

UNGDOMAR OCH HIV

– En studie av professionellas metoder i det hivpreventiva arbetet med ungdomar och professionellas syn på ungas attityder till STI/hiv

Julia Ekman
Louise Ilhammar

Socialhögskolan vid Lunds universitet
SOPA63
Ht-08



Handledare: Maria Bangura Arvidsson

Abstract

Author: Julia Ekman, Louise Ilhammar

Title: Youth and HIV – A study of professionals' methods in the field of HIV prevention among youth and the professional view of youth attitudes towards HIV/STI. [translated title]

Supervisor: Maria Bangura Arvidsson

Assessor: Katarina Jacobsson

In recent years extensive medical progress has been made regarding HIV- research and with the assistance of antiretroviral drugs people who are infected with HIV are now able to live for a much longer time. Despite these advancements HIV is still an incurable and deadly disease and in 2007 541 new cases were reported in Sweden. HIV-infection is not common among young Swedish people. However, the increased level of Chlamydia is possibly a result of a greater number of young people taking greater sexual risks. The purpose of this study was to examine how the task of HIV-prevention is carried out, whether there is a main risk group that is particularly exposed to HIV-infection, and how professionals perceive youth attitudes towards HIV-infection. For the purpose of the study seven people from six different organizations that deal with STI/HIV-prevention in their daily work were interviewed. The Social Cognitive Theory has been applied as the underlining foundation for the understanding of work related to HIV-prevention. Also taken into account in the study are the views on risk and risk perception to asses sexual risk behaviour. Through the interview respondents and literature it was derived that common models for work related to HIV-prevention often includes MI (Motivational Interviews) and peer education with the intention of both providing accurate and accessible information. The study has also found that risk behaviour is a more appropriate method for determining the risk level of HIV-infection, rather than dividing people into risk groups. Risk perception takes a significant role in the study, regarding both the assessment of young people's attitudes toward STI/HIV and how professionals speak about youth and risk taking. Ultimately condom use is one of the most efficient ways of preventing STI/HIV-infections. Despite this, interviewees report that young people are hesitant to use condoms due to embarrassment, neglect as well as other reasons. Beyond the effort made by the organizations working with HIV prevention the public education system should take it upon themselves to create an open dialogue regarding the prevention of STI/HIV by engaging the youth in open and honest dialogue.

Key words: HIV, STI, HIV-prevention, youth, risk perception, risk behavior.

Innehållsförteckning

<i>Förord</i>	5
1 Inledning	6
1.1 Problemformulering	6
1.2 Syfte och frågeställningar	7
1.3 Avgränsning	7
1.4 Begrepp	8
1.4.1 Ordlista	8
1.4.2 Svensk stavning	8
1.4.3 Prevention	8
1.5 Bakgrund	9
1.6 Historik	10
1.7 Hiv i Sverige	10
1.8 Insatser riktade till ungdomar och unga vuxna	11
1.8.1 Skolan	12
1.8.2 Ungdomsmottagningar	12
1.8.3 Frivilligorganisationer	12
2 Metod	13
2.1 Val av metod	13
2.2 Tillvägagångssätt	14
2.3 Tillförlitlighet och validitet	15
2.4 Etiska överväganden	17
2.5 Arbetsfördelning	17
3. Tidigare forskning	19
3.1 Forskning om risk	19
3.2 Forskning som kan knytas till STI/hivprevention	20
3.3 Rapporter	22
4 Teoretiska utgångspunkter och begrepp	24
4.1 Social kognitionsteori	24
4.2 Risksamhället	25
4.3 Teoretiska modeller i preventivt arbete	26
4.3.1 MI, motiverande samtal	26
4.3.2 Peer education	27
4.3.3 Information-Motivation-Behavioral skills	28
5. Resultat och analys	29
5.1 Presentation av respondenter och verksamheter	29
5.2 Ekonomiska resurser	30
5.3 Preventivt arbete	31

5.3.1 Motiverande samtal	32
5.3.2 Att lära från den egna gruppen	34
5.3.3 Att informera, motivera och förändra i skolmiljö	35
5.4 Sexuellt riskbeteende och riskgrupper	37
5.5 Media som informationskälla	41
5.6 Attityder	42
6 Sammanfattning och diskussion	44
6.1 Sammanfattning	44
6.2 Diskussion och reflektion	45
7 Referenslista	47
BILAGA 1	50
BILAGA 2	51

Förord

Arbetet med uppsatsen har varit mycket intressant och vi tar tagit stor lärdom samt fått nya perspektiv kring vårt ämne. Vi vill tacka alla respondenter som tog sig tid att ställa upp på intervjuer. Trots att alla intervjupersoner hade trängda scheman blev vi varmt mottagna och fick värdefull information för vårt arbete.

Vi vill även tacka vår handledare, Maria Bangura Arvidsson, som gett oss råd och stöd under uppsatsens gång och har hjälpt oss att se på vår text med nya ögon då det har behövts.

Julia Ekman och Louise Ilhammar

Helsingborg, januari 2009

1 Inledning

1.1 Problemformulering

Det är över två decennier sedan som sjukdomen hiv/aids upptäcktes och som visade sig bli ett av världens största folkhälsoproblem. Den globala epidemin fortsätter med lika stor styrka och drabbar alla länder i världen, både genom stora förluster av människoliv men även ekonomiskt, då den framtida arbetskraften ofta är den som drabbas av sjukdomen hiv/aids (SOU 2004:13). Cirka 33 miljoner lever idag med en hivinfektion och sjukdomen beräknas döda 3 miljoner per år (UNAIDS, 2008).

Sverige är dock inte lika hårt drabbat när det gäller den stora utspridningen av hiv/aids, idag lever cirka 4500 personer med hiv i Sverige. Då det har gjorts stora framsteg inom den medicinska forskningen är det fler som överlever och som även lever längre än förut, detta gör att samhället kommer att möta fler som lever med en hivinfektion. Samtidigt som vikten läggs på forskning kring mediciner, måste även fokus läggas på det preventiva arbetet mot smittspridning (Herlitz, 2007). Spridningen av hiv är i högsta grad relevant för socialt arbete på flera plan. Det hivpreventiva arbetet utförs till stor del av socialarbetare liksom det stödjande arbetet för dem som redan är smittade och deras närstående. Nu när bromsmediciner har möjliggjort att hivsmittade individer kan leva länge, handlar det snarare om att förbereda sig för att leva ett liv som smittad istället för att förbereda sig för att dö. Socialarbetare såsom kuratorer kommer ha en allt större roll i den hivsmittades liv.

Synen på hiv och hivpositiva har ändrats och blivit mer fördomsfri, så har även attityden kring tillfälliga sexuella kontakter (SOU 2004:13). Rädslan för att smittas av hiv har ändrats vilket kan komma att ge stora epidemiologiska problem framöver. Dagens unga vuxna har sin ungdomstid under en längre period, de byter sexuella partners oftare och kondomen verkar inte vara ett självklart preventivmedel vid tillfälliga sexuella kontakter (ibid.). Då det skett en kraftig ökning av klamydia och tonårsaborter bland svenska ungdomar, kan man fråga sig huruvida dagens ungdomar och unga vuxna är informerade kring STI (sexually transmitted infections) och hiv och riskerna med dessa vid oskyddat sex. Trots stora medicinska framsteg inom bromsmediciner och trots att hiv inte är så utbredd i Sverige är hiv fortfarande en obotlig och dödlig sjukdom, som idag bagatelliseras av många ungdomar vilket visas genom ett ökat sexuellt risktagande (Socialstyrelsen, 2008). Frågan är ifall det skulle kunna skapas en

hivpidemi om hiv kom in i denna grupp där klamydia och tonårsaborter så kraftigt har ökat, och vad som görs för att detta ska förhindras.

Med den ändrade attityden hos dagens unga kommer det bli en utmaning för Sverige att utveckla det preventiva arbetet kring STI och hiv. Att möta förändringen kring den liberala synen på sexuella kontakter men även att öka medvetenheten kring kondom användning. Det är något vi har intresserat oss för, samt hur olika aktörer i samhället egentligen arbetar preventivt mot STI och hiv.

1.2 Syfte och frågeställningar

Vårt syfte med denna uppsats är att undersöka professionellas arbete med prevention kring hiv bland svenska ungdomar. Vi vill även studera hur professionella ser på ungdomars attityder kring sex och könssjukdomar, då särskilt synen på hivsmitta.

Med utgångspunkt från problemformuleringen har följande frågeställningar utarbetats:

- Hur ser preventionsarbetet av könssjukdomar med betoning på hiv ut?
- Vilka tillhör i huvudsak målgruppen i det hivpreventiva arbetet?
- Vilka attityder gentemot hivsmitta ser personal som jobbar med preventionsarbete bland ungdomar?
- Vilka resurser ges till arbetet med hivprevention?

1.3 Avgränsning

Vi har valt att fokusera på Sveriges hivpreventiva arbete och svenska ungdomar och kommer inte nämnvärt gå in på den nuvarande situationen i övriga världen. Vi är dock medvetna om att detta är ett mycket spritt internationellt problem, därför kommer referenser till andra länder samt utländsk forskning att förekomma. Uppsatsen kommer att ha fokus på hivsmitta genom sexuell kontakt och kommer därför inte att behandla smittvägar som blodtransfusioner, använda kanyler eller smitta från mor till barn. Uppsatsen riktar in sig på ungdomar och unga vuxna. Alla intervjuer är förlagda inom Region Skåne.

1.4 Begrepp

Nedan presenteras en ordlista över de förkortningar som förekommer i uppsatsen, dessutom klargörs den svenska stavningen av hiv och aids och begreppet prevention.

1.4.1 Ordlista

HIV- Human Immunodeficiency Virus (humant immunbristvirus)

AIDS- Acquired Immune Deficiency Syndrome (förvärvat immunbristsyndrom)

STI- Sexually Transmitted Infections (sexuellt överförbara infektioner)

RFSU- Riksförbundet För Sexuell Upplysning

RFSL- Riksförbundet För Sexuellt Likaberättigade

MSM- Män som har sex med män

PEER EDUCATION- Peer är engelska för ”jämlike” eller ”kamrat”. Peer education bygger på att lika undervisar eller informerar lika.

1.4.2 Svensk stavning

I såväl litteratur som media går det att läsa flera olika sätt att stava hiv och aids. Vi har valt oss att använda oss av de stavningssätten som UNAIDS rekommenderar (Hiv- Sverige, 2008).

Hiv räknas som ett ord och inte som en förkortning på svenska och ska därför inte skrivas med versaler. Termer med hiv blir sammansatta ord utan bindestreck. Detta gäller även för ordet aids. Det anses inte heller lämpligt att i flesta fall använda orden hiv och aids tillsammans, utan antingen hiv eller aids används där det är lämpligt i texten. På engelska räknas dock hiv och aids fortfarande som förkortningar och stavas därefter (ibid.).

1.4.3 Prevention

Ordet prevention beskrivs i Nationalencyklopedin (2008a) som förebyggande åtgärder och att det även används inom det sjukdomsförebyggande området, så kallat preventiv medicin. Inom det området används preventionsbegreppet när det gäller åtgärder med avseende på att behålla god hälsa och förhindra skador och sjukdomar.

Då begreppet prevention är en central del av vår uppsats anser vi att det behövs en förklaring och definition av innebörden. Detta då vi noterat att de företrädare för olika organisationer som vi intervjuat har arbetat med olika preventionsnivåer. Vi kommer dock endast att

behandla begreppet primärprevention i vår uppsats. Begreppet prevention kan delas in i primär-, sekundär- och tertiärprevention, dessa har en skiftande innebörd och beskrivs olika beroende på det sammanhang de tillämpas i (SOU 2004:13).

Primärprevention beskrivs som förebyggande arbete för att förhindra uppkomsten av sjukdom och skador (Nationalencyklopedin, 2008b). I SOU 2004:13 framgår det att primärprevention är både allmän, då den kan riktas till stora delar av samhället, eller mer specifik när den riktas till speciella individer som har ökad risk att utsättas för en speciell hälsorisk. När det gäller hiv/STI menar utredningen att primärprevention är den viktigaste åtgärden för att förhindra spridning av smitta i samhället. Dock är den primärpreventiva åtgärden mycket begränsad inom detta område, då det inte är aktuellt med till exempel vaccination, utan de åtgärder som finns att tillgå när det gäller primärprevention är kontroll av blod och blodprodukter. Att kunna bidra till att ändra enskilda människors beteende ses som ett av de mer verkningsfulla primärpreventiva medlen, det kan då vara både mer allmänna åtgärder som exempelvis sex- och samlevnadsundervisning i skolor eller i en mer direkt form som att förse missbrukare med rena sprutor.

Sekundärprevention syftar till åtgärder som ska förhindra att en redan infekterad person inte för smittan vidare till andra. När det gäller till exempel en klamydiainfektion är den behandlingsbar och då blir själva behandlingen en sekundärprevention, medan sekundärprevention kring hiv är mer inriktad på den infekterades beteende. Att vidta åtgärder för att hindra en sjukdomsprocess eller förhindra en för tidig död genom till exempel medicinsk behandling räknas som tertiärprevention (SOU 2004:13).

1.5 Bakgrund

Hivinfektion och aids orsakas av ett virus som heter Humant Immunbrist Virus. Viruset överförs via blod och kroppsvätskor, t.ex. genom samlag eller från födseln eller via bröstmjolk, där en smittad mor kan överföra viruset till sitt barn. Viruset kan även överföras via en infekterad persons blod, t.ex. genom gemensam sprutanvändning eller blodtransfusioner. Smittsamheten är relativt låg, hivviruset är dock ett så kallat retrovirus vilket innebär att viruset lagras i kroppens arvs massa. På så sätt kan inte kroppen läka från viruset och den smittade bär på viruset för resten av livet. En del av dem som blivit smittade kan först få en kort period av feber, svullna lymfkörtlar, halsont och utslag efter att de har

blivit smittade. Det kan dröja flera år mellan smittotillfället och insjuknandet. Symptomen beror då framför allt på andra infektionssjukdomar som uppkommer på grund av det nedsatta immunförsvaret. Detta sjukdomstillstånd är aids (Acquired immunodeficiency syndrome). Om ingen bromsmedicin sätts in insjuknar över hälften av de hivsmittade i aids inom 10 år. I dag finns det effektiva bromsmediciner som saktar ned sjukdomsutvecklingen genom att minska mängden cirkulerande virus. Dessa bromsmediciner har dock en rad biverkningar (Smittskyddsinstitutet, 2008). Bromsmedicinerna är dock mycket dyra och används bara i full utsträckning i i-länderna (Nationalencyklopedin, 2008c).

1.6 Historik

I slutet av 70-talet upptäckte läkare i New York och San Fransisco att unga homosexuella män drabbades av sjukdomar som de normalt inte borde drabbas av, bland annat en sällsynt tumör som vanligtvis drabbar blodkärlet hos äldre män och lunginflammation orsakad av ett ovanligt smittämne. Så småningom gav man dessa olika sjukdomstillstånd namnet aids (RFSL, 2008). Till en början diagnostiserades främst homosexuella män, som fick viruset genom sexuell kontakt samt drogmissbrukare som smittades genom att dela infekterade nålar (Encyclopædia Britannica, 2008). Mellan åren 1983 och 1984 fann franska läkare att aids orsakades av ett retrovirus som numera är döpt till humant immunbristvirus, hiv (RFSL 2008). Sedan 1981 har ungefär 25 miljoner människor världen över dött av aids.

Hivsmittans ursprung är inte helt fastställt, men ett liknande virus har upptäckts bland schimpanser i Västafrika. Genom utövande av jakt, slakt och förtäring av schimpanser kan viruset ha överförts till människan, troligtvis under sent 1800-tal eller tidigt 1900-tal. (Encyclopædia Britannica, 2008).

1.7 Hiv i Sverige

De första aidsfallen i Sverige diagnostiserades 1982-1983, men man har dock i efterhand hittat antikroppar mot hiv i serum från sex homosexuella män i Stockholm som fick hepatit A 1979-1980. Efter att det blev möjligt att diagnostisera hiv med blodprov testades många och nära 1300 fall anmäldes mellan 1985-1986. Smittspridningen bland MSM (män som har sex med män) ökade under början av 80-talet, med en topp runt 1984-1985, men avtog sedan hastigt. Under 1990-talet har fallen av hivinfektion bland MSM successivt minskat. För

injektionsmissbrukare skedde smittspridningen lite senare men snabbare, framförallt under året 1984-1985, för att därefter avta snabbt.

Även om det förekommer en inhemsk spridning, ligger den på en stabil och låg nivå ur ett internationellt perspektiv (SOU 2004:13). Enligt Riksförbundet för sexuell upplysning, RFSU (2008-10-24), har ca 8000 fall av hiv/aids rapporterats i Sverige mellan 1987 och 2007, varav 70 % är män, och antalet anmälningar ökar. I dag lever 4500 människor med hiv i Sverige. Den största uppgången bland hivfall har framförallt skett i Stockholms län och mindre utsträckning i Skåne (Smittskyddsinstitutet, 2008).

De tre vanligaste smittvägarna i Sverige är sex mellan män där medeltalet ligger på cirka 44 smittade personer under den gångna femårsperioden, heterosexuell smitta med ett medeltal på 26 personer och smitta genom intravenöst missbruk som ligger på ett medeltal på 14 personer.(RFSU, 2008) (Smittskyddsinstitutet, 2008).

Det har visat sig vara en stor ökning av antal personer som smittats av hiv i Sverige de senaste två åren. Under 2007 anmäldes 541 nya fall. Innan dess låg medeltalet av hivinfektioner på 195 fall medan det år 2007 låg på 252 och under det första halvåret 2008 har det inrapporterats 208 fall av hivinfektion. Ökningen ses i alla tre grupper men främst bland MSM och intravenösa missbrukare (Smittskyddsinstitutet, 2008).

1.8 Insatser riktade till ungdomar och unga vuxna

De insatser som görs inom Sverige idag genom ett hivpreventivt arbete sker genom statliga myndigheter, landsting och kommuner. Men det sker även ett stort arbete inom frivilligorganisationer. Statens insatser omfattar bland annat lagar, förordningar och tillsyn, men även epidemiologisk övervakning och satsning av resurser på forskning och ekonomiskt stöd. Kommuners och landstings insatser rör mer prevention och vård inom hälso- och sjukvården men också insatser inom skola och socialtjänst. Frivilligorganisationer har ett mer omfattande arbete när det gäller hivprevention, de tog tidigt initiativet till preventiva insatser i Sverige när de första hivfallen upptäcktes. De är viktiga resurser i det psykosociala arbetet med till exempel stödande verksamheter som ses kunna ha större förutsättningar att nå ut till människor. När det gäller det preventiva arbetet som sker med inriktning mot ungdomar och

unga vuxna är det huvudsakligen skolans sex- och samlevnadsundervisning, skolhälsovården och hälso- och sjukvården med ungdomsmottagningar som bedriver det (SOU 2004:13).

1.8.1 Skolan

Då vi har skolplikt i Sverige finns det en god arena i skolan för att nå dagens ungdomar genom en bra sex- och samlevnadsundervisning. Vikten av en god undervisning ligger på engagemang och kunskap hos lärarna och möjligheter att ta hjälp av till exempel ungdomsmottagningar och frivilligorganisationer. I själva innehållet är en god identitetsutveckling och självkänsla viktiga delar som ska tas upp för att stärka ungdomars sexualitet, men även ett genusperspektiv då pojkar ofta glöms bort i det preventiva arbetet. Det har dock visat sig att flera skolor inte uppfyller kraven kring en god sex- och samlevnadsundervisning och att många framtida lärare anser att de får för dålig utbildning i ämnet under sin egen lärarutbildning (SOU 2004:13).

1.8.2 Ungdomsmottagningar

SOU 2004:13 beskriver hur systemet med ungdomsmottagningar finns mer eller mindre väl utbyggt i landet och utgör på flera håll en viktig resurs i det preventiva arbetet. Årliga besöksuppföljningar visar att ungdomsmottagningar kan nå upp till 50 procent av målgruppen inom sitt område. Det är dock en stor könsskillnad då ungdomsmottagningarna når en större andel flickor än pojkar. Då ungdomsmottagningarna för en omfattande utåtriktad verksamhet, är de en viktig samarbetspartner med skolorna och de är även en viktig del i smittspårningen för att bryta smittkedjor.

1.8.3 Frivilligorganisationer

Sveriges regering har särskilt betonat frivilligorganisationers betydelse när det gäller det preventiva arbetet med hiv/aids men även den psykosociala verksamheten som förs, det är ett viktigt komplement till den offentliga vården. Den frivilliga insatsen ses nu för tiden som ett självklart inslag i det preventiva arbetet, och får bidrag både för det informationsarbete de utför och för stödverksamheten. Frivilligorganisationer har en närhet till samhällets olika grupper vilket ger dem en större möjlighet till att informera budskap och kunskap. Organisationerna har dock svårt med långsiktig planering då det finns en kortsiktighet i ansökningsförfarandet som kan komma att begränsa deras planering kring verksamheten (SOU 2004:13).

2 Metod

2.1 Val av metod

Vår uppsats är av kvalitativt slag med ett deskriptivt arbetssätt och semistrukturerade intervjuer som metod. Pål Repstad (1999) beskriver kvalitativ metod i sin bok, *Närhet och distans*, där han menar att kvalitativa metoder handlar om att karaktärisera och att undersöka egenskaper och framträdande drag hos ett fenomen. I jämförelse med kvantitativa metoder där siffror och tal används, är det istället texten som är det centrala arbetssättet vid kvalitativa metoder. Han skriver även om deskriptiva källor och hur de passar bäst när man är ute efter hur förhållandena egentligen är.

Idar Magne Holme och Bernt Krohn Solvang (1997) skriver i sin bok, *Forskningsmetodik. Om kvalitativa och kvantitativa metoder*, hur syftet med kvalitativa intervjuer är att öka informationsvärdet och att skapa en grund för djupare uppfattningar om fenomenet som studeras. De menar även att urvalet av, för vår del, respondenter, görs systematiskt utifrån medvetet formulerade kriterier.

Martyn Denscombe (2000) menar i sin bok, *Forskningshandboken – för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*, att vid en semistrukturerad intervju använder sig intervjuaren av en färdig lista med ämnen som ska behandlas. Men att intervjuaren även är inställd på att vara flexibel när det gäller ämnenas ordning och att låta respondenten utveckla sina tankar och idéer.

Under våra intervjuer använde vi oss av bandspelare för att dokumentera. Denscombe (2000) diskuterar för- och nackdelar med att använda bandspelare och menar att det erbjuder en permanent och fullständig dokumentation av intervjun och att det enkelt kan kontrolleras av andra forskare. Nackdelen menar han är att det fångar endast det talade ordet och på så sätt missar den icke verbala kommunikationen som existerar under en intervju.

Även Repstad (1999) diskuterar för- och nackdelar med bandspelare. Istället för att anteckna kan intervjuaren koncentrera sig på vad respondenten säger vilket annars kunde leda till att man missar lösa trådar eller att ta med viktiga uppföljningsfrågor. Nackdelar med bandspelare kan vara att vissa respondenter blir hämmade och att situationen blir konstlad.

2.2 Tillvägagångssätt

Vi började med att undersöka vad det fanns för litteratur kring ämnen som hiv, prevention och sex. Därefter valde vi ut mer inriktad litteratur kring vårt ämne hivprevention och attityder. Då vi inte hade någon direkt förkunskap kring ämnet har vi före själva uppsatsarbetet sett olika filmer kring hiv och även besökt Noaks Ark för lite allmän information.

Vi diskuterade vilka organisationers representanter vi ville intervjua, hur många vi trodde skulle behövas och vilka frågor vi behöver ställa för att få svar på våra frågeställningar. Därefter kontaktade vi tidigt i arbetet med uppsatsen olika organisationer som på olika sätt arbetade preventivt med STI och hiv med en förfrågan om en intervju. Vi ville försöka få en så stor bredd som möjligt bland våra respondenter för att kunna undersöka hur olika aktörer i samhället arbetade kring STI och hivprevention. Vi valde dock att inte undersöka närmare hur skolan arbetar preventivt genom till exempel sexualundervisning. Anledningen till detta var att det finns stora skillnader i skolundervisningen, därför ansåg vi att en intervju med ett fåtal skolor inte kunde ge en rättvis bild av sexualundervisningen som helhet. De flesta kontaktade vi genom telefon då det var lättare att presentera vårt syfte med uppsatsen och att vi snabbare kunde få ett svar om de ville delta eller ej.

Vi skickade ut vårt informationsbrev både genom epost och post, där de kunde läsa fakta om vår uppsats och få våra kontaktuppgifter och kontakta oss om dem (Se bilaga 1). Vi kontaktade tio olika aktörer inom det preventiva arbetet och fick ett deltagande på sex personer för våra intervjuer, bland annat representanter för ungdomsmottagningar, Centrum för sexuell hälsa, könsmottagning och Noaks Ark.

Innan vi började med intervjuerna sammanställde vi tillsammans med vår handledare en intervjuguide som stöd under intervjun (Se bilaga 2). Vi använde oss av olika teman med tillhörande frågor som togs upp under intervjun, för att på så sätt kunna täcka så mycket av vårt undersökningsområde som möjligt. Detta gjorde även att respondenten kunde prata mer fritt om ämnet utan att känna sig styrd av intervjuaren, vilket ledde till att respondenten kunde ta upp frågor som skulle fördjupas längre fram i intervjuerna, men även till att nya frågor som vi själva inte tänkt på innan tilläts komma fram under intervjun.

Intervjuguiden ändrades lite mellan de olika intervjuerna, detta gjordes då vi insåg att alla respondenterna inte kunde svara på exakt likadana frågor, då de jobbade på olika sätt och hade olika erfarenhet av ämnet. Vi märkte även att vissa frågor var vi tvungna att formulera om då vi märkte att vissa frågor kändes överflödiga för uppsatsen medan vi ville fördjupa oss mer kring andra frågor.

Intervjuerna genomfördes i olika delar av Skåne, ofta där aktörerna hade sin lokal då vi ansåg att det var enklast för alla om vi tog oss dit. Intervjuerna tog cirka 45 minuter till en timme. Då vi var två vid intervjun turades vi om att intervjua och att observera, och den som observerade fick därefter transkribera intervjun. Det var den som intervjuade som ansvarade för presentationen av uppsatsen och genomförandet av intervjun. Observatören var mer tillbakadragen för att på slutet få möjlighet till att ställa kompletterande frågor till intervjupersonen.

Vid transkriberingen var vi dock inte så noggranna med att notera till exempel skratt och andra liknande uttryck som inte går att skriva ner i ord. Efter transkriberingen av alla intervjuer diskuterade vi hur indelningen av materialet skulle göras. Vi valde att dela in intervjuerna i de teman vi hade på vår intervjuguide och kodade dessa med olika färger. Därefter började vi undersöka ifall vissa respondenter hade liknande uppfattningar och åsikter eller om de var av olika åsikter kring vissa frågor. Vi jämförde litteratur vi samlat in med de teman vi fått i våra intervjuer, för att på så sätt kunna stärka våra frågeställningar.

2.3 Tillförlitlighet och validitet

Martyn Denscombe (2000) diskuterar i sin bok *Forskningshandboken – för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna* kring tillförlitligheten och validiteten i en uppsats. Han beskriver hur kriteriet på tillförlitlighet är huruvida forskningsinstrumenten är neutrala i sin verkan och om det skulle bli samma resultat vid andra tillfällen. Om någon annan gör samma undersökning ska denna person komma fram till samma slutsatser. Detta är något vi anser att vi inte kan besvara, då det är många premisser som utgör huruvida de ser på undersökningen på samma sätt som vi. Det vi har gjort, och som även Denscombe (2000) tar upp, och som kan underlätta för tillförlitligheten i vår uppsats, är att vi har skrivit ut ett tydligt syfte, med tillhörande frågeställningar, med vår undersökning. Vi har även i vår uppsats skrivit och reflekterat kring metoder och teorier som vi har använt i vår undersökning, men

även hur vår undersökning genomfördes. Vi har även försökt att så långt som möjligt skriva ner våra tankegångar kring beslut som togs under arbetet. På så sätt lämnas större möjlighet för andra att bedöma rimligheten i våra tolkningar av materialet.

I stället för att använda begreppet validitet är saklighet och tillförlitlighet är något som Wideberg (2002) pekar på som viktigt för den kvalitativa forskaren. Kvale (1997) skriver dock att validitet kan vara ett användbart begrepp inom kvalitativ forskning, även om begreppet får en annan innebörd än vid kvantitativ forskning. Han anser att validitet innefattar en kontroll av forskningens trovärdighet, att analysen har empiriska belägg och att tolkningen av det insamlade materialet är rimlig.

Problematiken kring tillförlitligheten när det gäller kvalitativa intervjuer är dock att de är kontextbundna och beroende på samspelet mellan intervjuare och respondent. Även Idar Magne Holme och Bernt Krohn Solvang (1997) tar upp problematik kring intervjuers validitet i sin bok *Forskningsmetodik. Om kvalitativa och kvantitativa metoder* och menar då att man får en mycket större närhet till det som ska studeras än i kvantitativa metoder. Detta kan bli problematiskt då man inte alltid vet hur man ska få så giltig information som möjligt, om det är genom att vara passiv eller aktiv i undersökningen. Även i en intervjusituation kan det skapas vissa förväntningar, att respondenten börjar bete sig på ett sätt som forskaren förväntar sig. Huruvida vi har varit passiva eller aktiva i vår undersökning är svårt att säga, men vi har i våra intervjuer försökt ge våra respondenter så stor möjlighet att uttrycka sig som det går utan att gå ifrån våra teman. Vi anser även att i och med att vi skickade ut vårt informationsbrev till alla våra respondenter, fick de tid på sig att läsa om vad det är vi undersöker och på sätt kunde de förbereda sig så att de inte kände att de behövde svara enligt våra förväntningar.

För att i högre grad kunna lita på det som sägs i intervjuerna kan man enligt Denscombe (2000) göra vissa kontroller för att garantera validiteten. Utöver intervjuerna har vi även använt oss av skriftliga källor för att kunna ge stöd åt vår analys, och då vi genomförde sex intervjuer kunde vi också se om det finns påståenden som överensstämmer med varandra i de olika intervjuerna och på så sätt inte basera våra resultat på en enda intervju. Vi försökte hitta personer som hade stor kunskap och erfarenhet inom ämnet vi undersökte, vilket vi känner att vi lyckades med då de flesta respondenter jobbade preventivt mot hiv/STI och hade kontakt med ungdomar. Därför anser vi att dessa har en hög trovärdighet vilket ökar validiteten i uppsatsen.

2.4 Etiska överväganden

Hiv är för många ett känsligt ämne i samhället och är skambelagt. Vi kommer att behandla frågor kring en obotlig sjukdom som vi inte kan ha full förståelse för. Detta är viktigt för oss att ha i åtanke när det gäller förhållningssätt under exempelvis intervjuer och besök.

Intervjuerna kommer dock enbart gälla preventionsarbete samt ungdomars syn på hiv och aids, vi har inte för avsikt att intervjua, vad vi känner till, smittade personer om deras sjukdom och livssituation.

I urvalet till våra intervjuer har vi endast haft professionella som arbetat med STI/hivprevention, förutom Projekt sex, där studenter arbetar för att informera andra studenter. Så även om vi har haft i åtanke att hiv fortfarande är ett känsligt ämne har de vi intervjuat haft detta som yrke och varit insatta inom ämnet.

Vad gäller våra intervjuer förde vi en diskussion tillsammans med vår handledare angående både vårt informationsbrev som vi skickade ut och intervjuguiden som vi använde under intervjuerna. I informationsbrevet står det tydligt vad undersökningen handlar om, vilka typer av frågor vi har och vad vi ska göra med det insamlade materialet. Judith Bell (2006) skriver om vikten av skriftlig information som ges ut före intervjun så att respondenten får tid på sig att fundera och även ha möjlighet att tacka nej.

Vi var noga med att innan intervjuerna klargöra för respondenten att deltagandet är frivilligt, att han eller hon inte behöver svara på alla frågor och att de har rätt att avsluta deltagandet i studien när som helst. Judith Bell (2006) tar även upp frågor kring anonymitet och konfidentialitet. Hon lägger stor vikt kring samtycke innan man påbörjar intervjun och även att respondenten kan få en utskriven kopia av det insamlade materialet för att kunna ge förslag till förändringar. Vi försäkrade även respondenten om att det insamlade materialet endast kommer att användas till denna uppsats och ingenting annat. I vår uppsats kommer vi endast att nämna organisationens namn och inte de enskilda individernas namn.

2.5 Arbetsfördelning

Vi bestämde gemensamt vårt uppsatsämne och därefter syfte och frågeställningar. Våra intervjuer delade vi upp så att vi ansvarade för varannan intervju, även litteraturen delade vi

upp mellan oss att läsa, men vi var alltid noga med att informera varandra om intressanta uppgifter för vår uppsats. I själva skrivandet av uppsatsen fördelade vi så att Louise skrev inledningen och metod, Julia skrev teoretiska utgångspunkter och begrepp. Därefter har vi tillsammans skrivit tidigare forskning, analys och sammanfattning och diskussion.

3. Tidigare forskning

Det finns rikligt med tidigare forskning som rör det hivpreventiva arbetets metoder och som syftar till att öka förståelsen av risker och riskbeteende. Nedan går vi igenom en del av den forskning som finns inom området och som vi använder oss av i uppsatsen.

3.1 Forskning om risk

Jürgen Bengel (2001) är chef för enheten för medicinsk psykologi vid Freiburgs universitetssjukhus i Tyskland och har skrivit en artikel om sexuellt riskbeteende och riskgrupper för hivinfektion för International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences nätupplaga. Artikeln grundar sig på både europeiska och amerikanska studier. Bengel skriver att ett sexuellt riskbeteende kan beskrivas som sexuella handlingar eller beteende som äventyrar en individs fysiska och sociala hälsa. Att ha oskyddat sex med en hivsmittad individ räknas som hög risk. Då hivsmitta inte alltid innebär symptom, kan den dock överföras utan att den smittade individen är medveten om sitt tillstånd. Bengel talar om olika nivåer av sexuellt riskbeteende. Att ha oskyddat sex vaginalt eller analt med smittade individer räknas som högriskbeteende medan oralsex anses vara av låg risk och petting inte utgör någon risk alls. Riskerna av sexuella beteenden är således beroende på den sexuella partners smittstatus, vilken typ av sexuell aktivitet som sker och vilka skydd som används. Att ha sex med många olika partners kan också anses vara ett riskfyllt sexuellt beteende eftersom sannolikheten att komma i kontakt med en smittad person ökar. Bengel skriver att ungdomar utgör en riskgrupp för sexuellt beteende. Deras första sexuella erfarenheter kan komma att forma deras sexuella beteende för de kommande åren i deras liv. De har ännu inga fasta sexuella mönster utan kan lätt påverkas av sin omgivning såsom kamrater, föräldrar och media. Användandet av alkohol och droger kan ytterligare påverka det sexuella beteendet bland ungdomar och kan leda till minskat användande av kondom.

Margareta Forsberg (2006), socionom och fil dr i socialt arbete, presenterar i sin rapport en forskningsöversikt över svenska studier inom området ungdomar och sexualitet utgivna mellan år 2000-2005. Forsbergs rapport syftar till att ge en heltäckande bild av den insamlade forskningen för att se om det finns några tendenser till utveckling inom området. Den insamlade forskningen som presenteras i rapporten kommer från bl.a. kommuner, landsting, svenska universitet och högskolor samt myndigheter och organisationer som arbetar

inom området. Enligt Forsberg är olika ungdomar olika benägna till riskfyllt sexuellt beteende. Ungdomar som försätter sig i riskfyllt beteende vad det gäller drog- och alkoholanvändande, är även benägna till att ha ett riskfyllt sexuellt beteende. Under påverkan av alkohol riskerar individen att förlora omdömet och förmågan att bedöma risker. Forsberg menar alltså att sex under påverkan av alkoholkonsumtion kan innebära ett ökat riskbeteende och visar på en studie av kvinnliga studenter i Uppsala. Undersökningen visade att 31 procent av studiens deltagare hade ångrat sexuella kontakter de hade under berusning. Berusning kan även användas som befrielse från ansvar, något att lägga skulden på efter en sexuell kontakt som senare ångras.

Gunilla Jarlbro (2004) vänder sig i sin bok, *Hälsokommunikation –en introduktion*, till informatörer inom hälsoområdet med syfte att sätta upp riktlinjer för det praktiska folkhälsoarbetet. Jarlbro är docent och universitetslektor vid avdelningen för medie- och kommunikationsvetenskap vid Lunds Universitet. I sin bok behandlar Jarlbro bland annat risker och riskbedömning samt strategiska tillvägagångssätt för att nå fram till olika målgrupper. Jarlbro beskriver en studie från 1990 som syftade till att förklara varför unga flickor inte använde STI- och graviditetsskydd i den utsträckning som var önskat. Undersökningen visade att de unga kvinnorna väl kände till smittoriskerna och lämpliga sätt att skydda sig från dessa, men att detta inte räckte till för att de skulle överväga att använda skydd. I studiens analys framkom det att det var kvinnornas negativa självbild som påverkade dem till att inte använda sina kunskaper inom ämnet. Det visade sig att rädslan att bli övergiven och avvisad var större än rädslan för oönskade graviditeter och STI.

3.2 Forskning som kan knytas till STI/hivprevention

Psykologiprofessorn och föreståndaren för centret för hivprevention och intervention (The Center for Health, Intervention, and Prevention) i Connecticut, USA, Jeffrey D. Fisher et al. (2002) presenterar i tidskriften *Health Psychology* en undersökning med syfte att bedöma effekterna av tre teoretiska modeller för hivprevention bland ungdomar i skolmiljö. Dessa tre olika sätt är klassrumsintervention, peer education samt en kombination av de båda. Samtliga tre preventionssätt ingår i undersökningen från IMB-modellen, vilket bygger på information, motivation och beteendeförändrande kunskaper. Enligt Jeffrey D. Fisher et al. är skolbaserad hivprevention det mest effektiva och universella sättet att nå ut till ungdomar som riskerar att bli smittade av hiv. Fisher et al. Pekar dock på undersökningar som visar att de allra flesta

skolbaserade hivpreventiva interventionerna inte är baserade på välprövade och uttalade beteendeförändrande teorier. Inte heller har detta arbete visat på någon större påverkan på studenternas riskbeteende gällande hivsmitta. Fisher et al. presenterar en studie som hade till syfte att undersöka hur effektivt hivpreventivt arbete kan utföras. Enligt IMB-modellen är information om hivprevention, motivation och kunskap om beteende avgörande i ett hivpreventivt beteende. I studien genomfördes tre olika typer av IMB- modellbaserade interventioner på amerikanska skolungdomar i åldrarna 13-19 år. De tre olika typerna av interventioner var *classroom intervention*, utförd av deras ordinarie lärare i deras vardagliga klassrumsmiljö, *peer intervention*, som utfördes av populära elever utanför skoltid samt *combined intervention*, en kombination av klassrums- och kamratintervention. Totalt ingick 1577 stycken elever från fyra innerstadsskolor i den amerikanska delstaten Connecticut i studien. Fisher et al. fann att den hivpreventiva undervisningen i skolmiljö hade signifikanta effekter på elevernas hivpreventiva beteende, särskilt när det gällde kondom användning.

Den leg. psykologen Gary Svenssons et al. (2002) avhandling utvärderar en hivpreventiv modell som bygger på ett aktivt samhälleligt deltagande och peer education. Avhandlingen kretsar kring en enkätstudie på studenter på Lunds Universitet som utfördes en gång om året 1992, -93 och -95. Enkätfrågorna behandlade bland annat sexualvanor hos de universitetsstuderande. Peer education är enligt Svensson et al. ett uttryck som beskriver hur unga människor utbildar andra ungdomar i exempelvis hiv, STI och andra hälsofrågor. Peer education är med andra ord en metod där en liten grupp utvalda individer i en samhällsgrupp gör ett försök att informera och påverka majoriteten i gruppen. Denna metod används för att nå ut med kunskap, attityder och beteende på individnivå men även för att påverka normen och andra sociala strukturer på samhällsnivå. Svensson beskriver de hivkampanjer som hade som syfte att sprida kunskap om hiv under de första tio åren efter det att hiv upptäcktes. Informationen spreds i första hand av den medicinska expertisen och då ofta på statlig begäran. Dessa metoder, som grundade sig till stor del i medicinsk terminologi, stötte på hinder till följd av den känslighet som råder kring sex, sexualitet och dess föränderlighet. Diskriminering av individer med hiv och andra grupper såsom homosexuella, blev till ett stort problem. Dessutom menar Svensson att undersökningar från sent 1980-tal visade att mängden kunskap om hiv inte reducerade det sexuella risktagandet. Det klargjordes att medlemmar i samhället behövdes för att motivera samhällsgrupper till att söka hjälp.

Även Jarlbro (2004) diskuterar hur hivpreventivt arbete kan utföras på ett sätt som berör målgruppen. Jarlbro talar exempelvis om valet av sändare i hälsokommunikation, dvs. den som förmedlar budskapet eller står för innehållet i budskapet. Ofta har medicinska experter utformat innehållet i budskapet, men det är inte nödvändigt att dessa även ska förmedla informationen. Om ämnet som ska förmedlas är känsligt, ställs det stort krav på sändaren av budskapet. I vissa grupper kan myndigheter uppfattas som pekpinneaktiga och förtryckande när de förmedlar budskapet vilket leder till att informationen inte tar fäste i målgruppen. I de fall då det är lönlöst att använda myndigheter som sändare kan det vara bra att låta en jämlike till gruppen agera sändare. En jämlike känner till vilka värderingar som finns i gruppen och kan förmedla budskapet på rätt språknivå. Att använda peer education är enligt Jarlbro en väl beprövad metod i det hivpreventiva arbetet.

Psykologerna Michael W. Passer och Ronald E. Smith (2007) beskriver Alfred Banduras sociala kognitionsteori, vilken bland annat analyserar hur individer lär sig genom att observera förebilder. Passer och Smith redogör även utifrån Banduras teori att uppmuntran och bekräftelse av att den egna förmågan kan individen stärka sin självkänsla och känna att det finns möjligheter till beteendeförändringar. Dessutom, måste individen enligt Bandura inneha motivationen för att kunna uppvisa beteendet. I boken visar författarna även ett exempel på en studie där social kognitionsteori framgångsrikt använts som modell för det hivpreventiva arbetet i Tanzania.

3.3 Rapporter

Claes Herlitz (2007), docent i hälso- och sjukvårdsforskning, sammanfattar i sin rapport allmänhetens kunskaper, attityder och beteende när det gäller frågor kring hiv/aids under åren 1987-2007. Rapporten är utgiven från socialstyrelsen som ett underlag från experter. Rapportens resultat är från sju enkätundersökningar bland den svenska allmänheten i åldrarna 16-44 år. Sammanlagt har 19 652 personer svarat. Enligt Herlitz har allmänheten haft god kunskap om hiv under hela perioden men att deras engagemang i hivfrågan har minskat. Rapporten visar även på en mer liberal inställning till tillfälliga sexuella kontakter och att attityderna kring sex har förändrats i samma takt som det sexuella beteendet. Herlitz skriver även om allmänhetens goda tilltro till kondomen och som även visat sig öka, men trots detta kunde han inte se någon ökning av kondom användandet, då det endast ligger på 25 procent för män och 20 procent för kvinnor av dem som varit sexuellt aktiva den senaste månaden.

Många organisationer och myndigheter har lagt ner mycket resurser kring det preventiva arbetet och för ett ökat kondom användande, men som enligt rapporten har gett måttliga resultat. Herlitz för även resonemang kring osäkerheten som finns för att bli smittad på olika sätt. Han visar på hur en stor procent av undersökningspersonerna ansåg att det fanns en risk att bli hivsmittad genom till exempel insektsbett, användning av offentliga toaletter eller genom kyssar.

SOU (2003:14) har tillkommit på uppdrag från regeringen för att göra en samlad översikt av det svenska samhällets insatser mot hiv/aids och ett förslag till en nationell handlingsplan. I utredningen har det bland annat gjorts en omfattande genomgång av insatser som olika myndigheter gör och organisationers, men även utsatta gruppers situation och deras behov av stöd. Rapporten påpekar dock att trots det omfattande preventiva arbetet som utförs på både nationell och regional nivå, har det inte kunnat hejda den ökade utvecklingen av STI i samhället. Den visar även på hur ungdomstiden blivit längre och att dagens unga vuxna fått en mer liberal syn på sex. Rapporten använder sig av tidiga rapporter och material från myndigheter, men även till viss del artiklar och facklitteratur. Bland annat Folkhälsorapport 2003 från Stockholms läns landsting som visar på hur gruppen unga vuxnas levnadsförhållande har försämrats. Utredningen använder sig, precis som vi, av Jarlbro men även en del internationellt publicerade artiklar från bland annat Norge, England och Danmark.

4 Teoretiska utgångspunkter och begrepp

För att kunna undersöka hur respondenterna ser på ungdomars attityder har vi valt att använda oss av Jarlbro (2004), där hon diskuterar kring risk och riskperception. Under våra intervjuer märkte vi nämligen hur våra respondenter såg på ungdomar som en särskilt utsatt grupp när det gäller dagens nya risksamhälle. Då vi även har tagit upp respondenternas syn på ungdomars kunskap eller snarare brist på kunskap om sex och STI/hiv ansåg vi att Jarlbros beskrivning kring kunskap och risk passar bra in på vår analys.

Vi har även valt att använda oss av social kognitionsteori för vår analys, då den stämmer väl överens med flera av de hivpreventiva metoder som vi behandlar i uppsatsen, dessutom stämmer teorin överens med det sätt som respondenterna pratar om STI/hivprevention. Passer och Smith (2007) beskriver en framgångsrik studie som utfördes på delar av Tanzanias befolkning år 1993 och som syftade just till att använda social kognitionsteori i landets hivpreventiva arbete. Dessutom hävdar Jennie Naidoo och Jane Wills (2008) att Banduras teori är en av de mest framstående metoderna i det hälsofrämjandet arbetet när det gäller att skapa förståelse för hur man kan motivera till och upprätthålla förändringar i beteende.

4.1 Social kognitionsteori

Alfred Banduras social kognitionsteori, tidigare känd som social inlärningsteori, framhåller att människor lär genom att observera och härma andra människors beteende, detta kallas för modellinlärning. Genom att studera andra människors beteenden kan individen skapa en tilltro till att det går att åstadkomma beteenden som kan påverka händelser i livet (Passer & Smith, 2007). Michael W. Passer och Ronald E. Smith (2007) beskriver fyra steg som Bandura ser i social kognitionsteori. Det första steget är att uppmärksamma en förebilds beteende. I steg nummer två måste individen behålla den nya informationen i minnet så att den kan användas vid behov. I det tredje steget behöver individen vara fysiskt kapabel att återge förebildens beteende. I det fjärde steget, måste individen ha motivationen till att uppvisa beteendet.

Bandura lägger även vikt på vad han kallar *perceived self-efficacy* eller uppfattad egenförmåga på svenska. Uppfattad egenförmåga kan beskrivas som vår egen uppfattning om hur bra vi är på något, vilka resultat som ett beteende kan ge samt vilken nytta beteendet kan ha. Individer med hög egenförmåga har tilltro till sin förmåga att göra vad som krävs för att

övervinna hinder och uppnå sitt mål. Enligt Bandura kan kunskapen eller förmågan att utföra ett visst beteende kan uppnås vid ett tillfälle men inte uppvisas förrän ett gynnsamt tillfälle dyker upp och motivationen finns där. Egenförmågan kan exempelvis höjas genom att observera andras beteenden eller genom verbal övertalning (Passer & Smith, 2007).

4.2 Risksamhället

Gunilla Jarlbro (2004) behandlar ämnet risk och riskperception i boken *Hälsokommunikation – en introduktion* där hon urskiljer tre olika perspektiv inom riskforskningen. Alla tre hör till det socialkonstruktivistiska perspektivet som menar att all riskuppfattning är kulturellt präglad och socialt konstruerad. Ett av dessa perspektiv ansåg vi var användbart för att analysera just hur professionella ser på ungdomar och unga vuxna. Detta perspektiv menar att vissa människor är mer drabbade än andra och att det på så sätt uppkommer riskpositioner inom samhället.

Jarlbro (2004) skriver att risker endast finns i uttryck av kunskap om dem, känner man inte till risken så finns den inte heller. Hon beskriver även olika perspektiv på risk och riskuppfattning. Enligt det socialkonstruktivistiska perspektivet är risker kulturellt formade, det finns inga objektiva risker utan alla risker är socialt konstruerade. Socialkonstruktivismen diskuterar även det föränderliga samhället och hur vissa människor är mer drabbade än andra, vilket leder till nya riskpositioner. Det objektivistiska synsättet på risker är till skillnad från det socialkonstruktivistiska perspektivet inriktat på att det går att mäta och analysera risker. Utifrån detta synsätt är risk sannolikheten att något ofördelaktigt ska ske. Den objektiva risken här är den risk som finns vare sig individen känner till den eller ej medan den subjektiva risken är upplevelsen av den faktiska risken. Att mäta risker utifrån det objektivistiska perspektivet är enligt Jarlbro den vanligaste riskforskningen i Sverige. Detta är något som socialkonstruktivisterna förhåller sig kritiska till och menar att de flesta människor förknippar risker med rädsla och faror. I media dominerar det objektivistiska perspektivet där risker både konstrueras och representeras. Jarlbro beskriver även brist på kunskap som ett problem när det gäller risk och menar då att risker endast finns i uttryck av kunskap om dem. Och har man ingen kunskap eller känner till risken så existerar den heller inte.

Ulrich Beck (2000), professor i sociologi, beskriver detta i sin bok *Risksamhället. På väg mot en annan modernitet*, och hur vi har lämnat en modernitet och är på väg mot ett nytt samhälle

med andra risker som han menar är osynliga för ögat. Beck menar hur man, till skillnad från förr, inte kan begränsa risker till vissa grupper eller regioner utan att de istället tenderar att globaliseras. Han visar även på hur kärnfamiljen har förändrats från den feodala indelningen med könsroller till en mer modern där kvinnor har tillåtits att ta mer plats och utveckla sin sexuella erfarenhet.

Medvetenheten kring risker ligger mer i framtiden som något ickeexisterande, vilket leder till att dagens handlingar endast är till för att förhindra risk och vidta åtgärder inför morgondagens problem. Beck (2002) diskuterar kring risk och genusrelationer där det har vuxit fram nya osäkerheter mellan män och kvinnor. Idag är det till exempel inte lika många som gifter sig och för att uppnå lycka och trygghet måste människor även se till den riskfyllda bakgrund som finns. Beck menar även hur en förändring i sexuallivet har skett och då framförallt hos unga kvinnor som tillåts skaffa sig en större sexuell erfarenhet. Han visar även på hur ny teknologi medför nya risker och att media kommer att få en större betydelse när det gäller att få information om risker i samhället.

4.3 Teoretiska modeller i preventivt arbete

Det är i huvudsak tre hivpreventiva metoder som varit återkommande i litteraturen och bland våra respondenter. Dessa metoder är främst *motiverande samtal* och *peer-education* och i mindre skala *Information-Motivation-Behavior skills*. Metoderna kan dessutom i många fall kopplas till Banduras, ovan beskrivna, sociala kognitionsteori. Dessa teoretiska modeller beskrivs här kortfattat.

4.3.1 MI, motiverande samtal

Motiverande samtal förkortas ofta till MI som står för den engelska termen *Motivational Interviews*. Motiverande samtal handlar enligt psykologen och specialisten i klinisk psykologi Tom Barth och psykologen, psykoterapeuten och specialisten i klinisk psykologi Christina Näsholm (2006) om att motivera till förändring. Samtalen, som är klientcentrerade, ska utgå från klientens egna tankar och uppfattningar. Rådgivarens roll är att framhäva de tankar, känslor och tolkningar som klienten har och som kan ligga till grund för förändring. Passer och Smith (2007) skriver att individer i behov av beteendeförändring behöver öka medvetandet om problemet och ha en vilja att agera. Motiverande samtal låter klienten dra

sina egna slutsatser genom att fokusera på skillnader mellan det nuvarande beteendet och individens ideala självbild och beteende.

Barth och Näsholm (2006) förklarar att klientcentreringen är grundläggande i MI. Samtalen ska utgå från klientens egna tankar, uppfattningar och upplevelser. Det är dock rådgivaren som styr samtalet genom att sätta olika teman och se till att skapa en omgivning som underlättar för klienten att reflektera över sig själv. Det är klientens bild av verkligheten som är viktig, inte den objektiva sanningen. Det finns dock vissa begränsningar med att arbeta klientcentrerat, till exempel är de lösningar som hjälparen har kunskap om inte alltid tillgängliga för klienten. Hjälparen riskerar alltså att inte kunna nå fram med användbara synpunkter. Spridandet av information är ofta en viktig del i många rådgivnings- och behandlingssituationer. Enligt Barth och Näsholm kan det ibland vara komplicerat när hjälparen vill ge information som klienten inte bitt om att få. Detta kan nämligen leda till att klienten inte lyssnar och tar till sig informationen. För att undvika detta måste hjälparen anpassa budskapet efter mottagaren genom att ta sig tid att göra sig införstådd med klientens förförståelse och kunskapsnivå. Om klienten redan har stor kunskap inom området har klienten också lättare för att ta till sig ny information som rör området. Om klienten däremot har sämre kunskap i ämnet bör hjälparen tänka på att ge informationen i kortare stycken och ge tillräckligt med tid för att klienten ska kunna förstå och bearbeta den nya informationen.

4.3.2 Peer education

Peer education är ett engelskt uttryck som ibland översätts till kamratfostran på svenska. En översättning av ordet peer är jämlike och peer education grundar sig just på att jämlike undervisar eller informerar jämlike. Fördelen med att låta en person som egentligen själv hör till målgruppen sprida ett budskap är att denne känner till vilka normer, värderingar och attityder som finns i målgruppen. På så sätt kan den jämlike uttrycka informationen på ett sådant sätt att målgruppen berörs (Jarlbros, 2004). Den engelska termen peer education är enligt Gary R. Svensson et al. (2002) internationellt välkänd när det kommer till hivutbildning, dock kan det vara svårt att översätta det till svenska. Vi har därför valt att inte översätta termen peer education.

4.3.3 Information-Motivation-Behavioral skills

Information-Motivation-Behavior skills, förkortat IMB, står på svenska för information, motivation och kunskap om beteende. Modellens tre steg är ett försök att främja hivpreventivt beteende genom att ge fakta och information, motivationsstärkande komponenter samt utveckla kognitiva och beteendearikade färdigheter. Enligt IMB- modellen är dessa tre faktorer avgörande i ett hivpreventivt beteende (Fisher et al. 2002).

5. Resultat och analys

I följande kapitel kommer resultat samt analys att presenteras. Vi inleder med att presentera de respondenter och verksamheter vi har intervjuat och beskriver efter det kortfattat de ekonomiska resurser som ges till dessa verksamheter. Därefter framställs det preventiva arbetet som utförs på de intervjuade verksamheterna. Vidare analyseras respondenternas syn på sexuell risk och ungdomars attityder till sexualitet och könssjukdomar. I detta kapitel kommer respondenternas arbetsplatser nämnas i syfte att identifiera vem som säger vad, då två stycken ungdomsmottagningar medverkat är dessa dessutom försedda med bokstäverna A eller B för att ytterligare förtydliga vilken av ungdomsmottagningarna som vi syftar till.

5.1 Presentation av respondenter och verksamheter

Respondent 1, samordnare Projekt sex. Projekt sex (P6) är en oberoende studentförening som drivs av, och riktar sig mot studenter enligt arbetssättet peer education. Föreningen arbetar med hiv, STI och graviditetsprevention bland studenter och har som syfte att öka säkert sexuellt beteende bland universitetsstudenterna.

Respondent 2, kurator på Centrum för sexuell hälsa. På Centrum för sexuell hälsa erbjuds rådgivning, testning och behandling av STI. Förutom kuratorer jobbar olika läkare som gynekologer, venereologer och infektionsspecialister samt sjuksköterskor, barnmorskor och sexologer på Centrum för sexuell hälsa.

Respondent 3, barnmorska på Ungdomsmottagning A. Ungdomsmottagningen tar emot ungdomar från ca 12-13 år upp till 20 år för tjejer och 23 år för killar. På ungdomsmottagningen kan ungdomar komma för att få preventivmedel, testa sig för STI och graviditet, eller för att samtala med en professionell.

Respondenter 4 och 5 informanter på Noaks Ark. Noaks Ark är en politiskt och religiöst obunden organisation som arbetar med att informera och utbilda professionella och allmänheten i hivpreventivt syfte. Noaks Ark erbjuder även stöd till hivsmittade personer och jobbar för att motverka diskriminering av hivsmittade. Två respondenter var närvarande vid intervjun och var utbildade inom kommunikation respektive folkhälsovetenskap.

Respondent 6, sjuksköterska på Könsmottagningen. På könsmottagningen kan de som vill kostnadsfritt testa sig för sexuellt överförbara sjukdomar. På mottagningen jobbar två sjuksköterskor heltid, könsmottagningen har även kopplade till sig en läkare och en kurator som kan kontaktas vid behov.

Respondent 7, specialistsjuksköterska på Ungdomsmottagning B.

Ungdomsmottagningen tar emot ungdomar från ca 12-13 år upp till 23 år. På ungdomsmottagningen kan ungdomar komma för att få preventivmedel, testa sig för STI och graviditet, eller för att samtala med en professionell. Respondenten träffar främst unga män i sitt arbete.

5.2 Ekonomiska resurser

Samtliga respondenter är verksamma inom Skåne och är på olika sätt beroende av resurser direkt från eller genom Region Skåne. Flera av våra respondenter tillhör hälso- och sjukvården och är därmed finansierade av skattepengar. Respondent nr 3 från en av ungdomsmottagningarna beskriver dock hur det finns en känsla av att ungdomsmottagningen inte alltid prioriteras ekonomiskt. Båda ungdomsmottagningarna i studien har haft för få i personalen som ett resultat av brister i de ekonomiska resurserna. Detta har resulterat i att åldersgränsen blivit sänkt då belastningen varit alltför hög.

På Könsmottagningen uppfattar respondenten dock inte att de ekonomiska resurserna inte är tillräckliga. Respondenten säger att även om det inte alltid finns resurser till utbildningar och kurser så blir könsmottagningen aldrig bortglömd. Detta anser respondenten beror på att STI/hiv faller under smittskyddslagen och därmed anses vara viktiga.

På uppdrag av regeringen fördelar Socialstyrelsen årligen ett statligt bidrag till STI- och hivförebyggande arbete. Bidragen kan sökas av landsting, regioner och kommuner men även av ideella organisationer som arbetar hivpreventivt på riksnivå både med enskilda och på samhällelig nivå. (Socialstyrelsen, 2008).

Respondenterna från Noaks Ark förklarar att deras verksamhet är helt beroende av de statliga bidragen. Det är dock Region Skåne som fördelar pengarna till Noaks Ark och bidragen måste sökas årligen. Även respondenten från Projekt sex uppger att de ekonomiska resurserna i

första hand söks från Socialstyrelsens statliga bidrag, genom Region Skåne. Trots att de ibland fått pengar från stadens universitet eller från en stad som ett nytt projekt startats upp i, säger respondenten att verksamheten till största del är beroende av de statliga bidragen.

5.3 Preventivt arbete

Nästa kapitel kommer att närmare behandla olika hivpreventiva modeller och hur de används av våra respondenter, om än inte alltid uttalat. Nedan följer dock en kort genomgång av det hivpreventiva arbete som utförs i de olika verksamheterna där respondenterna arbetar.

Bland respondenterna är utdelandet av kondomer en stor del av det hivpreventiva arbetet på respektive verksamheter. På de olika mottagningarna kommer ungdomar för att få preventivmedel, att testa sig för hiv/STI och för att samtala. Ungdomsmottagningarna är i regel inte uppsökande men träffar varje år klass åtta. Vid besöken får respondenterna tillfälle att informera ungdomarna om sex och om sexuellt överförbara infektioner. Respondenten från könsmottagningen finner utrymme att utföra hivpreventivt arbete i samtalet med patienten. I samtalet innan testning eller vid behandling av STI anser sig respondenten få möjlighet att diskutera hiv/STI och vilka smittvägar som finns. Respondenten på Centrum för sexuell hälsa förklarar att de möter enskilda människor som kommer till vårdmottagningen och på så sätt är inte verksamheten uppsökande. Däremot hittar mottagningen hivinfekterade individer vilket ökar möjligheten att smittan inte förs vidare. Icke smittade individer får även råd om hur de kan utöva säkrare sex.

Respondenten från Projekt sex arbetar mycket med att visa sig tillgängliga för universitetets studenter. Ungefär 40 000 kondomer delas ut av organisationen varje år, dessutom anordnas aktiviteter som diskussionskvällar och filmkvällar.

Respondenterna från Noaks Ark arbetar såväl primärpreventivt som sekundärpreventivt. Det hivpreventiva arbetet som riktar sig till ungdomar sker oftast ute i skolklasser där de unga får ta del av fakta och till exempel får lära sig hur en kondom ska användas. Ungdomarna uppmanas även till diskussion och får ställa frågor till informatörerna.

5.3.1 Motiverande samtal

Samtliga respondenter nämner motiverande samtal som metod i det hivpreventiva arbetet. På Centrum för sexuell hälsa menar respondenten att information och motiverande samtal är viktigt för såväl osmittade som hivsmittade individer. Att jobba med självkänedom och självkänsla är enligt respondenten grundläggande för att individen ska känna att det är viktigt att skydda sig mot STI och hiv. Banduras sociala kognitionsteori (Passer & Smith, 2007) kan utan svårighet tillämpas på de motivationsstärkande samtalen som respondenterna har i arbetet med ungdomar. Den sociala kognitionsteorin beskriver att genom uppmuntran och bekräftelse av att den egna förmågan, kan individen stärka sin självkänsla och känna motivation till beteendeförändringar. Respondenten från ungdomsmottagning A beskriver hur motiverande samtal används inom verksamheten:

Det är ju att man inte ska sitta och säga 'nu ska du göra så' och 'det och det och det' utan vad och hur och 'kan du förklara' och 'hur tänker du kring det här? Berätta lite mer.' Och så sammanfattar man och säger 'att det jag hör är att du känner dig orolig, är du orolig för att du blivit smittad?'. – Ungdomsmottagningen A

Även respondenten från könsmottagningen är utbildad inom MI och beskriver hur metoden tillämpas på verksamheten:

Det är när man försöker ställa rätt frågor och inte ledande frågor eller lägga svaren i munnen på patienten som man annars gör inom sjukvården. – Könsmottagningen

Respondenterna beskriver i citaten ovan hur klientens egna tankar och upplevelser står i centrum i samtalen vilket stämmer väl överens med den klientcentrade grunden i det motiverande samtalet som Barth och Näsholm (2006) beskriver.

Samtliga respondenter har som uppgift att informera människor om STI/hiv. Barth och Näsholm (2006) skriver att i många behandlings- och rådgivningsituationer är spridandet av information en viktig del i rutinerna. Respondenten från ungdomsmottagningen B uttrycker sig så här om MI:

Det beror ju helt på vilka man träffar. Motiverande samtal kan vara jättebra för den som har all fakta men inte inser att man ska skydda sig. Men motiverande samtal till någon som inte har informationen, det

kanske blir för mycket. Man kan få för mycket, och då slår det lock för öronen och man vill inte höra, man ska vara mottaglig för informationen.
– Ungdomsmottagningen B

Respondenten från ungdomsmottagningen B förklarar ovan hur budskapet i samtalet ibland kan behöva anpassas efter mottagarens tidigare kunskap och förförståelse. Respondenterna från Noaks Ark nämner just att det är viktigt att vara lyhörd i arbetet med ungdomar, med lyhördhet menar respondenterna att det är viktigt att väga in ungdomarnas tidigare kunskap och ålder i beräkningen när de föreläser i skolklasser. Även Barth och Näsholm (2006) beskriver hjälparens uppgift att se till att informationen kommer i lagom mängd beroende på klientens kunskapsnivå.

Respondenten från ungdomsmottagningen A förklarar att de flesta på arbetsplatsen har deltagit i MI-utbildning, men medger att det kan vara svårt att tillämpa metoden i det dagliga arbetet. Detta beror enligt respondenten till stor del på tidsbrist.

Men det är svårt när dom kommer så har man en halvtimme, så ska man ge dom p-piller och då måste man berätta om det och sedan ska man ta och testa och prata kring det. Så det blir inte alltid så.
-Ungdomsmottagningen A

På könsmottagningen förklarar respondenten att det inte finns utrymme att ha motiverande samtal med samtliga klienter. Respondenten håller samtal med dem som tycks vara i behov av det och med dem som inte verkar ha stor kännedom kring hiv/STI.

Ibland fungerar inte MI som metod. Detta kan enligt Barth och Näsholm (2006) bero antingen på klientens personlighet och psykiska tillstånd, eller de yttre ramarna för mötet. Vissa klienter kan uppleva MI som irriterande på grund av de lite otydliga metoderna, där det inte är tydligt vad hjälparen vill att klienten ska svara. Det kan vara lämpligt att anpassa MI-strukturen och fokusera på enkla sammanfattningar istället för att utforska känslor. Det är rådgivarens uppdrag att anpassa MI-samtalet så att det fungerar för klienten. Det är dock klientens upplevelser av samtalet som bedömer om MI-samtalet varit effektivt eller ej. Respondenten från könsmottagningen beskriver att man som hjälpare känner av om samtalet har varit användbart för individen eller ej: ”Och man kan känna att här går det, här funkar det”.

5.3.2 Att lära från den egna gruppen

Projekt sex drivs av och riktar sig till högskolestudenter. Arbetssättet är enligt respondenten peer education, att lika lär lika. Detta arbetssätt överensstämmer med Banduras (Passer & Smith, 2007) teori om modellinlärning som visar att genom att studera andra människors beteenden kan individen skapa en tilltro till att det går att åstadkomma beteenden som kan påverka händelser i livet. Respondenten förklarar att när organisationen bildades år 1991 fanns det mycket skräckpropaganda om hiv, vilket inte visade sig ge så stora resultat som hivpreventiv metod. Istället för att låta en läkare komma med ”pekfinger” och undervisa studenter anser de som arbetar inom Projekt sex att det är lättare för studenter att ta till sig informationen då studenter informerar studenter. Även Svensson (2002) beskriver hur de tidiga hivkampanjerna inte nådde särskilt stor framgång, mycket på grund av att informationen inte var relaterbar för de olika målgrupperna. Respondenten från Projekt sex förklarar: ”... Det tror jag är bra, att det kan vara lättare för studenter att ta åt sig av folk i sin egna ålder som har samma livssituation”.

I likhet med respondenten från Projekt sex och Svensson (2002) talar Jarlbro (2004) om vikten av valet av sändare i hälsokommunikation. Även om informationen i budskapet är utformad av medicinsk expertis är det inte alltid lämpligt att dessa ska stå för undervisningen. Respondenten från Projekt sex menar att budskapen lättare fångas upp av studenterna om informationen ligger på en anpassad nivå och presenteras i en mer avslappnad miljö. Jarlbro påpekar också att en jämlike vet vilka värderingar som finns i gruppen och har därför möjlighet att föra fram budskapet på rätt språknivå.

Respondenten från ungdomsmottagningen B beskriver hur unga människor söker förebilder att spegla sig i för att finna sin identitet. Enligt Banduras sociala kognitionsteori (Passer & Smith, 2007) påverkas unga människor lätt och gärna av förebilder. Respondent B menar att förebilderna inte alltid är goda, men att känslan av egen identitet är en god känsla för ungdomar. Respondenten från ungdomsmottagningen B, nämner visserligen inte peer education som begrepp men talar om vikten av att ungdomar kommunicerar med varandra om STI. Respondenten säger:

Vi klarar ju inte, alltså vi som jobbar med det här på tjänstemannanivå, att sprida den här kunskapen. Jag tror att enda sättet att få stopp på klamydian är att man börjar snacka mer sinsemellan, att man är mer

öppen och så... så jag tror det är enda sättet nu den närmaste tiden att man sinsemellan snackar. Vuxenvärlden klarar ju inte detta, utan jag tror att det är kompisar som ska göra skillnaden. – Ungdomsmottagningen B

Även respondenten från Projekt sex resonerar som respondenten från ungdomsmottagningen B, att det är viktigt att ungdomar kommunicerar med varandra för att förebygga spridningen av STI/hiv:

Vi tror att om man får ett öppnare klimat kring sexualitet kan man bli mer trygg i sig själv, och att man då skyddar sig bättre eller om man är trygg i sig själv kan man prata med fler kompisar. – Projekt sex

Respondenterna i citaten ovan anser således att en öppnare dialog om sex och sexualitet kan leda till minskad spridning av STI/hiv. I och med ökad kommunikation kan fler unga människor ta del av information om riskerna för STI/hiv, men även känna ett naturligt ansvar för att använda kondom vid sexuella kontakter. Svensson (2002) skriver att peer education inte bara används för att sprida kunskap, utan även för att påverka normer och sociala samhällsstrukturer.

5.3.3 Att informera, motivera och förändra i skolmiljö

Samtliga respondenter talar om vikten av information, motivation och beteendeförändringar i det hivpreventiva arbetet med unga människor. Dessa tre komponenter är även något som samtliga våra respondenter försöker få in i det hivpreventiva arbete de bedriver. Fisher et al. redogör för IMB-modellen som innehåller just dessa tre delar. De fyra stegen som Bandura anger för social kognitionsteori beskriver hur individen måste uppmärksamma ett beteende, bibehålla informationen i minnet, kunna utföra beteendet och ha motivation till att uppvisa beteendet. Samtliga respondenter arbetar med ungdomar och unga vuxna, men inga av dem har i sitt arbete möjlighet att nå den bredd som skolan kan.

Att informera människor om STI/hiv är en del av arbetet för samtliga av respondenterna. Alla respondenter talar dock om att ungdomar ofta är väldigt olika informerade om sex och risker med STI/hiv och att informationen som ungdomarna besitter ofta är bristfällig. Respondenten från ungdomsmottagningen B talar om att skolans sexualundervisning kan vara mycket varierande i både kvalitet och förekomst, och att det inte finns klara krav om vad som ska ingå i undervisningen. Även respondenten från Projekt sex bekräftar att den skolundervisning som elever får är olika beroende på vilken skola eleven går i. Respondenterna från Noaks Ark

förklarar hur sexualundervisningen varit obligatorisk sedan 1950-talet men att genomförandet av undervisningen på olika skolor skiljer sig stort.

Om man kunde lägga mer resurser på det... För vi träffar ju ungdomar som uppenbarligen inte vet så mycket. Ungdomar som tror att de kan få klamydia av att hålla handen. De har hört talas om det men har inte förstått hur det smittas och vad som kan hända. – Noaks Ark

Fisher et al. (2002) hävdar att skolbaserad hivprevention är det mest effektiva sättet att nå ut till ungdomar som riskerar att bli smittade av hiv. I likhet med respondenterna från ungdomsmottagningen, Noaks Ark och Projekt sex är Fisher et al. inte tillfredställd med den sexualundervisning som erbjuds i skolan och anser att skolundervisningen bör byggas på välprövade beteendeförändrade teorier. I citatet ovan beskriver respondenterna från Noaks Ark hur de träffar på ungdomar med mycket lite kunskaper kring STI/hiv, även Fisher et al. påpekar att skolans sexualundervisning inte visar sig ha någon större påverkan på elevernas sexuella riskbeteende. Respondenten från könsmottagningen säger att i vissa fall hålls sexualundervisningen i skolan endast i mellanstadiet då eleverna kanske inte är tillgängliga eller intresserade av undervisningen i den mån som behövs för att de ska behålla informationen i minnet under tonåren. Även respondenten från ungdomsmottagningen B talar om vikten av återkommande sexualundervisning under grundskolan, men även på gymnasienivå.

I mellanstadiet har man en viss och i högstadiet en till två gånger, men det verkar som många inte är mottagliga. När jag är ute i gymnasieklasser är det helt annat, där är många som svampar, helt plötsligt fastnar det. I högstadiet gör man ordning för att sedan kunna så, det går inte riktigt att så där. – Ungdomsmottagningen B

Respondenterna från Noaks Ark beskriver hur de i anslutning till information i skolgrupperna demonstrerar och förklarar hur kondomer ska användas, eleverna får även ta med sig kondomer hem för att öva ytterligare. Att lära ut teknik vid sidan om information överensstämmer med Banduras tredje steg i social kognitionsteori, vilket innebär att individen måste vara fysisk kapabel att kopiera förebildens beteende.

5.4 Sexuellt riskbeteende och riskgrupper

Respondenterna från Noaks Ark diskuterar riskbeteende och riskgrupper och menar att alla människor kan ha ett riskbeteende.

Och det är att man utsätter sig för risk, att man har oskyddat samlag, att man delar sprutor...Man lever i ett riskbeteende om man har oskyddat sex hela tiden, men man går och testat sig hela tiden. – Noaks Ark

I likhet med respondenterna på Noaks Arks diskussion kring risk beskriver även Bengel (2001) sexuellt riskbeteende där han menar att oskyddat sex med till exempel en hivsmittad individ räknas som hög risk. Även Beck (2000) resonerar kring risk och han påstår att man inte kan begränsa riskbegreppet till en viss grupp då risk har blivit ett så pass globaliserat problem.

Respondenten från ungdomsmottagningen B tar upp ungdomars riskbeteende och hiv:

Ungdomar är inte en riskgrupp i sig...Man hinner med mycket fler partners när man är ung för att man har kortare tidsbegrepp...Och sen är man mer experimenterande när man är ung plus att man är odödlig när man är ung. Ungdomar borde egentligen vara en riskgrupp, men det är de ju ändå inte för det är så få som är smittade som unga.
– Ungdomsmottagningen B

Här kan vi se hur respondenten resonerar kring ungdomar som en potentiell riskgrupp då de enligt respondenten har ett riskbeteende, men att de inte är en stor riskgrupp i sig då hivsmitta inte är utbrett bland svenska ungdomar idag. Respondenten från ungdomsmottagningen A diskuterar också kring ungdomar som riskgrupp, men då mer kring STI:

Ja, alltså man kan säga unga tjejer och killar. Där har man svårt att fixa...sen är det ju inte så vanligt att man har hiv i den åldersgruppen, det är väldigt få. – Ungdomsmottagningen A

Respondenternas sätt att resonera går att knyta till Bengel (2001) där han skriver hur ungdomar utgör en riskgrupp för sexuellt beteende då de ännu inte har några fasta sexuella mönster och är lättpåverkade av omgivningen. Respondenterna menar dock att ungdomar inte utgör en riskgrupp för hivsmitta.

Vår respondent på ungdomsmottagningen A diskuterar kring att ungdomar utgör en riskgrupp vad det gäller sexuellt beteende. Enligt respondenten befinner sig socialt belastade ungdomar i riskzonen, exempelvis de med dåliga hemförhållanden. Sociala missförhållanden kan enligt Bengel (2001) förknippas med frånvaro av möjligheter till sjukvård samt en högre grad av sexuellt risktagande. Respondenten resonerar att viljan att bli omtyckt och vidrörd kan leda till att dessa ungdomar försummar kondomanvändandet i strävan efter bekräftelse. Ungdomar som tycker att de har lågt värde tycks inte heller bry sig om sin hälsa och anser då inte heller att användandet av kondom är viktigt. Även Margareta Forsberg (2006) skriver om socioekonomiska förutsättningar i relation till sexuellt risktagande. Bland barn som kommer från socialt ogynnsamma förhållanden, är det även vanligare med psykisk ohälsa. Låg självkänsla kan vara ett resultat av psykisk ohälsa vilket kan leda till att individen inte tycker sig vara värdefull. I likhet med respondenten från ungdomsmottagningen menar Forsberg att känslan av lågt värde kan leda till att ungdomar inte upplever det som viktigt att skydda sig från risker.

Respondenten Centrum för sexuell hälsa framhåller även att en god självkänsla är av stor vikt för att individen ska vilja skydda sig. Respondenten hävdar att en individ som inte har god självkänsla lättare blir smittad, samt lättare smittar andra. På så sätt är även självkänslan viktig när det gäller att ta ansvar för det egna sexuella beteendet. Sexuellt riskbeteende i samband med låg självkänsla är även något som respondenten från könsmottagningen ser i sitt arbete.

Men då är man tillbaka på det här vart man är i livet. Låg självkänsla, dåligt självförtroende. Unga flickor som, jag ska inte säga utnyttjas, men inte långt ifrån...Så står man ut och så får man sin klamydia igen.
– Könsmottagningen

I likhet med ungdomsmottagningen anser respondenten från könsmottagningen att viljan att bli omtyckt och bekräftad genom fysisk beröring kan leda till att kondomanvändandet negligeras. Detta gäller enligt respondenten i synnerhet unga kvinnor.

Även respondenten från Noaks Ark talar om unga kvinnor och deras självkänsla.

Fler tonårsaborter...väldigt många unga tjejer som mår dåligt av vaginism, man har slidkramp, men utsätter sig ändå väldigt mycket för penetrerande samlag fast man inte ens vill. Att det är väldigt

ångestladdat det här, och att man har fler och fler sexpartners. – Noaks Ark

Detta kan jämföras med det som Jarlbro (2004) beskriver i sin studie från 1990 där hon förklarar varför unga flickor inte använde STI- och graviditetsskydd i högre utsträckning.

Respondenten från ungdomsmottagningen B diskuterar kring ungdomars och samhällets ansvarstagande:

Man har ju lärt sig att det är bådas ansvar med kondom, och det är många som säger så och det är ganska politiskt korrekt. Problemet är att när det är bådas ansvar, så är det ju ingens ansvar...Hela samhället går ju ut på att andra ska ta ansvar över en. – Ungdomsmottagningen B

Respondenten på sjukhusets könsmottagning hävdar att de som redan haft en STI riskerar att bli smittade igen och utgör därför en riskgrupp. Anledningen till detta är enligt respondenten ett beteende som visar på att individen inte värnar om sig själv. Enligt könsmottagningens respondent är det inte ovanligt att en individ som har haft klamydia vid ett tillfälle blir smittad igen. Noaks Arks respondenter visar på en trend att om en människa har haft två olika könssjukdomar är det sannolikt att en eventuell tredje STI kan komma att vara hivsmitta.

Det går även att utläsa från ovanstående stycke som behandlar sexuellt risktagande att unga kvinnor med riskfyllt beteende skulle kunna betraktas som en riskgrupp. Respondenter från ungdomsmottagningen, Centrum för sexuell hälsa och könsmottagningen talar om unga kvinnor med låg självkänsla som utsätter sig för sexuella risker för att undgå att bli avfärdade och lämnade ensamma. Även Jarlbro (2004) talar om målgruppen unga kvinnor med riskfylld livsstil och syftar på ovan nämnda problematik.

Respondenten på Centrum för sexuell hälsa anser att det i huvudsak finns två högriskgrupper i Sverige:

Man kan ju säga att hiv är rätt konstant i hur det ser ut i Sverige. Det är ju rätt så förknippat med olika riskgrupper, så det är ju män som har sex med män, det är utomlandssmittade, framför allt människor som kommer och flyttar hit med hiv. – Centrum för sexuell hälsa

Respondenten från Centrum för sexuell hälsa ser sällan hiv i den heterosexuella gruppen. Detta beror på att hiv har låg smittsamhet vid vaginalt och oralt samlag medan hiv är lättsmittat via analt samlag. Därtill menar respondenten vid Centrum för sexuell hälsa att ökningen av hivsmitta bland män som har sex med män kan bero på en ökad acceptans av homosexualitet i samhället vilket leder till att fler människor känner sig fria att öppet leva som homosexuella.

Det är fler som lever så i större utsträckning...Det kanske sker fler möten mellan män för det är mycket enklare att träffas. Det finns Internet och det är lätt att träffas genom olika communities och chattar för att sedan träffas för att ha sex. – Centrum för sexuell hälsa

Respondenterna på Noaks Ark vill inte dela in individer i riskgrupperna MSM, prostituerade eller narkomaner. De anser att nästan alla människor kan ha ett riskbeteende genom att utsätta sig för risker som att ha oskyddade samlag eller att dela sprutor. Respondenterna på Noaks Ark menar att de ofta träffar individer som testar sig för STI och hiv regelbundet men ändå inte använder kondom. Genom att mena att *alla kan få hiv* hoppas Noaks Ark på att fler människor inser att riskbeteende innebär oskyddat sex, och därmed öka kondomanvändningen.

Samtliga av våra intervjurespondenter möter ungdomar där de kan se ett riskbeteende, men vissa menar att ungdomar som grupp inte är en riskgrupp för hivsmitta utan mer för STI. En del hävdar att MSM, män som har sex med män, utgör en större riskgrupp för att drabbas av hiv. Vidare är det flera av respondenterna som poängterar att det är stora skillnader bland ungdomar när det gäller till exempel ålder vid sitt första samlag eller sexuell erfarenhet. Detta är även något Forsberg (2006) skriver då hon påstår att olika ungdomar är olika benägna till riskfyllt beteende. Hon fortsätter med att beskriva ungdomars alkoholkonsumtion i relation till ett sexuellt riskbeteende.

Intervjurespondenterna berättar bland annat hur informationen som ungdomar får är ytterst varierande vilket kan få konsekvenser i deras riskbeteende. Respondenten från ungdomsmottagningen B diskuterar kring den information som ungdomar får och hur denne ser att ungdomar ibland kan få en för onyanserad syn på sex och könssjukdomar, då information ofta handlar om att varna för olika könssjukdomar.

När jag började här år X så tyckte jag att det fanns risk att det blev lite tjatigt för man pratade om sex och samlevnad så kom man alltid in på risker 'akta er för det här för det kan gå illa'. Så man är rädd för fel saker därför att man inte har kunskapen. – Ungdomsmottagningen B

Även respondenten från Centrum för sexuell hälsa resonerar kring hur synen på ungdomars kunskap är i relation till hiv/STI och kondom användandet:

På ett sätt är man väldigt informerad och man vet att man ska använda kondom och man vet att det finns sexuellt överförbara sjukdomar och man vet att man ska skydda sig...Men det finns något annat som brister, man gör inte detta...Så jag tror att en viss ytlig kunskap finns om att kondom är viktigt. Men problemet för unga vuxna är att kunna eller våga använda kondom. – Centrum för sexuell hälsa

5.5 Media som informationskälla

Både respondenten från ungdomsmottagningen B och respondenterna från Noaks Ark tar upp media som en informationskälla för ungdomar, men att medias bild inte alltid är tillförlitlig. Respondenten B diskuterar kring massmedias roll när det gäller information till ungdomar.

Det finns mycket information om sex, och all information är inte bra information. Mycket från massmedia och så. Och den massmediala informationen som kommer har inte ett gott syfte, mycket av syftet är ju att sälja sex. – Ungdomsmottagningen B

Påverkan från massmedia är även något som respondenterna från Noaks Ark resonerar kring:

Vi lever i ett informationssamhälle, vi blir bombarderade av information hela tiden, reklam överallt, det här bruset. Och att då bara kläcka ut sig att klamydia är farligt, vi vill ju få dem att tänka själv att ha tid och skapa diskussion. – Noaks Ark

Ovanstående resonemang kring massmedias roll går att koppla till Jarlbro (2004), där hon diskuterar mediernas betydelse för allmänhetens riskupplevelse. Men då respondenterna är relativt negativt inställda till medias roll som informanter visar Jarlbro upp olika uppfattningar som både visar på massmedias ansvar för allmänhetens riskupplevelse men även undersökningar där man funnit att medborgare är mer kritiska till media än vad man tidigare trott.

5.6 Attityder

I intervjun med könsmottagningens respondent diskuteras det kring hur respondenten ser på ungdomars attityder kring kondomanvändning:

Det är dåligt, det är jättedåligt. De kan tycka det är kluddigt, de tycker att de är för små och de tycker att det alltid går sönder. Eller så har man glömt det...Man måste försöka förstå att det inte är lätt med de här kondomerna när man är ung. – Könsmottagningen

Även respondenten från ungdomsmottagningen B tar upp sin syn på ungdomars kondomanvändning, speciellt efter den kraftiga ökningen som fanns 2006 och möjligheterna till att öppna upp för förändring hos ungdomars attityder.

Nej, tyvärr. Jag tror inte för det har inte skett någon drastisk förändring, och det finns inget som skulle kunna tyda på att ungdomar ska ha tänkt till så pass mycket att man skulle ha sett en förändring...Jag tror att det enda sättet att få stopp på klamydia är att det att man börjar snacka mer sinsemellan, att man är mer öppen och så. – Ungdomsmottagningen B

Citaten ovan passar bra in på Herlitz (2007) resonemang i sin rapport som bland annat visar på det låga kondomanvändandet bland män och kvinnor.

Respondenterna från Noaks Ark beskriver hur de i sitt informationsarbete ser att ungdomar har en ganska ytlig kunskap vilket kan skapa negativa attityder till exempelvis kondomanvändandet.

Man har inte koll när det går på djupare information. Det är papegojefekten, man har lärt dem en fras men inte innebörden...Dels så visar vi hur man sätter på en kondom, för det tror jag är lite av en fördom, man tror att alla vet. För kondomen går inte sönder om man sätter på den rätt, men ändå så får vi höra 'ah, de går bara sönder'. – Noaks Ark

Synen på ungdomars attityder kring hiv handlar även om deras kunskap om ämnet.

Respondenterna från Noaks Ark resonerar omkring hur de tror att ungdomar ser på hiv:

Jag tror dels att det handlar om det här att de här ungdomarna inte minns hiv, de kommer inte ihåg när det var som värst och när det verkligen skrevs en massa om det och det var mycket kampanjer och så. – Noaks Ark

Respondenterna från Noaks Ark fortsätter att beskriva hur de ser på attityderna till hiv och till de bromsmediciner som finns idag:

Vårt arbete har ju blivit svårare för nu är det så tyst, folk vet inte så mycket och. Det är ungefär som 'Vadå bromsmedicin, det är väl botemedel?'. – Noaks Ark

Respondenterna från Noaks Arks syn på ungdomar attityder till både kondomer och hiv stämmer väl överens med Jarlbros (2004) diskussion om brist på kunskap som ett problem. Men det går även att applicera Noaks Arks diskussion kring ungdomars kunskap om hiv på Herlitz (2007) resonemang kring osäkerheten om hur man bli smittad av hiv på olika sätt och okunskapen om detta.

Respondenten från ungdomsmottagningen B tar upp utvecklingen kring den nya teknologin och dess relation till dagens ungdomar:

Vi hade senast igår ett seminarium om webcamsex och så vidare. Och en del kan tycka att det är lite förfärligt egentligen. Men det är förbannat säkert sex ju...Men att folk ställer upp och exponerar sig på det viset och kanske tar betalt för detta. – Ungdomsmottagningen B

Respondenten från Centrum för sexuell hälsa resonerar kring synen på ungdomars val att inte använda kondom med risken med STI/hiv som konsekvens:

Hade det använts kondom vid 90 procent av alla samlag så hade de här könssjukdomarna sett helt annorlunda ut...I ett sexuellt möte är det otroligt mycket känslor mellan människor, kemi och makt och rädsla och osäkerhet...Som gör att det kanske är svårt att vara så praktisk och klok.
– Centrum för sexuell hälsa

Detta kan härledas till Becks (2000) resonemang kring hur man som individ måste ta hänsyn till olika risker som kan uppstå genom att gå in i en relation med en annan människa. Individens måste väga mellan att uppnå lycka och trygghet och den risk som detta kan leda till. Becks resonemang kan appliceras på ett sexuellt möte mellan två människor där individen måste ta ställning till den risk som finns, i förhållande till det positiva med sex.

6 Sammanfattning och diskussion

6.1 Sammanfattning

Under de senaste åren har stora medicinska framsteg gjorts inom hivforskningen och med hjälp av bromsmediciner kan de flesta hivsmittade leva länge. Hiv är dock fortfarande en obotlig och dödlig sjukdom och 541 nya fall anmäldes under år 2007. Bland ungdomar i Sverige är inte hivinfektion vanlig, däremot ökar antalet klamydiafall kraftigt i ungdomsgruppen vilket kan tyda på ett ökat sexuellt riskbeteende bland unga. Uppsatsen syftar till att undersöka hur preventionsarbete med STI/hiv utförs, om det finns en huvudsaklig målgrupp som det hivpreventiva arbetet riktas mot, vilka attityder till hivsmitta som professionella ser i arbetet med ungdomar samt vilka ekonomiska resurser som ges till det hivpreventiva arbetet. För studiens ändamål har sju personer från sex olika verksamheter som arbetar med hivprevention intervjuats.

Statliga bidrag för att bedriva hivpreventivt arbete kan sökas genom Socialstyrelsen. Flera av respondenterna tar del av dessa pengar men organisationerna Noaks Ark och Projekt sex är helt beroende av årliga bidrag från socialstyrelsen. Respondenterna från ungdomsmottagningarna, könsmottagningen och Centrum för sexuell hälsa faller samtliga inom sjukvården och finansieras av skattemedel från Region Skåne.

Det hivpreventiva arbete som utförs inom respondenternas verksamheter består i stor del av att informera om hiv/STI samt att dela ut kondomer. Det hivpreventiva arbete som respondenterna beskriver att de utför liknar och kan jämföras med tre etablerade modeller inom hivpreventivt arbete. Den första modellen är MI (motiverande samtal) som bygger på att klienten själv ska finna motivation till att förändra ett ofördelaktigt beteende. Den andra modellen är peer education som innebär att individer utbildas till att föra ett budskap vidare till sin egen målgrupp på en nivå som gör budskapet mottagligt. Slutligen presenteras IMB-modellen som ingen av respondenterna direkt använder sig av eller nämner, men som delvis använts av samtliga respondenter. IMB-modellen innehåller tre komponenter, information, motivation samt kunskap om beteendeförändringar.

Frågan huruvida ungdomar utgör en riskgrupp för hivsmitta diskuteras i såväl litteraturen som bland intervjurespondenterna. Riskgrupper som män som har sex med män (MSM),

narkomaner och prostituerade är återkommande, men det resonemang som växer fram ur riskdiskussionen är att snarare än sexuella riskgrupper, så kan sexuellt riskbeteende påträffas i alla samhällsgrupper. Ungdomars attityder gentemot risken att smittas av hiv är enligt respondenterna att det i regel inte finns någon utbredd rädsla för att infekteras. Att använda kondom vid tillfälliga sexuella kontakter anses inte vara en självklarhet för många unga. Anledningarna till detta kan vara brist på kunskap om hivs smittvägar, bristande tekniska kunskaper om hur kondomer ska användas och andra orsaker dit genans och otillräcklig kommunikation mellan ungdomar kan räknas.

6.2 Diskussion och reflektion

Flera av våra respondenter diskuterar omkring ämnet riskbeteende och riskgrupp där vissa resonerar kring hur ungdomar i sig inte är en riskgrupp när det gäller exempelvis hiv men att de har ett sexuellt riskbeteende. De menar i likhet med Bengel (2001) att det sexuella riskbeteendet visar sig som sexuella handlingar som äventyrar individens hälsa.

Respondenterna beskriver hur ungdomar har fler partners och försummar kondomanvändandet vilket kan leda till ökad risk att bli smittad av både STI och hiv. Några av våra respondenter hävdar även att alla kan ha ett riskbeteende genom att ha oskyddat sex, men att det även visar sig att ungdomar är en utsatt grupp speciellt när det gäller låg självkänsla, den stora önskan av att bli bekräftad samt påverkan från omgivningarna. Allt detta kan leda till ett ökat sexuellt riskbeteende som möjligtvis inte finns i samma utsträckning i de övre åldrarna.

Då det inte verkar vara samma diskussion kring riskgrupper som det var när hiv först kom till Sverige, då det pratades om homosexuella och narkomaner som de stora riskgrupperna, ser vi inga direkta skäl till att använda sig av begreppet riskgrupper längre. Vi anser att det kan komma att skapa större fördomar om homogena grupper ska pekas ut, och därefter påstå att dessa är riskgrupper, istället för att påvisa att det finns individer inom alla samhällsgrupper som har ett riskbeteende.

Under våra intervjuer märkte vi ganska tidigt hur flera av våra respondenter nämnde unga kvinnor som extra utsatta för sexuell risk, då de menade att många unga kvinnor hade en negativ självkänsla och ökad önskan att bli bekräftade. Under intervjuerna kunde det ibland uppfattas som om det var de unga kvinnorna som bar ansvaret för smittspridning av STI, då

det ibland kunde antydast att de slarvade med kondom på grund av rädsla för att bli avvisad. Men även att de kunde utmålas som offer i debatten kring sexuell risk. Vi tyckte att det saknades en diskussion kring unga män och deras situation och ansvar.

Under våra intervjuer beskriver flera av våra respondenter sin syn på hur informerade ungdomar är när det gäller sex och risker kring könssjukdomar. De flesta anser att ungdomar får en mycket varierad grad av information, och att den ofta handlar om att varna för riskerna kring sex och inte ser till det positiva med sexualitet. Att ungdomar endast blir matade med denna faktadel anser vi kan leda till en slags mättnad hos ungdomarna som gör att de kanske slutar att lyssna och fundera själva kring till exempel kondomanvändandet. Att kondomanvändandet ändå brister hos så många ungdomar kan visa på för lite information om hur man rent praktiskt använder kondomer och att man istället har riktat in sig för mycket på riskinformation.

Under uppsatsens gång har vi märkt att respondenterna menar att ungdomars attityder kan kopplas till deras kunskap. Vissa av våra respondenter pekar på hur ungdomar har en ytlig eller obefintlig kunskap när det gäller hiv/STI och kondomanvändande och hur detta kan leda till en negativ syn på till exempel användandet av kondom. Något som vi anser är oroväckande är attityden kring hiv som en ofarlig smitta, i själva verket är den ju fortfarande dödlig utan något botemedel. Att ungdomar inte är korrekt informerade om hur hiv smittas eller vad sjukdomen leder till kan ge upphov till felaktiga attityder mot hivsmittade och mot sådana som fått stämpel som riskgrupper vilket kan öka stigmatiseringen av hivsmittade i samhället. Att istället instruera kring säker sex under sex- och samlevnadsundervisningen i skolan anser vi skulle kunna ge resultat i ett ökat kondomanvändande. Fisher et al. (2002) talar om skolan som den mest självklara arenan att föra ut ett STI/hivpreventivt budskap på, men både Fisher et al. och respondenterna inser att det finns stora skillnader i skolundervisningens kvalitet. De modeller och metoder för hivprevention som respondenterna använder sig av har goda möjligheter att påverka ungdomars riskfyllda beteende. Samtliga respondenter rapporterar dock att de omöjligt kan nå ut till den stora massan. På grund av otillräckliga resurser tvingas ungdomsmottagningarna skära ned på personal vilket innebär att de inte ta emot så många ungdomar som de önskar. Dessutom är utrymmet litet för ungdomsmottagningarna och organisationer som Noaks Ark att föreläsa på skolor. Ett nationellt ökat ansvar för en fullgod och regelbunden sexualundervisning i skolan skulle enligt oss kunna öppna upp för ökad kunskap och kommunikation bland unga.

7 Referenslista

- Barth, Tom & Christina Näsholm (2006). *Motiverande samtal – MI: Att hjälpa en människa till förändring på hennes egna villkor*. Danmark: Studentlitteratur.
- Beck, Ulrich (2000). *Risksamhället: På väg mot en annan modernitet*. Göteborg: Daidalos AB.
- Bell, Judith (2006). *Introduktion till forskningsmetodik*. Lund: Studentlitteratur
- Bengel, J. (2001). I: International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences s.14012-14018. (Nätupplaga 2008-11-22)
- Denscombe, Martyn (2000) *Forskningshandboken – för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur
- Encyclopædia Britannica (2008). *AIDS*. Encyclopædia Britannicas nätupplaga. <<http://search.eb.com/>> (2008-10-24)
- Fisher, J. D., Fisher, W. A., Bryan, A. D., & Misovich, S. J. (2002). Information-motivation-behavioral skills model-based HIV risk behavior change intervention for inner city high school youth. *Health Psychology*, 21, 177-186.
- Forsberg, Margareta (2006). *Ungdomar och sexualitet – en forskningsöversikt år 2005*. (Rapport 2006:18) Stockholm: Statens folkhälsoinstitut
- Herlitz, Claes (2007) *Hiv och aids i Sverige. Kunskaper, attityder och beteenden hos allmänheten 1987-2007*. Socialstyrelsen.
- Hiv- Sverige (2008). *Ny hiv och aidsterminologi*. Hiv- Sveriges officiella hemsida <<http://www.dominoplaza.com/rfhpwww/main.nsf/page.items.www/D56297614C9C3478C1257133003FAFCB?open>> (2008-12-05)
- Holme, Idar Magne & Solvang, Bernt Krohn (1997) *Forskningsmetodik. Om kvalitativa och kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur
- Jarlbro, Gunilla (2004). *Hälsokommunikation –en introduktion*. Lund: Studentlitteratur.

- Kvale, Steinar (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Naidoo, Jennie & Wills, Jane (2007). *Folkhälsa och hälsofrämjande insatser*. Lund: Studentlitteratur.
- Nationalencyklopedin (2008a). *Prevention*. Nationalencyklopedins nätupplaga. <<http://www.ne.se.ludwig.lub.lu.se/artikel/286904>> (2008-11-28)
- Nationalencyklopedin (2008b). *Förebyggande hälso- och sjukvård*. Nationalencyklopedins nätupplaga. <<http://www.ne.se.ludwig.lub.lu.se/artikel/177964>> (2008-11-28)
- Nationalencyklopedin (2008c). *Hiv*. Nationalencyklopedins nätupplaga. <<http://www.ne.se.ludwig.lub.lu.se/artikel/203427>> (2008-11-28)
- Passer, Michael W & Smith, Ronald E (2007)., 3 ed. *Psychology - the Science of Mind and Behaviour*. New York: McGraw-Hill.
- Repstad, Pål (1999) *Närhet och distans. Kvalitativa metoder i samhällsvetenskap*. Lund: Studentlitteratur
- RFSL (2008). *Hiv - en allvarlig sjukdom trots effektiva mediciner*. Riksförbundet för sexuellt likaberättigandes officiella hemsida. <<http://www.rfsl.se/halsa/?p=1335>> (2008-12-11)
- RFSU (2008). *Hiv/aids*. Riksförbundet för sexuell upplysnings officiella hemsida. <http://www.rfsu.se/hiv_aids.asp> (2008-12-11)
- Smittskyddsinstitutet (2008). *Sjukdomsinformation om hivinfektion*. Smittskyddsinstitutets officiella hemsida. <<http://www.smittskyddsinstitutet.se/sjukdomar/hivinfektion/>> (2008-12-11)
- Socialstyrelsen (2008). *Bidrag från Socialstyrelsen*. Socialstyrelsens officiella hemsida. <http://www.socialstyrelsen.se/Amnesord/folkhalsa/HIV-STI/specnavigation/sos_roll/bidrag.htm> (2008-12-09)
- SOU (2004:13) *Samhällets insatser mot hiv/STI – att möta förändring*. Regeringskansliet: Stockholm.

Svenson, Gary R. et al (1998). *European guidelines for youth AIDS peer education*.
Department of Community Medicine, Lund University, European Commission.

UNAIDS (2008). *A global view of HIV infection*. UNAIDS officiella hemsida.
<http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2008/GR08_2007_HIVPrevWallMap_GR08_en.jpg> (2008-12-18)

Widerberg, Karin (2002). *Kvalitativ forskning i praktiken*. Lund: Studentlitteratur.

BILAGA 1

Informationsbrev inför intervju för C-uppsats:

Hej,

Vi är två studenter från Socialhögskolan, Campus Helsingborg som skriver vårt examensarbete under hösten/vintern 2008. Syftet i vår uppsats är att undersöka professionellas arbete med prevention av hiv/aids bland svenska ungdomar. Vi vill även studera hur professionella ser på ungdomars attityder kring sex och könssjukdomar, då speciellt vad det gäller hiv och aids.

Vi kommer att ställa frågor om hur preventionsarbetet med hiv/aids går till och vilka som är den främsta målgruppen. Andra frågeställningar är vilka attityder gentemot hivsmitta som personal som jobbar med preventionsarbete bland unga ser, samt vilka resurser som ges till arbetet med hivprevention.

Intervjun är helt frivillig, du kan när som helst före, under eller efter intervjun välja att avbryta din medverkan. Resultaten av intervjun kommer enbart att användas i denna uppsats. Ditt riktiga namn kommer inte att användas i uppsatsen, du kommer alltså att vara anonym. När uppsatsen är klar kommer du få ta del av den slutgiltiga produkten.

Har du några frågor inför eller efter intervjun så tveka inte att höra av dig till oss! Vi kommer att höra av oss till dig inom några dagar så får du avgöra om du vill medverka i intervjun eller ej.

Tack!

Louise Ilhammar

e-post: -----

Julia Ekman

e-post: -----

Vill du få kontakt med vår handledare Maria Bangura Arvidsson, går det bra att göra det per

e-post: -----

BILAGA 2

Intervjuguide

BAKGRUND

Vill du berätta om ditt arbete?

Kan du se en förändring eller annan inriktning i ert arbete under de senaste åren?

Vilka utbildningar har ni som jobbar här?

Hur är ni utbildade kring ämnet hiv?

Får ni fortbildning med tanke på den utveckling som sker inom det medicinska ämnet med nya bromsmediciner och dylikt?

KÖNSSJUKDOM

Har det skett någon förändring i antalet människor (ungdomar?) som kommer till er med problem som är relaterade till könssjukdomar?

Vad tror du att dessa förändringar beror på?

Hur pass informerade anser du att ungdomar är kring sex och riskerna kring könssjukdomar? Vart ifrån kommer informationen?

Hur ser ni på antalet klamydiafall bland svenska ungdomar?

Vilket är ungdomar mest angelägna om att skydda sig mot, oönskad graviditet eller könssjukdomar?

SEXUALITET

Har ni kunnat se en förändring hos ungdomar när det gäller ämnen som sexualitet och sexuell erfarenhet? Om ja, vad tror ni denna förändring beror på?

PREVENTION

Beskriv ert hivpreventiva arbete med ungdomar!

Arbetar ni efter någon speciell metod?

Har ni i ert arbete kontakt med personer som blivit smittade med hiv?

På vilket sätt kommer ni i kontakt med dem? Hur gamla är de?

Intervjuguide forts.

Hur har de i så fall blivit smittade?

Vad har du för tankar kring hivsmitta i Afrika och östra Europa?

Tror du att smittspridningen i dessa delar av världen kommer att påverka Sverige och i så fall på vilket sätt?

Kan ni se en förändring i det preventiva arbetet som förts i Sverige?

På vilket sätt har denna förändring i så fall skett? Vad beror i så fall denna förändring på?

Varifrån får ni resurser till ert arbete? Vad består dessa resurser av? Anser du att dessa resurser är tillräckliga, varför/varför inte?