



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Sjuksköterskors och barnmorskors uppfattning kring sexuella riskbeteenden

En kvalitativ intervjustudie

Författare: Caroline Björkqvist & Sofie Fredenholm

Handledare: Kajsa Landgren

Kandidatuppsats

Hösten 2013

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Box 157, 221 00 LUND

Sjuksköterskorns och barnmorskors uppfattning kring sexuella riskbeteenden

En kvalitativ intervjustudie

Författare: Caroline Björkqvist & Sofie Fredenholm

Handledare: Kajsa Landgren

Kandidatuppsats

Hösten 2013

Abstrakt

Sexuella riskbeteenden påverkar ökningen av sexuellt överförbara sjukdomar (STI) i Sverige idag. Syftet med studien var att undersöka yrkesverksamma sjuksköterskors och barnmorskors uppfattning kring sexuella riskbeteende. Datainsamlingen utfördes genom semistrukturerade intervjuer på 7 mottagningar som arbetar med sexuell hälsa i Skåne. Insamlad data analyserades med kvalitativ innehållsanalys. 3 män och 11 kvinnor deltog i studien. Resultatet formades i underkategorier och kategorier. Kategorierna blev riskfaktorer, skyddsfaktorer, preventionsarbete och åtgärder vid bristande preventionsarbete. I resultatet belyses huvudsakligen vikten av kontinuitet och samarbete mellan professioner i preventionsarbetet vid sexuella riskbeteenden. Slutsatserna som kan dras efter studien är att sjuksköterskor och barnmorskor anser att det finns ett samband mellan sexuella riskbeteenden och den ökade spridningen av STI samt detta resultat stämmer väl överens med tidigare forskning inom samma område.

Nyckelord

Barnmorskor, oskyddat sex, preventionsarbete, sjuksköterskor, sexualitet, sexuellt överförbara sjukdomar, STI

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	1
Introduktion.....	2
Problemområde	2
Bakgrund	3
Sexuellt överförbara infektioner/sjukdomar	3
Sexuella riskbeteenden	3
Prevention av sexuella riskbeteenden.....	4
Samhällsperspektiv	4
Kunskap om STI.....	5
Nationella åtgärder vid STI.....	6
Styrdokument, riktlinjer och teori för utövande av omvårdnadsarbete	6
Syfte	8
Metod	8
Urval	8
Datainsamling.....	9
Dataanalys	10
Forskningsetiska avvägningar.....	12
Resultat	12
Riskfaktorer	13
Sexuellt riskbeteenden	13
Psykiska besvär	14
Karaktär	15
Levnadssätt	15
Riskgrupper	16
Skyddsfaktorer	17
Perception av sig själv.....	17
Ett sunt förhållningssätt hos individen	18
Preventionsarbete	18
Befintligt preventionsarbete.....	18
Viktiga målgrupper vid preventionsarbete	20
Bristande preventionsarbete	20
Åtgärder vid bristande preventionsarbete	22
Ge mer information.....	22
Ha bättre kontinuitet	22
Ha ett gott bemötande	23
Ta ansvar	23
Öka resurserna.....	24
Diskussion	25
Diskussion av vald metod.....	25
Diskussion av framtaget resultat	28
Slutsats och kliniska implikationer.....	31
Författarnas arbetsfördelning	32
Referenser.....	33
Bilaga 1 (2)	
Bilaga 2 (2)	

Introduktion

Problemområde

Antalet individer som utsätter sig för ett sexuellt riskbeteende, och då insjuknar i sexuellt överförbara infektioner (STI) ökar enligt Smittskyddsinstitutet, SMI (2012b). Detta är ett problem som berör hela samhället genom komplikationer, följsjukdomar och vårdkostnader, på grund av ett ökat behov av prevention och behandling. Allvarliga konsekvenser kan även drabba den enskilda individen, såsom sterilitet. Detta kan både medföra allvarliga följder för det socioekonomiska tillståndet i Sverige, men även i andra länder (Socialstyrelsen, 2012) (SOS).

Sexuella riskbeteenden skulle kunna öka risken att drabbas av STI, då ett riskbeteende innebär ett "levnadssätt som medför risker särskilt hälsorisker, för personen eller andra" (Riskbeteende, n.d). En mätning av ett sexuellt riskbeteende kan enligt Herlitz (2004) göras genom att frågor ställs kring antalet sexuella partners, tillfälliga sexuella kontakter och kondomanvändningen. Trots att Sveriges befolkning har en påvisad god kunskap om STI, ses en ökad spridning av STI enligt smittskyddsinstitutet, SMI (2012b). De omvårdnadsåtgärder som finns idag, utgörs bland annat av det preventionsarbete som sjuksköterskor och barnmorskor utför på mottagningar för sexuell hälsa. För att utföra ett bra preventionsarbete vid sexuella riskbeteenden, bör sjuksköterskan och barnmorskan se sexualiteten som en del av individen, för att på så vis skapa ett holistiskt omvårdnadsarbete (World Health Organization, 2012) (WHO). Detta utgör en viktig del i preventionsarbetet vid sexuella riskbeteenden men det saknas forskning som synliggör professionernas uppfattning kring ämnet. Det saknas även kontrollerade studier som undersöker sambandet mellan sexuella riskbeteenden och den ökning av STI som påvisats i Sverige de senaste åren.

Bakgrund

Sexuellt överförbara infektioner/sjukdomar

Begreppen STI och STD används synonymt i studien, med definitionen "Sexuellt överförbara sjukdomar, sexuellt överförbara infektioner, engelska sexually transmitted diseases, STD, sexually transmitted infections, STI" (Sexuellt överförbara sjukdomar, n.d).

De smittsamma sjukdomar som räknas till STI är flatlöss, gonorré, hepatit B, hepatit C, Humant immunodeficiency virus/ Acquired immune deficiency syndrome (HIV/AIDS), klamydia, kondylom, lymfogranuloma venereum, syfilis och ulcus molle (SMI, 2012b). De kännetecknas alla av en relativt låg smittsamhet och sprids via personnära kontakt. All form av vaginala, orala och anala samlag innebär en viss risk för smittspridning (Ekdahl, 2006). Läkande sår efter piercingar, sår efter intimrakningar samt inträngande sexleksaker som massagestavar kan också överföra STI. Hepatit B, hepatit C och HIV överförs dock huvudsakligen genom blodsmitta vid intravenöst missbruk, utförandet av tatueringar eller annan blodexponering (Ekdahl, 2006).

Sexuella riskbeteenden

Begreppet riskbeteende definieras enligt Janlert (2000) som ett "socialt, ekonomiskt eller biologiskt betingat beteende som förknippas med ökad risk för en specifik sjukdom, ohälsa eller skada" (s 116). Sexualitet förklaras följaktligen som en benämning på de beteenden som är förknippade med könslig fortplantning (Sexualitet, n.d). Herlitz (2004) menar att ett riskbeteende för STI föreligger om en person under det senaste året har haft tre eller fler sexualpartners. Till detta resonemang kring riskbeteende räknas även att ha tillfälliga sexuella kontakter och samlag vid det första nya mötet (oberoende av kondomanvändning).

Ett sexuellt riskbeteende är enligt en studie av Långström & Hanson (2006) förknippat med negativa hälsoindikationer tidigare i livet, såsom separation från föräldrarna under barndomen, instabila relationer, sexuellt överförbara sjukdomar, tobaksrökning, missbruk och missnöje med livet i allmänhet. En annan studie påvisade att män utan akademisk utbildning hade ett större riskfyllt sexuellt beteende (Makenzius et al, 2009). Slutligen anser Herlitz & Ramstedt (2005) att attityden kring tillfälliga sexuella kontakter blivit mer tillåtande med åren och att detta resulterat i ett ökat sexuellt riskbeteende i Sverige.

Prevention av sexuella riskbeteenden

Enligt Ekdahl (2006) är det viktigaste skyddet mot STI primärprevention, vilket innebär att man förhindrar personer att bli smittade. Primärprevention för att förhindra STI kan göras genom fri tillgång på preventionsmedel och kunskapsförmedling vid landets ungdomsmottagningar (Ekdahl, 2006). Vidare genomförs ett allmänt hälsofrämjande arbete med beteendeförändring och riktade åtgärder via sex- och samlevnadsundervisning i skolor, genom hälso- och sjukvården, och vård- och omsorgssystemet. Effekten av primärprevention är begränsad då ett stort ansvar att skydda sig läggs på den enskilde individen (Ekdahl, 2006). Vaccin specifikt för STI finns idag inte att tillgå, förutom HPV vaccin som huvudsakligen ges som skydd mot livmoderhalscancer, men även mot den sexuellt överförbara infektionen kondylom (Läkemedelsverket, 2012). Vid smitta av STI är det viktigt att snabba åtgärder sätts in, så att den inte sprids. Denna typ av skadebegränsning kallas sekundärprevention. Fokus ligger på diagnostisk, rådgivning, olika vårdhygieniska åtgärder samt behandling av STI (Ekdahl, 2006). Effektivt smittskyddsarbete med kontaktspårning är av stor vikt för att minska risken för ytterligare smittspridning (Socialdepartementet, 2004:13) (SOU). Vidare finns det idag åtgärder där lättillgänglig provtagning, adekvat sexualanamnes och kunskapsförmedling ses som de viktigaste komponenterna i preventionsarbetet mot STI (SMI, 2012b).

Samhällsperspektiv

Enligt Socialstyrelsen (2012) berör konsekvenserna av sexuella riskbeteenden hela samhället, inte enbart genom STI, utan även ur ett ekonomiskt och psykosocialt perspektiv. Trots att Sverige satsar mer resurser på prevention av STI än andra jämförbara länder, lyckas man inte minska spridningen (SOU, 2004:13). Vårdkostnaderna ökar i takt med ett större behov av prevention, behandling och smittspårning. Arbetsbelastningen på sjuksköterskor och barnmorskor ökar också av samma anledning (SOS, 2012).

Antalet individer i Sverige som bär på STI (HIV, hepatit B- och C, klamydia, gonorré, syfilis) i slutet av december 2002 var ungefär 30 700 personer (SMI 2002). Ett decennium senare, i december 2012, hade antalet individer drabbade av STI ökat med ca 28 % till ungefär 42 800 personer (SMI, 2012a). Eftersom STI kan bäras asymtomatiskt är troligtvis mörkertalet betydande, särskilt hos män vilka är underrepresenterade i statistiken (SMI, 2007).

Kunskap om STI

Smittspridningen av STI i Sverige minskar inte trots kunskap om dess konsekvenser, hos den sexuellt aktiva befolkningen (SMI, 2012b). Enligt Andersson-Ellström, Forssman, och Milsom,(1996) är befolkningen är välinformerad om STI, kring förebyggande åtgärder och om kondomens skyddande effekt. Trots denna samlade kunskap tycks det ha ett litet inflytande på det sexuella beteendet (Andersson-Ellström, Forssman, och Milsom, 1996). Persson och Jarlbro (1992) menar att det behövs fler insatser för att minimera det sexuella riskbeteendet hos dem som besöker svenska ungdomsmottagningar. Av den anledningen bör bland annat ideella organisationer som arbetar med HIV och STI få mer stöd i framtiden (Statens offentliga utredningar 2004:13). Ungas sexuella riskbeteende skulle troligtvis kunna grundas på att de inte överväger konsekvenserna av sitt handlande på samma sätt som vuxna. Det läggs därför större vikt vid att skydda sig mot graviditet än STI. Detta beror förmodligen på att det förstnämnda ses som ett större hot i nuet till skillnad mot konsekvensen av en STI som individen inte vet skulle kunna leda till framtida sterilitet (Burtney & Duffy, 2004).

Andersson-Ellström & Milsom (2002) visar att de som har ett sexuellt riskbeteende ofta har störst kunskap om STI. Studien visar även att de som bäst tar till sig information gällande STI är de individer som är i störst behov av den det vill säga de individer som kan relatera till kunskapen genom egna erfarenheter. Undersökningar visar i en tidigare studie av Tyden et al (1998) att *peer education* tillsammans med samtidiga kampanjer i media, stor tillgänglighet på information kring STI, prevention samt att det syns mer i allmänheten, är de viktigaste och mest betydande, förebyggande åtgärderna. *Peer educaiton* används som en metod i preventionsarbetet, och bygger på att de som informerar har en nära anknytning både till ämnet de ger information om och till målgruppen. Sändarna har oftast samma ålder, eller är något äldre än mottagargruppen de arbetar med. Informationsspridningen sker via informella diskussioner, rådgivning, stöd, kampanjer, broschyrer och material. Denna jämna nivå mellan sändare och mottagarna bidrar till att höja medvetenheten, utveckla färdigheter hos mottagarna och förändra deras beteendemönster (United Nations International Children's Emergency Fund, 2012, UNICEF).

Nationella åtgärder vid STI

Förebyggande nationella åtgärder görs genom Statens folkhälsoinstitut som har ett regeringsuppdrag, *Nationell strategi mot hiv, aids och vissa andra smittsamma sjukdomar* (prop. 2005/06:60). Strategins huvudmål är att genom samverkan mellan berörda myndigheter och andra aktörer utveckla och följa den befintliga nationella handlingsplanen för HIV- och STI - prevention. Vidare har också två vägledande kunskapsunderlag, *Nationell handlingsplan för klamydiaprevention*, samt *Den nationella kommunikationsstrategin* tagits fram för att stödja preventionsarbetet ytterligare. I denna arbetsgrupp ingår SMI, Socialstyrelsen, smittskyddsläkarorganisationen och Landstingsförbundet (Ekdahl, 2006).

Insatser mot hiv, aids och andra smittsamma sjukdomar är ett ramanslag på 145,5 miljoner kronor som varje år disponeras av SMI (2012c). Huvudmålet med ramanslaget är att begränsa och förebygga spridningen av HIV och STI och blodburna sjukdomar, samt att minska konsekvenserna av dessa smittor (SMI, 2012c). Enligt SMI (2012b) behöver de förebyggande insatserna generellt förstärkas och metoder ytterligare utvecklas. Anslaget avser preventionsarbete som fördelas till kunskapsutveckling inom områden som berör HIV- och STI-prevention. Trots flertalet utgivna riktlinjer av Sveriges Regering, gällande prevention och behandling av STI, behövs det fler insatser för att minimera det sexuella riskbeteendet hos de individer som besöker svenska ungdomsmottagningar (Ekstrand, Engblom, Larsson & Tydén, 2011).

Styrdokument, riktlinjer och teori för utövande av omvårdnadsarbete

Genom omvårdnadsteoretikern Benner (1993) fem stadier, från novis till expert, utgår sjuksköterskans teoriutveckling från det praktiska omvårdnadsarbetet. Sjuksköterskan kan utveckla sin professionella kunskap och gå från novis, som saknar erfarenhet till ett expertkunnande, som förlitar sig på sina erfarenheter i en omvårdnadssituation. Denna kunskapsutveckling kan ske när en individ delar med sig av sin erfarenhet och kunskap av sin sjukdom, i vilken sjuksköterskan använder sin teoretiska kunskap för att utveckla den praktiska expertisen (Benner 1993). Kunskapsutvecklingen är även att beakta då den snabba utvecklingen inom hälso- och sjukvården ställer krav på att sjuksköterskans vårdkompetens säkerställs och uppdateras kontinuerligt. Detta styrks genom socialstyrelsens kompetensbeskrivning för sjuksköterskor (2005) som påtalar att sjuksköterskan ska bidra till

god och säker patientvård. Patienten och vårdandet skall ses ur ett helhetsperspektiv och sjuksköterskan ska ha ett etiskt förhållningssätt. Detta görs genom att sjuksköterskan observerar, värderar, prioriterar och kommunicerar, för att tillgodose patientens basala och specifika omvårdnadsbehov (SOS, 2005).

Möjligheten för sjuksköterskan att utöva god omvårdnad bygger även på värderingar, subjektiva upplevelser och vilken utformning omvårdnaden har. Då varje individ är unik innebär det att varje möte har sina unika förutsättningar för hur information ska ges samt hur den mottas (A. Forsberg, personligkommunikation, 24 januari, 2013). Omsorg kan ses som en sammansättning av tänkande, handling, kunskap och varande, där sjuksköterskans skicklighet, kliniska visdom, engagemang och omdömesförmåga ligger som fokus i Benners omvårdnadsteori. Detta skapar en omvårdnadsprofessionell människosyn som utgår från ett individuellt, situations orienterade perspektiv där samvete och engagerad omdömes- och handlingsförmåga utgör omsorgen för individen (Benner, Tanner & Chesla, 1996). Vid preventionsarbete av sexuella riskbeteenden möter sjuksköterskan och barnmorskan dagligen individer som söker råd, hjälp eller stöd. För att kunna erbjuda dem den bästa vården krävs det att sjuksköterskan och barnmorskan är lyhörd, observant av individen, för att ge den omsorg som är bäst anpassad. Utbyte av individens erfarenheter och kunskap om dess specifika situation hjälper även sjuksköterskan och barnmorskan att bedöma situationen och anpassa omvårdnaden efter individen.

Både sjuksköterskor och barnmorskor utövar sitt arbete för att främja hälsa och förebygga ohälsa enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SOSFS 1982:763). Hälso- och sjukvårdslagen lagstadgar därför även provtagning på patienter vid misstanke om HIV eller annan smittspåringspliktig sjukdom. Smittskyddslagen (2004) säger att undersökning, behandling och läkemedel som behövs för att minska risken för smittspridning skall vara kostnadsfri. Detta för att öka och uppmuntra personer till att söka sjukvård. Dock har varje person ett stort egenansvar för att hindra spridningen av smittsamma sjukdomar (SMI, 2004).

“Inför en provtagning är det viktigt att en riskbedömning genomförs. Den ska baseras huvudsakligen på individens riskbeteende, t.ex. sexvanor och kondomanvändning, resevanor eller alkohol- och drogvänor, inte på faktorer som etnicitet, kön eller sexuell läggning.”
(SOS, 2012).

Enligt offentlighets- och sekretesslagen (SOSFS 2009:400) gäller sekretess för samtliga personer som testar sig eller får behandling för HIV eller STI inom den offentliga vården. Sjuksköterskan och barnmorskans arbete bygger därför på skapandet av en förtroendefull relation med patienten. Det är av stor vikt att patienten känner sig trygg och vet att informationen om personen hanteras säkert (Benner, 1993).

Utifrån de kompetensbeskrivningar och styrdokument som finns idag för sjuksköterskor och barnmorskor, saknas det dock forskning som synliggör professionens uppfattning kring sexuella riskbeteenden.

Syfte

Syftet med studien var att undersöka sjuksköterskors och barnmorskors uppfattning kring sexuella riskbeteenden.

Metod

Studien utfördes utifrån en kvalitativ metod med innehållsanalys (Graneheim & Lundman 2004). Semistrukturerade intervjuer valdes för att ge en innehållsrik helhetsbild av respondenternas uppfattning av sexuella riskbeteenden. Författarnas forskningsprocess utgick från en induktiv ansats, vilken beskrivs som “en förutsättningslös analys av texter som baseras på människors berättelser om sina upplevelser” (Graneheim & Lundman, 2004, s. 188). Mobiltelefoner och dator användes som inspelningsenheter under intervjustudien.

Urval

Inklusionskriterierna för intervjustudien var att respondenterna skulle vara yrkesverksamma sjuksköterskor eller barnmorskor i Skåne, samt att deras dagliga omvårdnadsarbete skulle beröra sex- och samlevnad. Författarna skickade informationsbrev till verksamhetscheferna för ett skriftligt medgivande till att intervjua sjuksköterskor och barnmorskor. I samma brev tillfrågades verksamhetschefer om hjälp att sprida ett liknande informationsbrev till sjuksköterskor och barnmorskor. Valet av vilka respondenter som tillfrågades i intervjustudien gjordes av verksamhetschefen. I brevet till respondenterna ombads de att

kontakta författarna vid intresse att medverka i en intervju. Författarna tog sedan kontakt för tidsbokning av intervju med intresserade respondenter. I samband med utförandet av intervjuer på två av mottagningarna bokades även två nya intervjuer med andra intresserade sjuksköterskor och barnmorskor enligt snowball sampling (Jakobsson, 2011).

Datainsamling

Efter utlåtande av VEN skickades ett informationsbrev med post till respektive verksamhetschef angående medgivande till att utföra intervjuer. I brevet medföljde även ett liknande informationsbrev där författarna bad om hjälp av verksamhetschefen att skicka till berörda respondenter. Medgivande från verksamhetschefen samlades in skriftligt innan respondenterna sedan kontaktades. Innan intervjun påbörjades säkerställdes att respondenten förstått studiens syfte och upplägg samt att deltagande var frivilligt. Samtliga respondenter lämnade sitt samtycke till deltagande till intervjun skriftligt, innan denna påbörjades.. Intervjuerna utfördes med en respondent i taget, för att öka möjligheten till ömsesidig förståelse för helheten och ett samarbete mellan intervjuerna och respondenten (Graneheim & Lundman, 2004). Intervjuerna utfördes på respondenternas mottagningar enligt deras önskemål. Insamlingen av data pågick under drygt två veckor i september 2013 och transkribering skedde parallellt med intervjuerna samt en vecka efter.

Intervjuguiden (Bilaga 1) som utgjorde grunden för de semistrukturerade intervjuerna skapades av författarna. I enlighet med Jakobssons (2011) upplägg av en intervjuguide, innehöll författarnas guide områdesspecifika frågor följt av stödord för att uppmuntra informanten till en fördjupande dialog. Frågorna var öppna och eventuella följdfrågor ställdes beroende av behovet vid varje enskild intervju. Områdena som behandlades i studien var alla förknippade med respondenternas uppfattning kring sexuella riskbeteenden.

Båda författarna närvarade vid samtliga tillfällen och utförde alla intervjuer tillsammans. En av författarna ställde alla huvudfrågorna, medan den andra ansvarade för inspelning, observerade och lade till extra följdfrågor vid behov. Intervjuerna varade mellan 12 och 35 minuter. Intervjuerna spelades in på två olika inspelningsbara enheter för att undvika förlust av material till följd av tekniska problem. Ljudfilerna förvarades i kodade dokument, som makuleras i enlighet med personuppgiftslagen, PUL, SFS (1998:204) efter att uppsatsen godkänts.

Författarna valde att ta med två tillägg som spelats in efter två avslutade intervjuer. Detta gjordes endast då respondenten hade enligt författarna relevant information att tillägga, som inte påverkats av intervjupersonerna genom ledande frågor eller förslag.

Det inspelade materialet transkriberades ordagrant med undantag för identifierande information som exempelvis namn, dessa sattes inom #... # och byttes ut mot neutrala benämningar, för att inte riskera att röja respondentens identitet.

Dataanalys

Det inspelade materialet från intervjuerna transkriberades löpande efter varje enskild intervju, och granskades upprepade gånger av båda författarna för att skapa en helhetsbild av materialet. Analysenheterna delades sedan in i meningsbärande enheter med konstellationer av ord eller uttalanden som relaterade till varandra genom sitt innehåll och sammanhang (Graneheim & Lundman, 2004). Indelningen av de meningsbärande enheterna granskades noggrant och enskilt av varje författare, för att sedan jämföras och se om indelningen överensstämde med varandra. Som nästa steg i analysprocessen minskade författarna textmängden genom en kondensering av de meningsbärande enheterna. Detta gjordes med hjälp av manifest innehållsanalys för att inte förlora kärnan av innehållet. Talspråk utan innebörd sållades bort och det som direkt uttrycktes sparades. För att belysa den underliggande meningen i den kondenserade texten gjordes ytterligare en kondensering av de meningsbärande enheterna, men denna gång med tolkning. Detta framhävde det latent innehåll i analysenheterna (Graneheim & Lundman, 2004). De första tre intervjuerna granskades tillsammans med handledaren. Kodord lades till för att underlätta indelningen i underkategorier och kategorier Graneheim och Lundman (2004). När alla intervjuer kondenserats, tolkats och kodats reflekterade författarna tillsammans över materialet för att komma fram till underkategorier. Enligt Graneheim & Lundman (2004) ger dessa underkategorier en beskrivande bild av innehållet, en abstraktion av analysenheten.

Kodorden, underkategorierna och kategorierna ordnades i en tabell (Bilaga 2) enligt Graneheim & Lundmans (2004) för att skapa en översikt. Innehållsanalyserna färg kodades i enlighet med tabellen (Bilaga 2) för att göra materialet lätt överskådligt. För att testa relevansen av kodorden och underkategorierna granskades och jämfördes sammanställningen av dessa både av handledare och författarna mot de transkriberade dokumenten (Graneheim & Lundman, 2004). Genom hela processen för innehållsanalys gick författarna fram och tillbaka

mellan delarna och helheten av analysenheterna, för att kunna förena underkategorier till kategorier. En slutlig reflektion gjordes av författarna, med stöd av handledaren. Denna gång över relevansen mellan kategorierna och helheten i analysenheterna, för att bekräfta att rätt underkategorier och kategorier valts i enlighet med Graneheim & Lundmans (2004) metod. En sista kritisk granskning av resultatet gjordes innan resultatet fastställdes (Polit och Beck, 2008).

Tabell 1: Exempel på tillvägagångssättet i innehållsanalysen.

Meningsbärande enhet	Kondensering av meningsbärande enhet	Kondensering med tolkning	Kodning	Under kategori	Kategori
vi pratar mycket om relationen till sig själv, hur den påverkar relationen till andra. Som sen i sin tur kan påverka.. vårt sätt att agera. Tillexempel inom sexualiteten. Men det genomsyrar ju hela livet. É vi gó vän med oss själv och tycker om oss själv så är det enklare att tycka om varandra och då är man ju mer försiktig. Så i grund och botten handlar det ju om att ha en god relation med sig själv. Och ha respekt för sig själv.(Bm, intervju 3)	relationen till sig själv, påverkar relationen till andra. påverka.. vårt sätt att agera. tycker om oss själv så är det enklare att tycka om varandra och då är man mer försiktig. handlar om att ha en god relation med sig själv. Och ha respekt för sig själv.	Om man ha en god relation till sig själv och andra så påverkar det hur vi agerar och om vi är försiktiga.	Relationen till sig själv Relationen till andra Relationer Självkänsla	Perception av sig själv	Skydds-faktorer
... man kan kanske så ett såhär litet frö hos varje person, hur kan du göra för att inte utsätta dig för risk nästa gång? Så får den personen tänka på det liksom. . sen e det, brister, ja , nej, men det finns massa brister i detta, verkligen, det är ett stort samhällsproblem (Bm, intervju 6)	så ett litet frö hos varje person, hur kan du göra för att inte utsätta dig för risk nästa gång? Så får personen tänka på det. det finns massa brister, det är ett stort samhällsproblem	Sexuella riskbeteende är ett samhällsproblem och man bör försöka få individen att själv tänka över sitt beteende.	Låta individen tänka själv Uppmuntra individen till egenansvar Samhällsproblem	Ansvar	Åtgärder vid bristande preventionsarbete

Forskningsetiska avvägningar

Författarna följde en god forskningsetik enligt SOU 1999:4, med utförande efter informerat samtycke, konfidentiell behandling av det insamlade materialet samt genom att inte använda materialet i felaktigt syfte (Fejes och Thornberg, 2011). Det tänkta tillvägagångssättet i studien granskades av Vårdvetenskapliga Etiknämnden, VEN innan författarna påbörjade studien. I valet av frågor till intervjuguiden vägdes risker mot kunskapsvinster så att människovärdet och integritet hos respondenten skyddades ytterligare (Regeringens proposition 2002/03:50). I informationsbrevet till verksamhetschefen preciserades vad det innebar för respondenten att vara med, förklaring av syftet samt varför studien skulle kunna vara till nytta för det framtida kliniska omvårdnadsarbetet.

Informationsbrevet innehöll även urvalet som studien avsåg, med vilka metoder som användes, samt att tystnadsplikt rådde. Intervjuer utfördes endast med samtycke från informanten enligt lagen om etikprövning av forskning (2003: 460). Vidare tog författarna hänsyn till risker, sårbarhet, anonymitet kring nämnd data och respondentens rätt att avstå från frågor eller deltagande när som helst under intervjustudien, samt rätten att avbryta pågående intervju (Trost, 2010). Information kring hur resultatet tänkt spridas och användas gavs till respondenten (PUL, SFS 1998:204). Upplysningar om kontaktperson för intervjustudien och dess tillgänglighet ingick i den givna informationen enligt riktlinjer från VEN (Medicinska fakulteten, 2012). Allt material från intervjuerna och respondenternas samtycke förvarades så att endast författarna hade tillgång till det.

Resultat

Studien omfattade 14 intervjuer med tre sjuksköterskor och elva barnmorskor från mottagningar för sexuell hälsa inom Region Skåne, i sju olika städer i Skåne. Tre män och elva kvinnor deltog. Samtliga respondenter hade en grundutbildning som sjuksköterska, en del hade även tidigare erfarenhet som undersköterska. Erfarenheterna inom vården var mångfacetterade, både till antalet år och antalet arbetsplatser. Tre respondenter tog spontant upp erfarenheter av vårdarbete utanför Sverige, och en rad andra vidareutbildningar beskrevs. Erfarenheterna av sexualitet och reproduktiv hälsa speglas utifrån en rad vidareutbildningar,

antingen finansierade av arbetsplatsen eller på egen bekostnad. Exempel på vidareutbildningar som togs upp var andrologi, sexologi, smittspårning, sexualitetens historia och motiverande samtal (MI). Sjuksköterskornas och barnmorskornas preventionsarbete mot sexuella riskbeteenden bedrivs utifrån olika metoder, relaterat till deras olika arbetslivserfarenheter, intresse och kunskapsnivåer.

“... vi har ju en grundutbildning och sen blir det lite vad vi själv gör det till. Nu har vi ett starkt intresse på den här mottagningen för preventionsarbete...” (Bm, intervju 3)

Fyra övergripande kategorier formades under innehållsanalysen: riskfaktorer, skyddsfaktorer, preventionsarbete och åtgärder vid bristande preventionsarbete, vilka tillsammans belyser respondenternas uppfattning kring sexuella riskbeteenden. De olika underkategorierna och kategorierna belyses ytterligare med hjälp av citat från intervjuerna. I citaten står förkortningarna bm för barnmorska och ssk för sjuksköterska.

Tabell 2: De valda kategorierna och underkategorierna.

Sjuksköterskor och barnmorskors uppfattning om sexuella riskbeteenden				
Kategorier	Riskfaktorer för STI	Skyddsfaktorer	Preventionsarbete	Åtgärder vid bristande preventionsarbete
Under-kategorier	Sexuella riskbeteenden	Perception av sig själv	Befintligt preventionsarbete	Ge mer information
	Psykiska besvär	Ett sunt förhållningssätt hos individen	Viktiga målgrupper för preventionsarbete	Ha bättre kontinuitet
	Karaktär		Bristande preventionsarbete	Ha ett gott bemötande
	Levnadssätt	Ta ansvar		
	Riskgrupper	Öka resurserna		

Riskfaktorer

Sexuella riskbeteenden

Att ha ett sexuellt beteende uppfattades som en risk i sig att drabbas av STI. Dock framkom det att sexuella riskbeteenden främst föreligger när en person har oskyddat sex. Detta definierades oftast genom att individen på olika sätt utsätter sig för smitta, vanligast genom att inte använda kondom eller annat preventivmedel. Till detta räknades även de tillfällen då

kondomen gått sönder eller glidit av. Det framkom även att ett sexuellt riskbeteende föreligger vid analsex, eller vid sexuell kontakt med en person som inte testats för smitta.

“... vid analsex så är smittspridningen mycket, mycket större. Man har mycket mer kärl och så i tarmen och så, det är ett stort område, så får man in virus och bakterier där, så är upptaget liksom stort” (Bm, intervju 6)

Ett sexuellt riskbeteende ansågs även vara då en individ genom oskyddat sex, får återkommande smittor av STI, såsom klamydia eller drabbats av oönskad graviditet.

Psykiska besvär

Med psykiska besvär menades att en individ inte är rädd om sig själv, eller om andra. Detta innebär att det tas onödiga risker, som leder till att man riskerar sin mentala hälsa. Att må psykiskt dåligt ansågs öka risken för att använda sex på ett sätt som skadar den egna individen.

“... ett riskbeteende är ju inte bara att få könssjukdomar, det är framförallt att sarga sin själ, skulle jag vilja säga. Och det är ju en hel del som jag möter som använder sexualitet för att få bekräftelse, till att bli någon, att vara någon. Att vara viktig för någon, åtminstone för en stund”.
(Bm, intervju 3).

Att ha sex mot sin vilja, eller att individen är otrygg i ett förhållande, uppfattades också öka risken för sexuella riskbeteenden. Otrygghet belystes genom en uppfattad rädsla för att ställa frågan om kondom och att stå på sig gällande kondomanvändning. Detta kunde då leda till att skydd inte alls används och att individen utvecklar en stor oro för konsekvenserna, exempelvis risken för att ha smittats av en STI. Upplevelsen var även att många unga har sex med flera olika partners samt att partnern ofta är okänd. Ovissheten kring sexualpartners, kan ge ökad oro för de sexuella riskerna och leda till att individen mår dåligt över situationen i generella drag. Oro ansågs också kunna speglas genom en överdriven rädsla att drabbas av STI och vidtagande av fler preventiva åtgärder än nödvändigt.

“...en sådan kolossalt överdriven rädsla, de finns ju dom också, de lite överdrivna. Man använder dubbla kondomer o man har skyddat sig på alla sätt och vis men ändå är man jätte livrädd för att man kan ha fått HIV.”
(Ssk, intervju 9).

Karaktär

Samhället uppfattades forma normer som påverkar fördomar kring av vad som är normalt sex och vilket typ av sex som är acceptabel. Synen på sex såg därför olika ut beroende av ålder, kön, mognad och livserfarenhet. Sex ansågs idag vara mer lätt åtkomligt och öppet, där de klassiska sexställningarna skuggas av mer avancerat och annorlunda sex. Detta behöver dock i sig inte innebära ett riskbeteende men det ansågs tillsammans med okunskap kunna vara en bidragande anledning till ökade sexuella riskbeteenden.

“...vanlig sex i någon missionärställning, det, det är inte lika vanligt förekommande idag som det var förr. Utan man har mer avancerad sex och det är inte ovanligt att man är mer än två personer när man har sex.”
(Bm, intervju 14).

Bekvämlighet, naivitet och spänningssökande, beskrevs som möjliga anledningar till sexuella riskbeteenden. Dessa kunde också kopplas samman med oförstånd, okunskap, osäkerhet och omognad, vilka alla ansågs innebära en ökad risk för sexuella riskbeteenden. Följaktligen uppfattades detta som bidragande faktorer till en bristande respekt för STI, att individen inte bryr sig, inte tänker efter och därför åsamkar sig smitta upprepade gånger. En överdriven rädsla ansågs också tillhöra ett osunt förhållningssätt, då denna rädsla, exempelvis för HIV kunde medföra att man tar för lätt på andra STI som är mer vanligt förekommande.

“... dom som kommer hit är rädda för HIV, men i själva verket är det klamydia dom borde vara rädda för, för de, det som finns, det är det man kan bli steril av, och det har stora konsekvenser för en. [...] vi ställer frågan till alla, har du haft någon könssjukdom tidigare? Jag har bara haft klamydia..., det är ju inte så bara.” (Bm, intervju 6)

Levnadsätt

Upplevelsen var att det sexuella riskbeteendet påverkas av i vilket land och var i landet individen bor, samt om denne bor på landsbygden eller i en större stad. Det ansågs även att den socioekonomiska bakgrunden ger upphov till olika typer av sexuella riskbeteenden. Det framkom att sättet individer lever på är starkt förknippat med sexuella riskbeteenden. Sexuella kontakter i samband med utlandsresor upplevdes medföra ett ökat sexuellt riskbeteende samt att risken att drabbas av STI är större vid sexuella handlingar utomlands.

“Så de flesta som smittas av HIV eeh det är ju just utomlands då som, som smittan... de har ju varit just i Thailand på semesterresor och det är där man smittas.” (Ssk, intervju 9).

Andra levnadssätt som beskrevs öka det sexuella riskbeteendet är missbruk, prostitution samt att ha nya, tillfälliga eller många olika partners. Att ha sex med en okänd person eller med en person av samma kön inkluderades också. Mer lösa förbindelser, så kallade knullkompisar ansågs vara ett sexuellt riskbeteende som speglar den lättillgänglighet som finns, att ta kontakt med människor via sociala medier. Alkoholkonsumtion och fester är andra faktorer som uppfattades ge ett sexuellt riskbeteende, på grund av en försämrad omdömesförmåga och försummande av riskerna.

“ ... man kan ha en kompis bara för att... ligga med, utan att vara tillsammans. [...] och sen är tjejer med tjejer, och killar är med killar... ” (Bm, intervju 14).

Ett sexuellt riskbeteende som belyses som allmänt förekommande i alla åldersgrupper är otrohet. Spänningssökande, behov av bekräftelse och något mer än det befintliga uttrycktes som bakgrundsfaktorer till detta riskbeteende.

Riskgrupper

Det upplevdes att det sexuella beteendet inte kan ses utanpå individen utan måste kartläggas med hjälp av en sexualanamnes. Endast efter en sådan kartläggning kan det bestämmas om individen kan inkluderas i riskgruppen för sexuella riskbeteenden eller ej.

“... jag brukar säga det... att det står inte i pannan på vem som har klamydia.” (Bm, intervju 3)

“... vilken typ av sex man har haft, och lite med vem och om man själv har uppfattat att man utsatt sig för risk. Så det bygger på den sexualanamnesen...” (Bm, intervju 6)

Det beskrevs att vem som helst som är sexuellt aktiv skulle kunna ha ett sexuellt riskbeteende oberoende av kön, läggning och ålder. En annan uppfattning av riskgrupper utgjordes av en rad mer eller mindre övergripande specifikationer som vuxna, unga, ungdomar och tonåringar. Alkoholpåverkade unga och unga med instabila förhållanden togs upp som två mer specificerade grupper. Det togs även upp att personer nära sin sexdebut befinner sig i en

riskgrupp för sexuella riskbeteenden. Åldersspecifiserade grupper och eventuella skillnader mellan könen nämndes samt att intellektet hade betydelse för om man befinner sig i en riskgrupp.

“... tyvärr är det nog så att de här unga flickorna som är lite svagbegåvade som har gått på särskola...” (Bm, intervju 10).

Det beskrevs att den sociala statusen har en betydande roll för risken att utveckla ett sexuellt riskbeteende, där lågutbildade, socialt eller ekonomiskt utsatta ansågs vara mer benägna att utveckla ett riskbeteende. Homosexuella män ansågs utgöra en särskild riskgrupp relaterat till den ökade risken för smittspridning vid analsex. Personer med psykisk ohälsa och personer med ADHD ansågs också vara riskgrupper relaterat till deras psykologiska status. En yrkesrelaterad riskgrupp som nämndes var prostituerade.

“... egentligen kan man säga att riskbeteenden, det är om man är en man som har sex med andra män. [...] män som har sex med män så är det den stora riskgruppen, så är det ju inom STI.” (Bm, intervju 6)

En riskgrupp grundade sig på individens ursprungsland och var man blev utsatt för smitta. Till denna grupp nämns människor från Afrika, invandrarkvinnor, personer som reser mycket och immigranter från länder där HIV är vanligt förekommande.

Skyddsfaktorer

Perception av sig själv

Relationen till sig själv upplevdes påverka relationen till andra medmänniskor, och att känslor har en stor betydelse i samtliga förhållanden. Kärlek, relationer, självkänsla och kroppsuppfattning nämndes som viktiga delar inom sex- och samlevnaden, då sexualitet ansågs som mer än bara ett penetrerade samlag.

“... för då tänker man att sexualitet är det penetrerande sex, samlag, är det, det man vill prata om då? Hur man ser ut i underlivet, hur en penis ser ut och så. Utan, asså, tänker att det är så himla mycket mer med relation och kärlek, självkänsla, kroppsuppfattning.” (Bm, intervju 6).

Ett sunt förhållningssätt hos individen

En sund inställning till sex beskrevs som kännedom om preventivmedel och hur man använder dem vid sexuella kontakter. Även smittestning efter oskyddat sex för att inte riskera att föra smittan vidare inkluderades i ett sunt förhållningssätt beroende om anledningen var lättja, glömska eller ett misstag. Att ha respekt för riskerna vid sexuella riskbeteenden beskrevs som att hänsyn tas till riskerna och att individen därigenom tar ansvar för sina handlingar.

“... man gör vad man kan för att skydda sig, helt enkelt. Eeh och, och man är medveten om att det finns sjukdomar och har det då misslyckats, att kondomen har gått sönder eller den har glidit av, så kommer man och testar sig. Och då tar man ju liksom också ett ansvar. Och man liksom går och testar sig innan man har sex med någon annan för att då inte man ska sprida det vidare om man nu har smittats och så. Det tycker jag är liksom en sund inställning, till det hela.” (Ssk, intervju 9)

Preventionsarbete

Befintligt preventionsarbete

Det befintliga preventionsarbetet beskrevs bestå av olika typer av förebyggande åtgärder. Huvudsakligen menades att preventionsarbetets fokus ligger på det dagliga arbetet med de individer som söker hjälp eller information kring sexuella riskbeteenden. Tyngdpunkten ansågs även ligga på att identifiera levnadssätt och eventuella riskbeteenden. Detta görs genom frågor kring hur individens förhållanden och liv ser ut, hur de ser på sexualitet, vad de vet om ämnet sedan innan och vilka problem de själv tycker att de har. Dessa frågor ligger som grund för att kunna specificera undersökningar och bemöta individerna på rätt nivå.

“Att man frågar, vad vet du om det här? Vill du veta mer? Har du hört någonting? Så att dom får det på den nivån dom vill ha det. Och sen så, för att det vet vi att är dom inte intresserade av informationen, så går dom ju bara ut igen. Du måste vara redo för att ta emot.” (Bm, intervju 4)

Preventionsarbete beskrevs handla om spridning och förmedling av olika typer av kunskap och information gällande sexuella riskbeteenden. Fokus belystes ligga på information om

sexualitet, STI, preventivmedel, kondomanvändning och andra preventiva metoder. För att en individ ska kunna fatta kloka beslut poängterades det att individen måste ha kunskap om och veta hur saker fungerar, i relation till sexuella riskbeteenden. Vidare poängterades vikten av att belysa det positiva med sexualitet och inte bara se riskerna och farorna kring det.

“Att det inte bara är tabu, utan att också kunna visa på allt det man kan göra, och allt det som är positivt och bra, och ändå hålla liv i det att, sexualitet är nånting som är normalt, bra och positivt [...] att dom ser det som nått positivt nått som är bra och roligt, men som man ändå måste ha, ja, så att man vet hur man ska sköta det på bästa sätt ändå.”

(Bm, intervju 10)

För- och nackdelar med vilken typ av information och hur denna information ges beskrevs genom en rad olika metoder för informationsförmedling. Envägskommunikation i form av klassiska föreläsningar ansågs vara den vanligast förekommande metoden ute i samhället. Föreläsningar tillsammans med värderingsövningar beskrevs vara den vanligaste sex- och samlevnadsundervisningen i grundskolan. Vid besök på mottagningarna nämndes dialoger och motiverande samtal med möjlighet till reflektion hos individen, som vanligast men envägskommunikation förekommer även där. Med preventionsarbete mot sexuella riskbeteenden avsågs att vara ute i samhället, synas och finnas tillgänglig för människor. Detta beskrevs fungera bäst genom samarbete mellan olika vårdinstanser, professioner och skolan, men också genom att finnas på många arenor i samhället. Det ansågs att skolan har en stor roll i preventionsarbetet eftersom det är inskrivet i läroplanen att information kring sexualitet och hälsa ska ingå i samtliga ämnen. Det nämndes även att det i dagens samhälle är viktigt att ta hjälp av internet och annat befintligt material, exempelvis broschyrer, för att få en bredare informationsspridning.

“Klamydiatest på nätet, och det är jätteviktigt och det försöker vi verkligen, liksom, vi vill ju att många ska testa sig.” (Bm, intervju 6)

Sammanfattningsvis ansåg respondenterna att det är viktigt att vara öppen i mötet med människor när det gäller deras sexuella hälsa samt att vara frikostig med preventionsmedel, såsom p-piller och kondomer, likaså med provtagning och smittspårning. Det ansågs viktigt för att kunna nå så många som möjligt.

Med egenansvar menades det att individen själv ansvarar för en del i preventionsarbetet mot sexuella riskbeteenden och den egna hälsan. Det handlar om att individen själv väljer med vem, hur många och hur ofta man har sex. Detta innebär då också att individen ansvarar för konsekvenserna av sitt handlade, genom att tänka två steg längre gällande hur mycket man är villig att chansa. Det togs även upp vikten av att tänka på andra i samband med sexuella beteenden och att tänka efter innan man utför en sexuell handling.

Viktiga målgrupper vid preventionsarbete

Preventionsarbete vid sexuella riskbeteenden och undervisning om sexualitet uppfattades främst riktas till målgruppen åttonde- och niondeklassare, i åldrarna 13-15 år. Det nämndes också att vissa kommuner ger information till yngre ungdomar, innan de fyllt 13 år. Det uppfattades även att en del kommuner ger information om sex- och samlevnad kontinuerligt till samtliga årskurser på gymnasiet. Respondenterna ansåg att ungdomar mellan 13 och 20 år var den viktigaste målgrupperna inom preventionsarbete kring sexuella riskbeteende.

Bristande preventionsarbete

Informationen rörande sexualitet och prevention ansågs i samtliga intervjuer vara bristfällig. Det kunde handla om brister i själva informationen, sättet att hantera och framföra informationen, eller att det ges olika information kring samma fenomen. Att rikta, anpassa och nå ut med information upplevdes vara svårt, då ungdomarna utvecklar intresse och mognad för sex och samlevnad vid olika tidpunkter. Svårigheterna med att nå ut uppfattades även bero på resursbrister relaterat till tid, pengar eller utbildning. Det upplevdes även att bristande ekonomiska insatser bland annat leder till att mer personal inte kan anställas, vilket i sin tur minskar möjligheterna att vara ute bland framförallt ungdomar i samhället och på skolor. Ungdomsmottagningarnas geografiska placering och antal nämndes ha en negativ påverkan vid nedskärning av resurser som resulterar i sammanslagningar mellan mödrahälsovård och ungdomsmottagningar. Fördelningen av dessa resurser upplevdes som orättvis då man inte rådgjort med mottagningarna, eftersom toppstyrande ansågs hindra möjligheterna för gott ett preventionsarbete.

“Inte från våran sida, utan det är ju att högre uppsatta tjänstemän har bestämt att det ska va såhär, utan överhuvudtaget diskutera med oss. . . förmodligen inte med ungdomsmottagningen heller, utan dom har bara lagt det här, såhär ska det va” (Bm, intervju 4).

Andra brister som nämndes var problem att samarbeta med högstadieskolor, och skolornas svårigheter att integrera sexualiteten i samtliga ämneskategorier, som det står inskrivet i den nya läroplanen att de ska göra. Denna bristande sex- och samlevnadsundervisning i skolorna och i hemmen ansågs ge kunskapsbrister hos målgruppen vilket försvårar vidare preventionsarbete i samhället mot sexuella riskbeteende. Bristerna uppfattades bero både på kunskapsbrist hos informationsgivaren, för lite information, felaktig information, dålig kontinuitet i informationsflödet samt på att fokus kring sex- och samlevnad endast ses ur det biologiska perspektivet.

“Men liksom typ sex och samlevnad, eller vad man kallar det för, men det kan ju handla om alla möjliga saker kanske, från grundskolan, att det handlar om kärlek, och relationer, och sex, och preventivmedel, och könssjukdomar, och, ehmm, ja. Alltså det har ju inte bara att göra att skydda sig för vid sex, utan även om relationer om kärlek. “
(Bm, intervju 5).

Det nämndes även att fokus kring sexualitet oftast endast riktas mot riskerna och att man inte pratar tillräckligt kring det positiva med sexualitet. Detta förklarades med att sexualitet fortfarande ses som lite av ett tabubelagt ämne, något som gör att individen inte vågar prata helt fritt kring det.

“ . . . jag tänker att sexualitet är en så stor del av en människas liv, det är liksom allt i en människas liv. Det är så jättestor del av en människas liv så att det inte, att man inte pratar mycket, mycket, mycket mer är väldigt konstigt.” (Bm, intervju 6.)

Bristerna i preventionsarbetet förklarades med stress på arbetsplatsen, då man upplever otillräcklighet, vilket kan leda till att man ser mellan fingrarna kring vissa av patienternas problem, för att det inte finns tillräckligt med tid eller resurser att ge den hjälp och behandling som behövs. Rädsla att prata om sex eller att ta upp kondomanvändning vid sexuella kontakter berördes också som brister, eftersom det sexuella riskbeteendet på grund av detta ansågs vara större. Kondomanvändning belystes som något positivt, men att det inte pratas tillräckligt omkring det, utan endast ges information om att kondom är ett bra preventivmedel. Ett allt för stort informationsflöde och de olika informationskällornas pålitlighet ansågs

oroväckande eftersom detta kräver prioritering och ett kritiskt granskande förhållningssätt hos individen. Internet nämndes som en sådan ibland mindre trovärdig källa, som kräver källkritiskt granskande av läsaren.

Åtgärder vid bristande preventionsarbete mot sexuella riskbeteenden

Ge mer information

Ett återkommande åtgärdsförslag genom samtliga intervjuer var att ge mer information. Informationen skulle helst komma från många olika informationskällor, men framförallt från ungdomsmottagningen och ges med hjälp av olika informationsmaterial. Informationen ansågs behöva vara mer riktad, anpassad och beröra ämnen som sexuella risker och olika typer av prevention. Vikten av att uppmuntra till användning av dubbla preventivmedel nämndes, då enbart p-piller inte skyddar mot STI samt att kondomen kan gå sönder eller glida av vilket kan leda till oönskad graviditet. Att informera om känslor och den psykosociala sexualiteten beskrevs även som en viktig åtgärd för att poängtera att sexualitet handlar om mer än bara penetrerande samlag.

“... att påminna ungdomarna att det är inte, sexualitet är inte bara lika med samlag o att hur viktigt det är att vi faktiskt inser att det är helt okej med annan typ av närhet också. Att det behöver inte sluta i ett samlag.”
(Bm, intervju 3)

Ytterligare en åtgärd som nämndes var att ge föräldrarna mer information om hur de skulle kunna prata om sexualitet och prevention med ungdomarna. På så vis får ungdomarna ytterligare en informationskälla.

Ha bättre kontinuitet

Fortlöpande sex- och samlevnadsundervisning på skolorna, från det tidiga mellanstadiet ända fram till slutet av gymnasiet, uppfattades som en bra investering för ett bättre preventionsarbete. Kontinuitet och upprepad information upplevdes även behövas på andra platser i samhället. Detta för att människor ska bli mer bekanta med ämnet sexualitet, men även för att bibehålla ett intresse för att söka mer kunskap och bli påmind om riskerna och preventionen.

Ha ett gott bemötande

Att vara observant, lyhörd och ödmjuk i bemötandet av människor ansågs vara en betydande del i preventionsarbetet för att skapa en trygghet i samtalen. Det upplevdes även viktigt att våga ställa frågor kring bakgrund och levnadssätt, samt att ta reda på vilka förkunskaper individen har. Vikten av att våga jobba med olika känslor hos individen påtalades också.

“De ska känna att det är en öppen miljö, och de ska känna att det är okej att fråga [...] det är viktigt. Trygghet.” (Bm, intervju 14).

Skrämseltaktik nämndes som ett sätt att bemöta individer som inte inser allvaret med STI och därför inte förstår att deras beteende innebär en sexuell risk. På samma sätt ansågs avdramatisering kunna användas i mötet med individer som har en överdriven rädsla för STI och sexualitet. Det upplevdes att dagens mångkulturella samhälle skapar språk- och kulturskillnader som ibland försvårar och försämrar preventionsarbetet. Därför ansågs det att det behövs ett större mångkulturellt stöd med fler insatser för att hjälpa immigranter att lära sig det svenska språket och kulturen. Att ha en god människosyn uppfattades som viktigt och att det är av stor vikt att alla patienter som söker vård skall ha samma rättigheter och få tillgång till samma behandling och vård. Kön, ålder, läggning, bakgrund och ursprung ska inte ha någon betydelse för vilka undersökningar och behandlingar som erbjuds. Det beskrevs att individen, i enighet med detta, alltid ska ses utifrån sin helhet och det ska tas i beaktning i vilket sammanhang besöket görs.

Ta ansvar

En del skilda uppfattningar fanns kring vem som bär ansvaret för åtgärderna av ett bristande preventionsarbete mot sexuella riskbeteenden. Dels ansågs det att ansvaret ligger på skolan, då undervisning i sex- och samlevnad ingår i läroplanen, och att lärarna därför bör lägga större vikt på detta. Samtidigt menades det att ungdomsmottagningarna ska ta ett större ansvar att nå ut med informationen kring sexualitet, risker och prevention, eftersom detta ingår i deras uppdrag. Det påpekades även att ansvaret ligger hos den enskilde individen, framförallt eftersom individen själv har det slutgiltiga ansvaret för sina handlingar.

“... jag skulle vilja önska att ungdomar bli lite bättre på, det är ju då att man ansvarar, tar lite ansvar för sin hälsa på nått sätt...” (Ssk, intervju 7).

Detta egenansvar beskrevs som att individen ska överväga möjliga konsekvenser för sin handling, samt tänka på att det sexuella beteendet påverkar fler än individen själv. Egenansvaret ansågs även behöva uppmuntras mer av skolorna och på mottagningarna, genom att individen uppmanas att tänka själv. Eftersom STI och dess konsekvenser ansågs vara ett samhällsproblem nämndes det att ett visst ansvar för preventionsarbetet vilar på politikerna. Politikernas ansvar berör framförallt prioriteringar i samhället och fördelningen av resurserna, vilka är två faktorer som upplevdes viktiga för att kunna utföra ett tillräckligt bra preventionsarbete.

Utveckling av ett bättre samarbete generellt mellan olika instanser och professioner nämndes även som en åtgärd mot det brisande preventionsarbetet. De samarbeten som berördes var styrande politiker och vårdenheter, ungdomsmottagningar och skolor samt skolor och föräldrar. Vikten av att inte ge upp preventionsarbetet, trots att resultatet inte alltid syns direkt, påpekades också som en viktig åtgärd. Ett sådant engagemang i arbetet upplevdes kunde skapa ett förtroende mellan individen och vårdaren, vilket ansågs vara av stor vikt i preventionsarbetet av sexuella riskbeteenden.

“Sen tror jag på att det här med att få förtroende, att de är A och O, tror jag också. [...] mellan den som delar ut informationen, eller som sitter och informerar, som har det här mötet, eller som har den här näramötet med den som kommer...” (Bm, intervju 10)

Öka resurserna

Oavsett om det med resurser menades pengar, personal, material eller tid, så var behovet av ökade resurser den mest nämnda åtgärden vid bristande preventionsarbete mot sexuella riskbeteenden.

“...tiden finns ju inte riktigt, asså, eeh, ja vi är fyra barnmorskor och man är ju fullbokad med gravida och vi har ju vår... två timmar med tonåringarna på tisdagar så att det, det är ju lite svårt att hinna med.” (Bm, intervju 2).

Ökade ekonomiska insatser ansågs kunna ge mer personal, och mer utbildning för personalen vars kunskap kring prevention då skulle kunna öka. Psykoterapiutbildning föreslogs som en specifik åtgärd, då denna utbildning upplevdes kunna förbättra preventionsarbetet genom möjligheten att fånga fler personer med sexuella riskbeteenden som grundas på psykiska

besvär. Ökad kunskap hos lärare och föräldrar ansågs ge en ökad tillgänglighet och synlighet samt medföra möjligheten att nå fler individer, på fler platser.

“...mer kunskap för att utveckla.. för det här är ju väldigt brett. Vi jobbar ju egentligen så.. väl.. ja, preventiv ja, STI, ja. Men så mycket mer runt omkring... Om man vill. Om man ser. Om man har lust. Jag kan sitta här och bara skriva p-piller, ta blodtryck och vikt. [...] Men det är så våldsamt mycket mer... Om du bara öppnar ögonen och öronen. (Bm, intervju 3)

En ökad ekonomisk insats menades kunna förbättra spridningen, placeringen och antalet ungdomsmottagningar vilket därmed ökar tillgängligheten för ungdomarna. Mer tid till personalen upplevdes kunna öka möjligheten för både ungdomsmottagningarna och barnmorskorna att vara ute mer i skolorna och på andra arenor, vilket också leder till större synlighet i samhället och möjlighet att nå ut till fler. Ett ökat utbyte av erfarenheter mellan olika professioner och instanser ansågs ytterligare en åtgärd som förslag. I denna åtgärd nämndes även att man borde utnyttja befintliga material, riktlinjer och resurser på ett mer effektivt sätt.

Diskussion

Diskussion av vald metod

Författarna ansåg att valet av yrkesverksamma sjuksköterskor och barnmorskor som inklusionskriterier för intervjustudien var lämpliga, då arbetsfördelningen på samtliga mottagningar för sexuell hälsa fördelades mellan dessa två professioner. Om ett särskilt intresse för sexuella riskbeteenden fanns hos någon av respondenterna kan detta ha påverkat resultatet genom respondentens förförståelse, vilket var något som inte kunde påverkas av författarna. Antalet intervjuer i studien var av lämplig storlek för att få en relevant textmassa till innehållsanalysen, då intervjustudier med öppna frågor bör vara mellan 10 och 20 intervjuer (Danielson, 2013).

Närvaron av båda författarna under samtliga intervjuer stärker giltigheten i det insamlade datamaterialet (Polit & Beck, 2008). Författarna använde sig själva som forskningsinstrument

vid mötet med respondenten, och hade under intervjuerna ett öppet förhållningssätt där stor vikt lades vid att vidhålla objektivitet och undvika ledande frågor. Dock var författarna enligt Polit & Beck (2008) medskapare av texten vid den kvalitativa intervjustudien och resultatet kan därför ej ses ur ett helt objektiva perspektiv. För att öka tryggheten hos respondenterna fick de välja plats för intervjun, vilket i samtliga fall blev i anslutning till arbetsplatsen. En nackdel med att utföra intervjuerna i anslutning till arbetsplatsen var att akuta patientfall inkom vid två tillfällen vilket medförde avbrott i intervjuerna. Två respondenter uttryckte även att de kände sig stressade relaterat till tidsbrist i samband med intervjuerna. Trots dessa avbrott och den upplevda tidsbristen ställdes alla frågor ur intervjuguiden till respondenterna i samtliga intervjuer. Dessa olägenheter hade kunnat undvikas om intervjuerna istället utförts utanför respondenternas arbetstid, dock fanns inget intresse för detta. Respondenterna ombads att avsätta 30 minuter för intervjun, vilket författarna ansåg vara en skälig tid för att hinna besvara frågorna från intervjuguiden. En generell tidsbrist ute i verksamheterna upplevdes som något vanligt förekommande, vilket ytterligare bidrog till den valda tidsbegränsningen. Efter analys av insamlad data ansågs längden på intervjuerna inte vara en avgörande faktor för kvalitén av innehållet, då en kortare intervju kunde ha likvärdig kvalitet som en lång intervju. Om mobiltelefoner satts på ljudlöst, datorskärmar stängts av eller en upptagskylt på dörren kunde använts genom samtliga intervjuer hade eventuellt ”brus”, eller störande moment kunnat undvikas. Förekomsten av ”bruset” uppfattades enligt författarna inte kunna påverka utfallet av intervjustudiens resultat.

Om respondenterna kände sig otrygga, kunde osäkerhet för att utlämna sig medföra att de svarade annorlunda på frågorna. För att undvika ett sådant scenario gavs information om hur intervjun skulle gå till och information om intervjustudien innan själva intervjun startade.

Respondenternas olika bakgrunder upplevdes påverka deras förförståelse och intresse, vilket ansågs kunna leda till att intervjuguidens frågor kunde uppfattas olika. Öppna -, semistrukturerade frågor med spontana följdfrågor valdes för att respondenten skulle få möjlighet att uttrycka sina åsikter (Henricson & Billhult, 2013). Genom följdfrågor kunde intervjun anpassas efter respondenten, så att missförstånd och felaktiga tolkningar kunde undvikas (Polit & Beck, 2008). Respondenterna hade ibland svårt att beskriva sina känslor med ord. Detta förknippades med en allmän svårighet att definiera och beskriva sina känslor samt respondentens vilja att ge “rätt” svar, vilket medförde en viss nervositet uppstod i en del intervjuer. För att skapa trygghet i mötet gavs respondenterna tid att reflektera, och ibland fick

de frågan förklarad på ett annat sätt. Intervjutekniken förbättrades efterhand som fler intervjuer utfördes, då författarna lärde sig anpassa och utveckla intervjun i enlighet med respondenten. Två inspelningskällor användes för att säkerställa att inget material skulle gå förlorat. Detta visade sig vara av stor vikt då det vid fyra intervjuer uppstod tekniska problem med en av inspelningsenheterna.

På grund av den begränsade undersökningsperioden och att studien endast omfattar en liten del av de berörda instanserna inom preventionsarbetet av STI i Sverige bör data tolkas med försiktighet. Resultatet kan förmodligen därför inte appliceras på hela landet eller alla sjuksköterskor och barnmorskor.

Det är av stor vikt att välja den metod som är bäst lämpad att besvara intervjustudiens frågeställning, då metodvalet har en avgörande roll för studiens resultat (Danielson, 2013). Intervjustudien utfördes därför systematiskt med Graneheim & Lundmans (2004) innehållsanalys, då denna på ett överskådligt och strukturerat vis sammanställer och klargör delarna i innehållsanalysen. Valet att genomföra en kvalitativ intervjustudie grundades på viljan att öka förståelsen för ett visst fenomen, uppkomsten av detta, samt vilka avvikelser och variationer som förekommer inom området för fenomenet (Hartman, 2004).

Respondenternas uppfattning av verkligheten hade en stor variation, vilket innebar att en objektiv sanning skulle blivit svår att mäta kvantitativt. Efter avslutade intervjuer diskuterades fenomenet och ämnet sexuella riskbeteenden, och respondenterna kunde då belysa områden som ej uppkommit under själva intervjun. Diskussionerna upplevdes som mycket intressanta, men de ansågs vara påverkade av författarnas uppfattningar och togs därför inte med i analysen.

Under analysprocessen gjordes valet att inte separat analysera mimiken och gester hos respondenterna. Tonläge, gester och mimik togs i åtanke vid transkriberingen, för att minska risken för misstolkning relaterat till stämmningsläget hos respondenten samt att utfallet skulle bli så trovärdigt som möjligt. Under analysprocessen tog författarna i beaktande att det alltid fanns en viss tolkning av analysenheten, som kunde ge flera olika betydelser (Graneheim & Lundman, 2004). Risken för feltolkning har i enlighet med Danielson (2003) beaktats under hela analysen men det var inget som uppfattades ha påverkat det slutliga resultatet. Ett lämpligt underlag för innehållsanalys är ett mättat textmaterial, för att innehållsanalysen skall få trovärdighet (Danielson, 2013). Det insamlade materialet är mättat då de skilda intervjuerna

återkommande belyser fenomenet på ett liknande sätt och gav en helhetsbild av innehållet under analysprocessen (Graneheim & Lundman, 2012). Slutligen anser författarna att de framtagna kategorierna speglar intervjustudiens helhet på ett rättvist sätt.

Diskussion av framtaget resultat

Respondenternas uppfattning om vad som räknas till sexuella riskbeteenden överensstämmer med definitionen i vår bakgrund där det beskrivs som ett beteende förknippat med sociala, ekonomiska eller biologiska faktorer i relation till sexualitet (Janlert, 2000; Riskbeteende, n.d). Intervjustudiens resultat gällande att ett sexuellt risktagande är nära förknippat med andra typer av risktagande och socialt utsatthet stöds av resultaten i UngKAB09, en studie som undersökt ungdomars syn på sexualitet (Heikki Tikkanen, Abelsson och Forsbergs, 2011). Intervjustudiens resultat överensstämmer även med upptäckter av Långström & Hanson (2006) som påpekar att negativa hälsoindikationer påverkar risken att ha ett sexuellt riskbeteende.

Respondenterna i vår studie tog upp sambandet mellan en individs levnadssätt och det sexuella riskbeteenden, vilket även det stöds av Heikki Tikkanen, Abelsson och Forsbergs (2011) upptäckt. Upptäckten visade att de som tar sexuella risker ofta har större erfarenhet av både tidig sexdebut, många partners, sexuella tjänster mot ersättning och sexuella handlingar mot sin egen vilja. Dessa faktorer uppfattades av våra respondenter vara mer vanliga i samband med användningen av alkohol eller andra droger. Dessa samband mellan förekomsten av oskyddat sex och alkohol överensstämmer också med tidigare forskning (Heikki Tikkanen, Abelsson och Forsberg, 2011).

Resultaten gällande hur individen ser på sex samt vilket förhållningssätt individen har till sexuella handlingar och risker, tycks överensstämma med tidigare forskning. Tidigare forskning fann att anledningarna till oskyddat sex ofta beror på att det anses skönare, att p-piller används eller att individen tar för lätt på riskerna att drabbas av smitta (Heikki Tikkanen, Abelsson och Forsberg, 2011). De intervjuade sjuksköterskornas och barnmorskornas uppfattning kring att individer tar för lätt på riskerna kring STI, kan kopplas samman med resultatet i Heikki Tikkanen, Abelsson och Forsbergs (2011) studie, UngKAB09. Majoriteten av deras respondenter uppfattade det mycket allvarigare att drabbas av HIV eller könsherpes än av exempelvis klamydia.

Resultatet i intervjustudien som belyser uppfattningen av att sex har blivit mer lättåtkomligt, öppet, tillåtande och avancerat, vilket bekräftas av tidigare forskningsresultat av Herlitz & Ramstedt (2005). Det är uppmuntrande att jämföra resultatet från intervjustudien med Heikki Tikkanen, Abelson och Forsbergs (2011) då båda resultaten belyser att sexualitet och sexuella handlingar är starkt kopplat till känslor och kärlek. Det kan därför antas att omvårdnadsarbete med sex- och samlevnad inte endast ska beröra individens fysiologi utan även måste ske med ett känslomässigt engagemang (Benner, Tanner & Chesla, 1996).

Tidigare forskning har, i enlighet med studiens resultat påvisat betydelsen av preventionsarbete mot STI. Förvånansvärt nog visade sig få skillnader mellan de utförda preventionsarbeten mot STI och de preventionsarbeten mot STI som enligt lagar, regler och riktlinjer skall utföras (Kompetensbeskrivning för sjuksköterskor, SOS, 2005; Hälso- och sjukvårdslagen, SOSFS 1982:763; Smittskyddslagen, 2004). Detta stärker relevansen av resultatet i intervjustudien som belyser vilka åtgärder respondenterna anser behövs mot bristerna i preventionsarbetet. När det gäller primärprevention som preventivmedel, provtagning, sexualanamnes och information överensstämmer resultaten i intervjustudien med vad tidigare studier påvisat. Samtliga resultat menar att det är av stor vikt att vara frikostig inom samtliga ovan nämnda områden för att ge goda förutsättningar för ett adekvat preventionsarbete mot STI (Ekdahl, 2006; SMI, 2012b).

Generellt sätt i studier finns det en svårighet att förklara varför kunskapen om STI har dåligt inflytande på beteendet. Det skulle dock enligt resultatet i intervjustudien kunna förknippas med att sexualitet ofta är ett tabubelagt ämne som individen inte riktigt vågar prata om, vilket gör att individer istället väljer att prioritera bort det. På ett liknande sätt kan det antas att resultaten som pekar på att åtgärderna är för dåligt riktade och anpassade till målgruppen kan hänga ihop med att spridningen inte minskar. Detta trots att Sverige satsar mer resurser än andra länder på prevention av STI (Socialdepartementet, 2004:13) (SOU) och att befolkningen är välinformerad om STI, dess konsekvenser samt hur man skyddar sig (SMI, 2012b; Andersson-Ellström, Forssman, and Milsom, 1996).

Resultatet i intervjustudien visar att respondenterna uppfattar att de flesta instanser som ingår i preventionsarbetet mot STI toppstyrs av politiker, vilket innebär att beslut ofta tas utan att mottagningarna får uttrycka sin åsikt. En konsekvens av detta kan antas vara felprioriteringar och att resurser inte utnyttjas fullt ut. Samtliga respondenter tar upp behovet av mer resurser

som en åtgärd mot bristerna i preventionsarbetet mot STI. Ytterligare studier med fokus på att undersöka just behovet, fördelningen och styrningen av resurser rekommenderas därför.

Uppfattningarna hos sjuksköterskorna och barnmorskorna anses vara beroende av vilket intresse som finns på arbetsplatsen och hos individen själv. Denna upptäckt kan påverka möjligheterna att utveckla arbetet på mottagningarna i framtiden så att förutsättningarna för ett gott preventionsarbete mot STI blir mer kontinuerligt oberoende var man bor, och vilken mottagning man besöker. I enlighet med Benners omvårdnadsteori är det viktigt att uppdatera sjuksköterskans kliniska kunskap kontinuerligt samt att kollegorna och miljön på arbetsplatsen har en avgörande roll i hur sjuksköterskans utvecklar sina kompetenser. Benner anser även att sjuksköterskans personliga inlärningsstilar och intresse har en avgörande roll i utvecklingen från novis till expert (Uhrenfeldt, 2012). Mer forskning bör därför tillämpas inom det ovan nämnda området i framtiden.

Det finns fördelar med att utnyttja *peer education* tillsammans med kampanjer i media för att ge stor tillgänglighet på information och prevention mot STI (Tyden et al, 1998). Just *peer education* är inget som framkommer i intervjustudiens resultat men förslag om mer information, bättre samarbete och behovet av att synas i samhället tas upp. *Peer education* skulle enligt författarna kunna användas som åtgärd för ovan nämnda faktorer och anses därför vara ett väsentligt ämne för framtida forskning inom preventionsarbete mot STI.

Resultatet som belyser vikten av god människosyn och trygghet i mötet med individer är viktigt ur minst två perspektiv. Dels genom att varje individ är unik och att varje möte har sina unika förutsättningar (Forsberg, 2013; Kompetensbeskrivning för sjuksköterskor, SOS, 2005; Hälso- och sjukvårdslagen, SOSFS 1982:763), men även då omvårdnadsarbete till stor del bygger på att skapa trygghet och ett förtroende mellan vårdgivare och patient (Benner, 1993). Ännu ett viktigt resultat var att det slutgiltiga ansvaret för en individs handlingar ansågs vila på individen själv. SMI (2004) styrker detta genom att belysa individens egenansvar för att hindra spridning av smittsamma sjukdomar. Det mest intressanta med intervjustudiens resultat är att det generellt överensstämmer med Heikki Tikkanen, Abellson och Forsbergs resultat i UngKAB09 (2011), som belyser samma fenomen, dock från ungdomarnas sida istället för vårdprofessionens. Under åtgärder mot brister i preventionsarbetet i intervjustudiens resultat nämns olika instanser som anses bära ansvaret för preventionsarbetet mot STI. Egenansvar tas upp som en stor del tillsammans med skolans

och vårdens undervisning av sex- och samlevnad. Heikki Tikkanen, Abellsson och Forsberg, 2011 styrker detta resultat då de belyser vikten av att stötta unga att utveckla egenansvar för sin sexuella hälsa genom ett hälsofrämjande- och primärpreventivt arbete. En av frågorna som dock måste ställas utifrån dessa resultat är: När anses man gammal nog att ta ansvar för sina sexuella handlingar, och dess konsekvenser? Vidare studier för att kartlägga detta anser författarna behövas.

Slutsats och kliniska implikationer

Utifrån studiens resultat kan det konstateras att det föreligger ett starkt samband mellan sexuella riskbeteenden och den ökade spridningen av STI. De utformade kategorierna i resultatet visar att det finns faktorer som kan utgöra en risk för att drabbas av STI genom ett sexuellt riskbeteende. Resterande kategorier innefattar faktorer som kan verka förebyggande mot STI, vilka består av skyddsfaktorer, det befintliga preventionsarbetet, det bristande preventionsarbetet och förslagna åtgärder mot sexuella riskbeteenden. Utifrån dessa resultat i studien kan följande slutsatser dras: Det finns både risk- och skyddsfaktorer att utgå ifrån i preventionsarbetet mot sexuella riskbeteenden och att det huvudsakligen behövs en förbättring, utveckling och effektivisering av det befintliga preventionsarbetet. Uppfattningen av sexuella riskbeteenden påverkas beroende av vart sjuksköterskan eller barnmorskan arbetar, vilka erfarenheter de har samt hur de är som individer i förhållande till professionen.

Resultatet anses kunna användas som grund för att utveckla nya och/eller förbättra metoder för preventionsarbetet mot STI. Sjuksköterskorna och barnmorskorna kan i enlighet med Benners omvårdnadsteori använda sitt omvårdnadsarbete för att bidra till en bättre och säkrare prevention av STI. De förslag till åtgärder som lyfts fram i resultatet kan spridas och användas som komplement till det befintliga preventionsarbetet mot STI ute på mottagningarna. De brister som belyses kan stödja relevansen till vidare forskning och utveckling inom området sexuella riskbeteenden.

Författarnas arbetsfördelning

Intervjuerna utfördes av en av författarna där den andra ställde följdfrågor. Arbetet med transkriberingen fördelades jämt mellan författarna och det färdigtranskriberade materialet granskades av den andra författaren innan analys påbörjades. Analysprocessen har fördelats jämnt, och likaså färdigställandet av intervjustudien som helhet.

Referenser

- Andersson-Ellström, A., Milsom, I. (2002) Knowledge about the prevention of sexually transmitted diseases: a longitudinal study of young women from 16–23 years of age. *Sex Transm Infections* 78 (5), 339-341. Doi:10.1136/sti.78.5.339.
- Benner, P. (1993). *Från novis till expert: mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet*. Lund: Studentlitteratur.
- Benner, P. Tanner, CA. & Chesla, CA. (1996). *Expertise in nursing practise. Carin, clinical judgement and ethics*. New York: Springer Publishing Company.
- Duffy, M. (2004) I E. Burtney & M. Duffy. (Red.). *Young people and sexual health: individual, social and policy contexts*. Basingstoke: Palgrave Macmillan
- Danielson, E. (2013). Kvalitativ innehållsanalys. I. Henricson, M (red), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad (s.329- 342)*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Ekdahl, K. (2006) I K. Ekdahl & J. Giesecke (Red.). *Smittskyddsbooken*. Lund: Studentlitteratur.
- Ekstrand, M., Engblom, C., Larsson, M., Tydén, T. (2011). Sex education in Swedish schools as described by young women. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care Department of Public, 16(3)*, 210-224. Doi: 10.3109/13625187.2011.561937. Uppsala: Health and Caring Sciences, Uppsala University.
- Fejes, A., Thornberg, R. (2011). *Handbok i kvalitativ analys*. Lund: Studentlitteratur.
- Graneheim, U-H., Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today, 24 (2)*, 105-112. Doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001. Umeå: Departemente of nursing, Umeå University.

- Hartman, Jan. (2004). *Vetenskapligt tänkande*. Lund: Studentlitteratur.
- Heikki Tikkanen, R., Abellsson, J. & Forsberg, M. (2011). *UngKAB09. Kunskap, attityder, och sexuella handlingar bland unga*. (Göteborgs universitet, skriftserien 2011:1) Göteborg: Intellecta Infolog.
- Henricson, M. & Billhult, A. (2013). Kvalitativ design. I. Henricson, M (red), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 129- 137). (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Herlitz, C. (2004) *Allmänheten och HIV/aids Kunskaper, attityder och beteenden 1987-2003*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Herlitz, C & Ramstedt, K. (2005) Assessment of Sexual Behavior, Sexual Attitudes, and Sexual Risk in Sweden (1989–2003) *Archives of Sexual Behavior*, 34 (2), 219-229
Doi: 10.1007/s-10508-005-1799-5
- Jakobsson, U. (2011). *Forskningens termer & begrepp -en ordbok-*. Lund: Studentlitteratur.
- Janlert, U. (2000). *Folkhälsovetenskapligt lexikon*. Stockholm: Natur och kultur i samarbete med Folkhälsoinstitutet.
- Lundman, B. & Graneheim, U.H. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I Granskär, M. & Höglund, B. (red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Läkemedelsverket. (2012) *Frågor och svar om HPV-vaccinering*. Hämtad: 21 oktober, 2013, från läkemedelsverket.se, <http://lakemedelsverket.se/hpvfaq>
- Långström, N., & Hanson, R.K. (2006) High Rates of Sexual Behavior in the General Population: Correlates and Predictors. *Archives of Sexual Behavior*, 35 (1), 37-52.
Doi: 10.1007/s10508-006-8993-y
- Makenzius, M., Gådin, K. G., Tydén, T., Romildx, U & Larsson, M. (2009) Male students' behaviour, knowledge, attitudes, and needs in sexual and reproductive health

matters. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 14 (4), 268–276. Doi: 10.1080/13625180903015871

Medicinska fakulteten. (2013) *Vårdvetenskapliga etiknämnden - ansökan och mallar*. Hämtad 7 oktober, 2013, från: <http://portal.omv.lu.se>

Riskbeteende (n.d) I Nationalencyklopedin. Hämtad 15 september, 2013, från <http://www.ne.se/>

Sexuellt överförbara sjukdomar (n.d) I Nationalencyklopedin. Hämtad 15 september, 2013, från <http://www.ne.se/>

Sexualitet (n.d) I Nationalencyklopedin. Hämtad 15 september, 2013, från <http://www.ne.se/>

Olsson. H & Sörensen. S. (2011). *Forskningsprocessen*. Stockholm: Liber AB.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2008). *Nursing Reserach; Generating and Assessing Evidense for nursing Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Regeringens proposition 2002/03:50. *Etikprövning av forskning*. Stockholm 2003.

Region Skåne (2013). *Primärvården*. Hämtad Februari 7, 2013, från: <http://www.skane.se>

Smittskyddsinstitutet (SMI), (2002). *Epidemiologisk årsrapport*. Hämtad 6 oktober från: <http://www.smittskyddsinstitutet.se>

Smittskyddsinstitutet (SMI), (2012a). *Epidemiologisk årsrapport*. Hämtad 6 oktober från: <http://www.smittskyddsinstitutet.se>

Smittskyddsinstitutet (SMI), (2012b). *Sjukdomsinformation om sexuellt överförda infektioner (STI)*. Hämtad 10 Februari från: <http://www.smittskyddsinstitutet.se>

Smittskyddsinstitutet (SMI), (2012c). *Underlag anslaget 2:5. Insatser mot hiv, aids och andra smittsamma sjukdomar. Redovisning av bidragets användning 2012, uppnådda resultat och behov av framtida förändringar*. Dnr. 301/2013-1.1.

SOSFS 1982:763 (Svensk författningssamling). *Hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 9 oktober, 2013, från <http://www.risksdagen.se>

SOSFS 2003:406 (Svensk författningssamling). *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Hämtad 9 oktober, 2013, från <http://www.risksdagen.se>

SOSFS 2009:400 (Svensk författningssamling). *Offentlighets- och sekretesslagen*: Stockholm: Riksdagen: Hämtad 8 oktober, 2013, från <http://www.riksdagen.se>

SOSFS 1998:204 (Svensk författningssamling). *Personuppgiftslag*: Stockholm: Riksdagen: Hämtad 8 oktober, 2013, från <http://www.riksdagen.se>

SOSFS 2004.168 (Svensk författningssamling). *Smittskyddslag*: Stockholm: Riksdagen: Hämtad 8 oktober, 2013, från <http://www.riksdagen.se>

Socialstyrelsen (SOS), (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Artikelnr: 2005-105-1.

Socialstyrelsen (SOS), (2012). *Provtagning för HIV och andra sexuellt överförbara sjukdomar- ansvar, tillgängligt och sekretess- meddelandeblad*. Hämtad: 7 Februari 2013 från: <http://www.socialstyrelsen.se>

Socialdepartementet (SOU), 2004:13; *Samhällets insatser mot HIV/STI – att möta förändring*; Stockholm 2004

Socialdepartementet (SOU), 199:4; *God sed i forskningen*; Stockholm 1999

Trost, J. (2011). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.

Tyden, T., Bergholm, M., Hallen, A., Odland, V., Olsson, S., Sjoden, P., Strand, A & Bjorkelund, C. (1998) Evaluation of an STD-prevention program for Swedish university students. *Journal of American College Health*, 47 (2), 70-5. Hämtad: 8 Februari 2013 från: <http://ehis.ebscohost.com.ludwig.lub.lu.se>

Uhrenfeldt, L. (2012). Omvårdnadsteori som referensram: i forskning och utveckling. B. Bidstrup Jörgensen & V. Östergaard Steinfeldt (red), *Patricia benners teori som referensram i en undersökning av skickliga sjuksköterskor (s. 158 -178)*. (1 uppl.) Stockholm: Liber.

United nations international children's emergency fund (UNICEF), (2012). *Peer education*. Hämtad: 6 oktober 2013 från: <http://www.unicef.org>

World health organisations (WHO), (2012). *Measurement of and target-setting for well-being*. Hämtad: 10 februari 2013 från: <http://www.euro.who.int>

Intervjuguide

Innan intervjun

- Kort introduktion av oss och studien.

Är det något som är oklart eller som ni undrar över innan vi börjar intervjun?

Bakgrundsfråga

Skulle du vilja ge en kort beskrivning av din utbildningsbakgrund?

Utbildning

Vilken profession

Hur länge

Vilka mottagningar/avdelningar/inriktningar

Områdesspecifika frågor

Vad innebär ordet sexuella riskbeteenden för dig i din profession?

Är det något av dessa sexuella riskbeteenden du upplever att du stöter på mer frekvent i ditt dagliga arbete?

Om någon grupp i samhället skulle vara mer sexuellt risktagande, vilken upplever du att det i så fall skulle vara?

Varför

Vad innebär preventionsarbete vid sexuella riskbeteenden för dig i din profession?

Vad

Hur/utförande

Med vem

Material

Om det finns brister i preventionsarbetet, vilka skulle du anse att de är?

Varför

Vilka åtgärder skulle kunna vara lämpliga för att motverka dessa eventuella brister?

Vilka

Hur/utförande

Med vem

Material