken och egenskaper. Sexualiteten står i fokus, eftersom den är grunden till reproduktion och njutning, men också roten till problemen, det som Dahl (2005, s. 49) kallar för ”en ständig källa till fara för kvinnor och konflikt mellan könen”. Är det detta som på sitt sätt avspeglar sig i den här uppsatsens resultat, där män i större utsträckning tar upp sexualiteten på eget initiativ och där personalen följaktligen i mindre omfattning tar upp männens sexualitet, inte minst de män som uppmanats till ett test, samtidigt som de kvinnor som uppmanats till test uppger att personal *har* tagit upp sexlivet?

Jag vill avsluta ovanstående resonemang genom att knyta det till teorin om sexuella script (Löfgren-Mårtenson, 2005) såsom en referensram för studier och analys av den sociala

konstruktionen som sexualiteten är samt hur produktionen av sexuellt beteende i det sociala livet sker. Den lär människan att lära sig hur hon ska agera som sexuell varelse i samspelet med andra, eller förenklat hur, när, var, med vem och varför hon ska ha sex. Scripten kan ses som ett manuskript för sexuella handlingar, den kan sägas ge oss svar på grundläggande frågor kring sexualitet, den är en karta som guidar oss i de komplicerade kulturella förväntningar och krav som vi befinner oss i och som är av avgörande betydelse för att hitta acceptabla sätt att uttrycka sin sexualitet. Kan skillnaderna mellan kvinnornas och männens sätt att uppfatta samtalet vara ett uttryck för scripten, dvs. vad som är tillåtet för jaget att hänge sig eller vilken tillgång jaget har till de upplevelser som det åtråvärda eller begärda beteendet är förväntat att ge? Är det också så att personalen utifrån sitt perspektiv också har ett script som vägleder dem i deras arbete, exempelvis när, hur och med vem de ska ta upp frågor rörande sexliv och sexualitet?

Häriifrån rör jag mig vidare mot frågorna om initiativtagaren till samtal om sexualitet. Totalt svarade 29 respondenter ja på frågan om *respondenten själv* tagit upp frågor om sin sexualitet. 24 av dem som svarade ja på första frågan har även svarat ja på följdfrågan om *personalen* har tagit initiativ till samtal om sexualitet (detta trots att jag inte efterlyste något svar på frågan i en sådan situation). Jag tolkar det som att många patienter uppfattade samtalet som en dialog. Att personalen tog upp frågor som rör patientens sexliv kan alltså ha tolkats som en inbjudan till ett ömsesidigt utbyte, något flera patienter accepterat. De flesta respondenter uppger en positiv inställning till samtal om sexualitet, men kvinnor uttrycker i större utsträckning än män en negativ inställning. Kvinnor som har *uppsmanats* till test är också mer negativa än män som uppsmanats till test. Dessa resultat ligger i linje med tidigare resultat.

Individens möte med hälso- och sjukvården styrs och påverkas, utifrån Foucault (1976), av en rad maktfaktorer. Vi bör enligt honom undersöka hur maktmekanismerna verkar och notera de avsedda liksom de oavsedda konsekvenserna. Studier av makt ska inte inriktas på maktbarnas motiv utan på praktiker och effekter på de underkuvades nivå. Personalen som patienten möter i samband med ett test är myndighetsutövare med ett uppdrag utifrån lagstiftning, men också en auktoritet utifrån sin kunskap och kompetens. Patienten besöker en miljö som inte utgör hemmaplan, besöket är inte alltid frivilligt och präglas av många mänskliga känslor såsom t.ex. oro, okunskap, rädsla, skuld eller skam. Kanske kan man till och med påstå att ett besök i syfte att testa sig aldrig är frivilligt – nödvändigheten av att känna till sin smittostatus eller att få en behandling föranleder ett till synes frivilligt besök,

men egentligen är besöket något individen vill slippa eftersom det är kopplat till exempelvis oro eller skam. Naturligtvis, menar jag, påverkas patientens uppfattning alltid av detta möte, mot bakgrund Foucaults (ibid.) teorier, såtillvida att människan hamnar i ett underläge (eller blir en underkuvad, för att använda Foucaults terminologi) och ska på ett sätt stå till svars för sitt sexuella beteende. Kroppen ska disciplineras och regleras och normen fördelar det levande till värde och nytta, menar Foucault (ibid.). Även Repstad (1998) diskuterar normer och de förväntningar som dessa skapar på individen. I testsamtalet ska kvinnor svara för sitt sexuella beteende, med det script de har, och män svara för sitt, men de script de har internaliserat. Heteronormen (Kulick, 2005) förstärker ytterligare upplevelsen av det egna jagets roll och förväntningarna på ens beteende beroende på kön eller val av sexuell partner.

Vid en analys av frågorna kring dels inställningen till *om* personalen hade tagit upp sexlivet ifall det inte har skett, dels till att personalen *har* tagit upp sexlivet, råder det i båda fallen en övervägande positiv inställning till att personalen tar upp sexlivet. Det är återigen främst kvinnor som skulle ha uppfattat eller uppfattar ett samtal om sexlivet i samband med test som negativt. Goffman (Repstad, 1998; Berg, 1998) menar att människan vill förmedla ett intryck av sig själv. Människan befinner sig på en scen, hon uppför en roll, föreställningen riktas mot en publik. Publiken avgör om teatern faller väl ut genom att godkänna eller underkänna föreställningen och rollgestalten som aktören producerat. Publiken har en avsevärd makt i sitt omdöme gällande föreställningen. Vidare delar Goffman (ibid.) in scenen i en front stage, platsen som skådespelaren vill visa, och en back stage, platsen är privat och där individen inte är iklädd rollen som performer. Kan ovanstående resultat visa på ett samband i hur kvinnor respektive män upplever bemötandet i anslutning till test och samtal? En tolkning kan vara att kvinnor dels upplever sig snarare underkända i uppförandet av sin roll när de ska samtala kring den egna sexualiteten, medan män uppfattar sig som godkända. En utveckling av denna tolkning kan kopplas till uppdelningen av scenerna i en främre och en bakre scen, och där det som har ägt rum på den bakre scenen, t.ex. i sovrummet, ställs på sin spets på den främre scenen. I ett sammanhang där roller samspelar med normer och sexuella script menar jag att det är naturligt att kvinnor uppfattar samtalet negativt, till skillnad från män, vars sexualitet uppfattas som något naturligt, tillåtet och positivt. Kvinnorollen, heteronormen och scripten talar om att kvinnans sexualitet inte är lika självklar, inte lika tillåten och mer problemorienterad än mannens.

Det är även intressant att se att de negativa i stor utsträckning besvarat enkäten direkt i anslutning till ett test. Antagligen är minnet av känslor och tankar starkare direkt efter ett samtal jämfört med om en viss tid går. Kanske är det också lättare att glömma negativa upplevelser och känslor med tiden?

Mer än tre fjärdedelar uppger att både *bemötandet* och *innehållet* i samtalet har varit ganska eller mycket positivt. När det gäller dessa begrepp handlar det om begrepp som kan tolkas på skilda sätt. Är det språk och val av ord, eller handlar det snarare om vad som tas upp? Kanske handlar det om det egna behovet av ett samtal och de positiva konsekvenser det förväntas ge, eller så spelar personalens professionalitet en roll. Lenneér-Axelsson & Thylefors (1991) menar att behandlarens väsentligaste uppgift är att skapa en atmosfär – ett samarbetsklimat – som stimulerar klienternas egna resurser när det gäller att bearbeta och lösa problem. Det mest karaktäristiska för ett sådant klimat är den förtroendefulla kontakten. I ett tryggt klimat vågar patienten överge en del försvar, närma sig det som är svårt och gå in i en öppen relation. Kanske är innebörden av begreppen bemötande och innehåll något av det för respondenterna? Engquist (1996) betonar att om behandlaren förmedlar kunskaper, presenterar flera alternativ på olika ambitionsnivåer och inte ensidigt propagerar för det mest ambitiösa alternativet, samt låter det slutgiltiga beslutet ligga hos klienten, har behandlaren bäst förutsättning för att påverka en attityd i önskad riktning. Om så är fallet påverkas naturligtvis upplevelsen av både bemötande och innehåll i samtalet. Det kan lika gärna handla om, som Almås & Pirelli Benestad (2006) menar, att upplysningen kommer vid rätt tidpunkt i ens liv och att den sexuella vakenheten är av avgörande betydelse för att identifiera den rätta tidpunkten. Eller att upplysningen är god och saklig och utgör en tillåtelse och ett stöd när det gäller att förstå den egna sexualiteten och kunna uttrycka den på ett för en själv tillfredsställande sätt. Jag vill hävda att ytterligare kvalitativa studier är nödvändiga för att kunna tolka svaren på frågorna mer nyanserat.

Frågan om hur respondenten har uppfattat personalens *reaktion* när denne tagit upp sitt sexliv har besvarats av 52 personer, medan 43 har avstått. Eftersom endast 29 personer har tidigare svarat ja på frågan om patienten själv tagit upp sitt sexliv då inte personalen gjort det förefaller långt fler ha uppfattat personalens reaktion än antalet personer som uppger att de har ställt frågor på eget initiativ. En tolkning kan vara att den avsaknad av generella tolkningar av begrepp som bemötande och innehåll också kan utökas till att omfatta begreppet *reaktion*. En annan kan vara att patienten ändå har en uppfattning av personalens reaktion i

samtalet, oavsett vem som först tar upp frågor kring sexlivet. Begreppet reaktion kan uppfattas på ett visst sätt, men det behöver inte stå klart huruvida respondenten har ställt en fråga om sitt sexliv först, eller om personalen har initierat samtal om sexlivet. Ett tolkningsutrymme av detta slag försvårar naturligtvis analysen av svaren och jag väljer att inte gå vidare med denna. Trots detta går det att se att merparten av respondenterna uppger att det har uppfattat personalens reaktion som mycket eller ganska positiv. Gruppen som uppger ha uppfattat en reaktion som är varken positiv eller negativ är något större jämfört med svaren på de två föregående frågorna. Förmodligen skulle även den här frågans svar behöva kompletteras med ytterligare kvalitativa studier för att ge en mer underbyggd kunskap.

När det gäller samtalets *användbarhet*, uppfattas samtalet i omkring hälften av avgivna svar vara ganska användbart eller mycket användbart. Så många som 40 % uppger att samtalet har varit varken användbart eller oanvändbart. Jämfört med svaren på de föregående frågorna, uppger relativt få att samtalet varit mycket användbart, medan andelen som uppger detta svarsalternativ på de tidigare frågorna är betydligt större. Det kan innebära att även om en respondent uppfattar samtalet som genomgående positivt tycks samtalet inte uppfattas göra skillnad i praktiken, eller göra ganska, men inte mycket, stor skillnad. Även om det kan vara tillräckligt med *ganska* användbara samtal är det på sin plats att ställa sig frågan om vad som borde ha varit annorlunda. Eller om sammanhanget, dvs. att tala sexualitet i samband med ett test, inte är det bästa att diskutera det egna sexlivet? Vad är det som saknas för att göra samtalet till *mycket* användbart, och som gör att samtalet i ännu större utsträckning ger svar på viktiga frågor? Kopplat till teorierna om makt eller normer, men också om teorier kring kommunikation, kan naturligtvis värdet av att tala sexualitet i samband med ett test diskuteras. Testtillfället präglas mer eller mindre av tvång. Tvånget kan vara ett hinder att skapa en god grund för ett samtal om sexualitet där individens säkrare sexstrategier förbättras, samtidigt som det är ofrånkomligt att ett tillfälle som detta annars vore svårt att åstadkomma. Den fråga som återstår är hur man kan göra ett så bra samtal som möjligt av ett samtal som sker med mer eller mindre stora inslag av tvång?

Lewin (2002) diskuterar förändring av sexuella beteenden och konstaterar att det är dokumenterat svårt. Kunskap i sig, menar han, förändrar inte beteenden. Han ger exempel på en situation där detta ställs på sin spets. En del individer kan se sig själva som någon som inte är promiskuös och som någon som därmed har sexuellt umgänge med enbart "utmärkta" personer. Är individen dessutom förälskad i personen som denne har sexuellt umgänge med

behöver han/hon inte ändra något i det sexuella beteendet. Människans uppfattning tenderar att innebära att ”utmärkta” personer per definition inte bär på någon smitta. Lewins resonemang belyser en helt ny aspekt av området, en aspekt som förutsätter mycket mer djupgående kvalitativa studier för att besvara frågan om hur ett samtal i samband med ett test bäst kan utformas. Det blir extra intressant när jag studerar den grupp som har svarat att samtalet har varit mycket användbart. Sju kvinnor har uppgivit att samtalet varit mycket användbart, medan tre män har gjort detta. Förvisso handlar det om en till antalet mycket liten grupp, men det är ändå värt notera, menar jag, att det är fler kvinnor som uppgivit detta svar. Kan en upplevelse av sexpartnern som ”utmärkt” eller att en förälskelse har varit närvarande påverka upplevelsen av samtalet?

Även tidigare forskning visar på att människans sexuella strategier (Tikkanen 2003a) kan komplicera utfallet av ett samtal i samband med ett test. Wolitski et al. (1997), Weinhardt et al. (1999) och Eriksson, Nilsson Schönnesson & Karlsson (2007) belyser ytterligare aspekter av samtalet och de svårigheter som blir utmaningen i att skapa ett möte som påverkar individens säkrare sexbeteende. Ytterligare en infallsvinkel som är värd att notera är den lagstiftning som råder och hur den påverkar mötet och patientens kunskapsinhämtning, utifrån Ciesluk (1999).

Mot bakgrund av ovanstående bedömer jag att det viktigaste förslaget för vidare forskning är att ytterligare undersöka hur individer tänker och resonerar i situationer som rör den egna sexualiteten i allmänhet och misslyckad prevention i synnerhet. Även beståndsdelar som t.ex. oron för, men också en faktisk smitta med en sexuellt överförd infektion, liksom testillfället med alla de förväntningar och fantasier som det väcker samt alla de maktaspekter och normer som kommer till uttryck i samband med testillfället och i relation till personalen behöver granskas vidare. Slutligen är personalens förmåga att kommunicera samt, för att sluta cirkeln, samtalets förutsättningar att göra en skillnad essentiella faktorer att forska vidare kring, så att alla de människor som besöker olika mottagningar får ett stöd i att bättre kunna njuta av sin sexualitet.

Litteraturförteckning

Almås, Elsa & Benestad Pirelli, Esben Esther (2006) *Sexologi i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.

Benipoor, Sara & Holmström, Charlotta (2005) *Klamydiakampanjen i Region Skåne 2005 – en utvärdering (rapport nr 2005:4)*. Malmö: Socialmedicinska enheten, Kompetenscentrum för sexuell och reproduktiv hälsa, Region Skåne.

Berg, Lars-Erik (1998) ”Den sociala människan: om den symboliska interaktionismen”, i Månsson, Per (red. 1998) *Moderna samhällsteorier; traditioner, riktningar, tolkningar*. Stockholm: Rabén Prisma.

Berg-Kelly, Kristina (1998) ”Ungdomsmedicin” i Forsberg, Margareta (2005) *Ungdomar och sexualitet – en forskningsöversikt år 200.*, Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut.

Bergenheim, Åsa (2006) ”Drömmen om frihet: om sexualitet, normalitet och kön under perioden 1950-80” i Lennerhed, Lena (red. 2006). *Från Sapfo till Cyborg – idéer om kön och sexualitet i historien*. Hedemora: Gidlunds förlag.

Bergstrand, Marie (2000) *Hälsorådgivande samtal: kommunikativa strategier i samspel mellan distriktssköterska och patient*. Stockholm: pedagogiska institutionen, Stockholms universitet.

Bernler, Gunnar & Johnsson, Lisbeth (1988) *Teori för psykosocialt arbete*. Stockholm: Natur och Kultur.

Brander, Gunnel & Hansson, Elinor (1995) *Sexualitet – rapport om ett arbetsätt*. Malmö: RFSU.

Christianson, M., Johansson, E., Emmelin, M., & Westman, G. (2003) “One-night stands - risky trips between lust and trust. Qualitative interviews with Chlamydia trachomatis infected youth in north Sweden. Scandinavian Journal of Public Health, 31, 44-50” i Forsberg, Margareta (2005) *Ungdomar och sexualitet – en forskningsöversikt år 2005*. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut.

Ciesluk, Jack (1999) *Smittskyddslagen – svårigheter som lagen medför för kuratorer som arbetar med HIV-positiva klienter*. Östersund: C-uppsats, Mitthögskolan.

Dahl, Ulrika (2005) ”Scener ur ett äktenskap: jämställdhet och heteronormativitet” i Kulick, Don (red. 2005) *Queersverige*. Stockholm: Natur och Kultur.

Eliasson, Rosmari (1995) *Forskningsetik och perspektivval*. Lund: Studentlitteratur.

Engquist, Anders (1996) *Om konsten att samtala*. Forsa: Rabén Prisma.

Eriksson, Lars E.; Nilsson Schönnesson, Lena; Karlsson, Anders (2007) *Erfarenheter av hiv-testning samt effekter av strukturerad rådgivning och hiv-snabbtest respektive konventionellt hiv-test med avseende på hiv-kunskap, attityder och risktagande samt oro*. Stockholm: Venhälsan Södersjukhuset, Karolinska Universitetssjukhuset samt Karolinska Institutet.

Forsberg, Margareta (2005) *Ungdomar och sexualitet – en forskningsöversikt år 2005*. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut.

Foucault, Michel (1976) *Sexualitetens historia, I. vilja att veta*. Hedemora: Gidlunds.

Gilje, Nils & Grimen, Harald (1996) *Samhällsvetenskapernas förutsättningar*. Göteborg: Daidalos.

Herlitz, Claes (2004) ”Allmänheten och hiv/aids: kunskaper, attityder och beteenden 1987-2003” ” i Forsberg, Margareta (2005) *Ungdomar och sexualitet – en forskningsöversikt år 2005*. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut.

Kulick, Don (red. 2005) *Queersverige*. Stockholm: Natur och Kultur.

Lenner Axelsson, Barbro & Thylefors, Ingela (1991) *Psykosocialt behandlingsarbete*. Stockholm: Natur och Kultur.

Lewin, Bo (red) *Sex i Sverige – om sexuallivet i Sverige 1996*. Stockholm: Folkhälsoinstitutet 1997.

Lewin, Bo (2002) ”Sexualiteten som social konstruktion” i Lundberg, P.O (red. 2002) *Sexologi*. Stockholm: Liber AB.

Löfgren-Mårtenson, Lotta (2003) *Får jag lov?: om sexualitet och kärlek i den nya generationen unga med utvecklingsstörning*. Göteborg: institutionen för socialt arbete, Göteborgs universitet.

Månsson, Sven-Axel; Daneback, Kristian; Tikkanen, Ronny & Löfgren-Mårtenson, Lotta (2003) *Kärlek och sex på Internet*. Göteborg: Göteborgs Universitet.

Nationalencyklopedin (1995) sextonde bandet. Höganäs: Bokförlaget Bra Böcker.

Ohnstad, Anbjörg (1995) *Det goda samtalet*. Lund: Studentlitteratur.

Repstad, Pål (1998) *Sociologiskt perspektiv i vård, omsorg och socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.

Röndahl, Gerd (2005) *Heteronormativity in a Nursing Context, attitudes toward Homosexuality and Experiences of Lesbians and Gay Men*. Uppsala: Uppsala universitet.

SFS 2004:168

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (2005:23)

Tikkanen, Ronny (2003a) *Risky Business, en sociosexuell studie av män som har sex med män*. Göteborg: Institutionen för socialt arbete, Göteborgs Universitet.

Tikkanen, Ronny (2003b) ”Sex och risktagande” i *Kondomboken* (2003). Stockholm: RFSU.

Tikkanen, Ronny; Månsson, Sven-Axel; Daneback, Kristian & Eriksson, Niklas (2006) *MSM-enkäten 2006, en översiktlig resultatpresentation*. Malmö: Malmö Högskola.

Trost, Jan (2001) *Enkätboken*. Lund: Studentlitteratur.

Weinhardt, Lance S.; Carey, Michael P.; Johnson, Blair T.; Bickham, Nicole L. (1999) *Effects on HIV Counselling and Testing on Sexual Behavior: A Meta-Analytic Review of Published Research, 1985-1997*. American Journal of Public Health, 1999; 89:1397-1405.

Wolitski, Richard J.; MacGowan, Robin J.; Higgins, Donna L.; Jorgensen, Cynthia M.; (1997) *The Effects of HIV Counselling and Testing on Risk-Related Practices and Help-Seeking Behavior*. AIDS Education and prevention, 9 Supplement B, 52-67, 1997, The Guilford Press.

Internetkällor:

Svenska Akademiens Ordlista på Internet: <http://g3.spraakdata.gu.se/saob/> (2007-03-01)

Bilagor

1. Brev

Till ledningen

Jag heter Jack Lukkerz och arbetar som socionom vid RFSU-Gruppen i Malmö, en professionell verksamhet som sedan 17 år bedriver HIV- och STI-preventivt arbete i Skåne, och som ägs av frivilligorganisationen RFSU Lokalföreningen Malmö. RFSU Lokalföreningen Malmö är i sin tur en av flera RFSU: s lokalföreningar i landet och arbetar sexualpolitiskt på ideell basis främst i sydvästra Skåne.

RFSU-Gruppens finansiering härstammar från statliga HIV-medel och tilldelas huvudmannen RFSU Lokalföreningen Malmö från Region Skåne. Vår målgrupp, alla sexuella aktiva individer i Skåne, erbjuds i enlighet med det uppdrag vi fått från Region Skåne rådgivning, utbildning och information. De områden vi fokuserar på är sexualitet, samlevnad och säkrare sex. När det gäller utbildningsdelen är målgruppen allt oftare andra yrkesverksamma som möter sexuell aktiva individer och som efterfrågar kunskap och metoder i att bemöta sexualiteten hos vårdtagare, elever, barn, klienter mm. Mer information om oss hittar du på www.rfsu.se/rfsu-gruppen.asp.

Bakgrund till och syfte med min undersökning

Att arbeta i en frivilligorganisation innebär bl.a. att det är ytterst viktigt att ständigt vara uppdaterad när det gäller målgruppens beteende och sätt att förhålla sig till sin sexualitet. Detta är förutsättningen för att vårt arbete ska kunna utvecklas samt fungera utifrån målgruppens perspektiv. **Därför har vi beslutat att arbeta för att skaffa mer kunskap om sexuella beteenden liksom att ta fram förslag på utveckling och förändring av de insatser som samhället ger.** Ett led i detta arbete är en D-uppsats som jag skriver inom ramen för min magisterutbildning vid Socialhögskolan, Lunds Universitet.

Uppsatsens syfte är att undersöka förekomsten av och innehållet i samtal kring sexualitet, sex och sexuella strategier i samband med testning och partnerspårning för STI. Perspektivet är patientens, dvs. den sexuellt aktiva individens. Jag vill ta reda på huruvida patienten i samband med testning/partnerspårning erbjuds ett samtal där sexualitet, sex och sexuella strategier tas upp. Vidare är jag nyfiken på de tillfällen där sexualitet, sex och sexuella strategier tas upp - vilka kunskaper får patienten? Jag vill undersöka patientens upplevelse av de budskap och den information som förmedlas av personalen liksom om patienten hade behövt mer för att testningen och/eller partnerspårningssamtalet skulle kunna vara en god förberedelse för framtida sexuella aktiviteter, som sker utan oro och med fokus på njutning. Avslutningsvis undrar jag om det finns tillfällen då patienten valt ut, utelämnat eller på något annat sätt påverkat den information som berör hennes/hans sexliv och som meddelas i samband med testning/partnerspårning.

Jag behöver er hjälp, och kommer gärna på besök för att diskutera vidare. Därefter är tanken att enkäten skall lämnas ut till den nästkommande 30 patienterna som valt att testa sig för en

STI alt. kallats till testning i samband med smittspårning. Enkäten kommer jag att sända över när vi kommit överens om ett samarbete. Patienten skall anonymt fylla i enkäten, lägga den egenhändigt i ett bifogat, frankerat kuvert och försluta det. Kuvertet återsänds därefter av personalen eller patienten till mig i svarskuvertet. *Tack på förhand!*

Vid frågor nås jag på tel 0768-54 11 37 eller e-post jack.lukkerz@rfsu.se

Jack Lukkerz

2. Enkät

Enkät kring sexualitet, sex och kondom användning

Enkäten tar ca 7-10 minuter att besvara och vänder sig till dig som

- *bor i Skåne*
- *under det senaste året har frivilligt testat dig för en STI (sexuellt överförd infektion), s.k. könssjukdom, eller*
- *har uppmanats till testning såsom kontakt till smittad för en STI.*

Du ombes att anonymt besvara några frågor som handlar om det samtal du haft med personalen på mottagningen då du *testat dig frivilligt eller partnerspårats*. Du lämnar svaret i det frankerade kuvertet till personalen eller postar det själv. Mer information om undersökningen hittar du längst bak i enkätformuläret. **Tack för din hjälp!**

Om mig

Jag som ställt frågorna till dig heter Jack Lukkerz och är anställd som socionom vid RFSU-Gruppen i Malmö, en verksamhet som arbetar hiv/sti-preventivt i Skåne. Dina svar kommer att användas till en undersökning som jag genomför inom ramen för min magisterutbildning vid Socialhögskolan, Lunds Universitet.

Du kan läsa mer om RFSU-Gruppen Malmö på www.rfsu.se/rfsu-gruppen.asp

1. Födelseår _____
 2. Är du
Kvinna som har sex med män Man som har sex med kvinnor
Kvinna som har sex med kvinnor Man som har sex med män
Kvinna som har sex med män och kvinnor Man som har sex med män och kvinnor
 3. Vilken mottagning har du besökt? _____
 4. När har du besökt mottagningen och testat dig? _____
 5. Blivit **uppmanad** till testning såsom kontakt till smittad → **Fortsätt till fråga 17**
 6. Testat mig **frivilligt** → **Fortsätt till nästa fråga**
-

Till dig som testat dig frivilligt

7. Har **personalen** på mottagningen tagit upp frågor som rör ditt sexliv?
JA NEJ

Om JA – har **personalen** tagit upp följande? (flera alternativ möjliga):

Smittvägar (t.ex. upplyst om dessa, hur du kan undvika dem mm.)

På vilket sätt (du har haft sex)

Din sexualitet (t.ex. dina sexvanor, ditt sexuella välbefinnande, vem/vilka du har sex med)?

Annat: _____

Om NEJ – har **du själv tagit upp** frågor som rör ditt sexliv?

JA

NEJ

Om JA - vad har **du** tagit upp (flera alternativ möjliga)?

Smittvägar (t.ex. upplyst om dessa, hur du kan undvika dem mm.)

På vilket sätt (du har haft sex)

Din sexualitet (t.ex. dina sexvanor, ditt sexuella välbefinnande, vem/vilka du har sex med)?

Annat: _____

Om personalen inte har tagit upp frågor som rör ditt sexliv när du testat dig frivilligt

8. Hur skulle du beskriva din inställning till om personalen hade tagit upp detta?

Mycket positiv

Ganska positiv

Varken positiv eller negativ

Ganska negativ

Mycket negativ

Annat (t.ex. har hänvisats till någon annan)

Om personalen har tagit upp frågor som rör ditt sexliv när du testat dig frivilligt

9. Hur uppfattade du det att personalen tog upp detta?

Mycket positivt

Ganska positivt

Varken positivt eller negativt

Ganska negativt

Mycket negativt

10. Hur upplevde du personalens bemötande i samband med samtalet?

Mycket positivt

Ganska positivt

Varken positivt eller negativt

Ganska negativt

Mycket negativt

11. Hur upplevde du innehållet i samtalet?

Mycket positivt

Ganska positivt

Varken positivt eller negativt

Ganska negativt

Mycket negativt

Om du har tagit upp sådant som rör ditt sexliv när du testat dig frivilligt

12. Hur uppfattade du personalens **reaktion** på detta?

- Mycket positiv
 - Ganska positiv
 - Varken positiv eller negativ
 - Ganska negativ
 - Mycket negativ
-

13. På vilket sätt upplever du att samtalet varit **användbart i din vardag**? Det kan t.ex. handla om ditt sexliv (t.ex. med vem, hur ofta och på vilka sätt du har sex) eller din sexualitet (t.ex. ditt sexuella välbefinnande, din sexuella läggning)?

- Mycket användbart
 - Ganska användbart
 - Varken användbart eller oanvändbar
 - Ganska oanvändbar
 - Mycket oanvändbar
-

14. Om du upplever innehållet i samtalet som **mycket eller ganska användbart** – vad har förändrats i din vardag?

15. Om du upplever innehållet i samtalet som **mycket eller ganska oanvändbart** – vad har du saknat?

Slutligen

16. Har du i samtalet **utelämnat** något eller **sagt något** som inte stämt?

- JA
- NEJ

Om JA – har du något exempel?

Vad har varit anledningen som du ser det?

TACK!

Till dig som uppmanats till testning såsom kontakt till smittad

17. Har **personalen** på mottagningen tagit upp frågor som rör ditt sexliv?

JA NEJ

Om JA – har **personalen** tagit upp följande? (flera alternativ möjliga):

Smittvägar (t.ex. upplyst om dessa, hur du kan undvika dem mm.)

På vilket sätt (du har haft sex)

Din sexualitet (t.ex. dina sexvanor, ditt sexuella välbefinnande, vem/vilka du har sex med)?

Annat: _____

Om NEJ – har **du själv** tagit upp frågor som rör ditt sexliv?

JA NEJ

Om JA - vad har **du** tagit upp (flera alternativ möjliga)?

Smittvägar (t.ex. upplyst om dessa, hur du kan undvika dem mm.)

På vilket sätt (du har haft sex)

Din sexualitet (t.ex. dina sexvanor, ditt sexuella välbefinnande, vem/vilka du har sex med)?

Annat: _____

Om personalen inte har tagit upp frågor som rör ditt sexliv när du uppmanats till testning såsom kontakt till smittad

18. Hur skulle du beskriva din inställning till **om personalen hade tagit upp** detta?

Mycket positiv

Ganska positiv

Varken positiv eller negativ

Ganska negativ

Mycket negativ

Annat (t.ex. har hänvisats till någon annan)

Om personalen har tagit upp frågor som rör ditt sexliv när du uppmanats till testning såsom kontakt till smittad

19. Hur uppfattade du det **att personalen tog upp** detta?

Mycket positivt

Ganska positivt

Varken positivt eller negativt

Ganska negativt

Mycket negativt

20. Hur upplevde du **personalens bemötande** i samband med samtalet?

- Mycket positivt
- Ganska positivt
- Varken positivt eller negativt
- Ganska negativt
- Mycket negativt

21. Hur upplevde du **innehållet i samtalet**?

- Mycket positivt
- Ganska positivt
- Varken positivt eller negativt
- Ganska negativt
- Mycket negativt

Om du har tagit upp sådant som rör ditt sexliv när du uppmanats till testning såsom kontakt till smittad

22. Hur uppfattade du personalens **reaktion** på detta?

- Mycket positiv
- Ganska positiv
- Varken positiv eller negativ
- Ganska negativ
- Mycket negativ

23. På vilket sätt upplever du att samtalet varit **användbart i din vardag**? Det kan t.ex. handla om ditt sexliv (t.ex. med vem, hur ofta och på vilka sätt du har sex) eller din sexualitet (t.ex. ditt sexuella välbefinnande, din sexuella läggning)?

- Mycket användbart
- Ganska användbart
- Varken användbart eller oanvändbar
- Ganska oanvändbar
- Mycket oanvändbar

24. Om du upplever innehållet i samtalet som **mycket eller ganska användbart** – vad har förändrats i din vardag?

25. Om du upplever innehållet i samtalet som **mycket eller ganska oanvändbart** – vad har du saknat?

Slutligen

26. Har du i samtalet **utelämnat** något eller **sagt något** som inte stämt?

- JA
- NEJ

Om JA – har du något exempel?

Vad har varit anledningen som du ser det?

TACK!

Tack för att du tog dig tid att svara på frågorna!

Jag vill veta mer om de samtal som äger rum med personalen när människor testar sig frivilligt eller partnersåras.

Kontakta mig om du vill berätta mer om just ditt samtal. Du kan vara helt anonym. Jag har tystnadsplikt och kommer att använda det du berättar endast till **den här undersökningen**.

Du når mig på e-mail eller telefon: jack.lukkerz@rfsu.se, 0768-54 11 37

3. Detaljerad redogörelse av inkomna enkätsvar.

Förkortningar ska läsas utifrån principen M = man, K = kvinna, S = som har sex med, F = *frivilligt* testad, U = *uppmannad* till testning, PN = personal har *inte* tagit upp sexualitet (om ingenting annat anges har personalen tagit upp sexualitet), SN = har själv *inte* tagit upp sexualitet, SJ = *har* själv tagit upp sexualitet. Bokstaven D förklarar att det handlar om enkäter som besvarats *direkt* i anslutning till ett test på en av de båda deltagande mottagningarna. I alla andra fall har enkäten besvarats via webben.

	MSM	MSKF	KSMF	MSKU	KSMU	KSMK	MSMKF	MSMKU	KSK
1993		1							
1992		1				1			
1991			2			1			1
1990		1 PNSN	4; 2 PNSN			1		1	
1989		1	1		3		1		
1988		2; 1 PNSN	2; 1 PNSN		1	1			
1987		1 PNSJ	4; 1 PNSN					1	
1986			1D	2					
1985			4			1; 1DPNSN		1	
1984			1		1D				
1983		1D;1PNSN	1; 3D	1DPNSN;1D					
1982	1D	3D	2D;1DPNSN		1D				
1981		2D;1DPNSN	4D	1DPNSN					
1980		1D	1D						
1979		1DPNSJ							
1978	1PNSJ	1D;1DPNSJ	1D						
1977			1D						
1976									
1975	2D	1D			1D				
1974		1D							
1973		1PNSJ							
1972			1D						

TIDIGARE 63 MSM-PNSN; 65 MSM; 69MSM-D; 64 MSKF-D; 60 KSMK; 54 MSMKU