



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Ungdomars tillgång till ungdomsmottagningen under
covid-19-pandemin

Ur barnmorskans perspektiv

Adolescents' access to the youth clinic during the COVID-19
pandemic

From a midwife perspective

Författare: Frida Irving & Emelie Onesti

Handledare: Ingela Sjöblom

Magisteruppsats

Hösten 2022

Lunds Universitet

Medicinska fakulteten

Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa

Box 157, 221 00 LUND

Abstrakt

Bakgrund: Ungdomsmottagningen [UM] arbetar med ungdomsanpassad vård och eftersträvar hög tillgänglighet genom tillgängliga lokaler och en bredd av kontaktvägar så som fysiska besök, internet och telefon. I mars 2020 klassades Covid-19 som en pandemi. Efterföljande restriktioner tvingade UM i region Skåne till förändrad verksamhet; personal fick smittspåra och öppettiderna begränsades, samtidigt som hänvisningar och tjänsten UM online utökades.

Syfte: Syftet var att beskriva barnmorskors erfarenheter och upplevelser av hur covid-19-pandemin påverkat ungdomars tillgång till verksamhet på ungdomsmottagning.

Metod: Enskilda intervjuer med nio barnmorskor som arbetade på UM Skåne under pandemin. Intervjuerna spelades in, transkriberades och analyserades genom kvalitativ innehållsanalys i enlighet med Graneheim och Lundman.

Resultat: I resultatet framkom tre kategorier: *Ungdomar nedprioriterades, Begränsade möjligheter till undersökning och insättning av preventivmedel samt Begränsningarna påverkade fysisk och psykisk hälsa.* UM:s fysiska tillgänglighet minskade kraftigt samtidigt som UM online utökades. Det blev en försämring av ungdomarnas förutsättningar att tillgå långtidsverkande reversibla preventivmetoder, en första gynundersökning på UM, provtagning för sexuellt överförbara sjukdomar samt till att ha känsliga samtal. Vård som tidigare givits på UM hänvisades till andra instanser och utåtriktad verksamhet lades ned. Dessa förändringar tillsammans med ungdomars olika förutsättningar att söka vård ledde till att en del av vården uteblev.

Konklusion: Pandemin innebar en nedprioritering av ungdomars tillgång till UM. En omställning från till stor del fysiska till en majoritet onlinebesök ökade tillgängligheten för vissa men minskade den för många. Tillgång till både fysiska möten och onlinemöten är en förutsättning för att säkerställa tillgängligheten och möta olika ungdomars behov.

Nyckelord

Barnmorska, tillgänglighet, sexuell och reproduktiv hälsa, ungdomar, ungdomsmottagning,

Innehållsförteckning

Problemområde	5
Bakgrund	6
Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter	6
Kompetensområde	6
Ungdomsmottagningarnas verksamhet	7
Barnmorskans arbete på ungdomsmottagningen	7
Smittspridning och skyddsåtgärder	8
Ungdomars tillgång till ungdomsmottagningen	9
Perspektiv och utgångspunkter	9
Begrepp	10
Syfte	10
Metod	10
Urval	11
Instrument	11
Datainsamling	11
Dataanalys	12
Forskningsetiska avvägningar	12
Resultat	13
Ungdomarna nedprioriterades	14
Tillgången förändrades från fysiskt till online	14
Den utåtriktade verksamheten slogs ut	19
Begränsade möjligheter till undersökning och insättning av preventivmedel	20
Preventivmedelförskrivning förändrades	20
Svårare med STI-testning	21
Begränsningarna påverkade fysisk och psykisk hälsa	22
Andra vägar till vård för ungdomarna	22
Ont om kuratorstider	24
Diskussion	25
Metoddiskussion	25
Resultatdiskussion	27
Konklusion och implikationer	32
Referenser	33
Författarnas bidrag	39
BILAGA 1	40
BILAGA 2	41
BILAGA 3	42

Problemområde

Covid-19 klassades av Världshälsoorganisationen [WHO] i mars 2020 som en pandemi. Hela världen, men framför allt sjukvården, uppmanades att förbereda sig för sjukdomen men att inte ta till extrema åtgärder i början av smittspridningen (Folkhälsomyndigheten, 2020). Senare samma år sammanställde United nations population fund [UNFPA] data med slutsatsen att nedstängning av hälso- och sjukvård, otillgänglighet till vårdpersonal som tillhandahåller preventivmedel förväntades påverka kvinnors tillgång till och användning av preventivmedel (UNFPA, 2020). Ett förslag som presenterades i en översiktsstudie i början av pandemin var att möjliggöra tillgång till sexuell och reproduktiv hälsa [SRH] under covid-19-pandemin med hjälp av omorganisering till exempelvis telemedicin (Tolu et al., 2021).

I Sverige undveks total lock down under pandemin och anpassad hälso- och sjukvård under pandemin tros bland annat ha bidragit till att få kvinnor upplevde svårigheter att tillgå preventivmedel (Niemeyer Hultstrand et al. (2022). Statistik från Socialstyrelsen visar dock att förskrivning av långtidsverkande reversibla preventivmetoder [LARC] minskade 2020 och 2021 jämfört med tidigare år bland unga upp till tjugofyra år, både nationellt och i Skåne (Socialstyrelsen, 2023). Ungdomsmottagningens [UM] tillgänglighet ska bl.a. utgå från lättillgängliga lokaler, att man arbetar ungdomsanpassat och många olika kontaktvägar såsom besök, internet och telefon. Barnmorskan på ungdomsmottagningen verkar i genus- och livscykelperspektiv inom SRH kring hälsa, sexualitet och samlevnad (Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar [FSUM], 2018). Effekterna på ungdomsmottagningen [UM] såg under pandemin olika ut men i Skåne skedde en kraftig ökning av besökarantal och väntetider på e-tjänsten UM online, medan fysiska besök hänvisades till andra instanser eller erbjöds på plats om det ansågs nödvändigt. Detta enligt verksamhetschef för UM Skåne vid tidpunkten för intervjun (videointervju, 7 januari 2022).

Den förändrade verksamheten för UM Skåne skedde i linje med rekommendationer och förändringar internationellt under pandemin, däribland förskjutningen till onlinevård. Det saknas i nuläget inblick i hur detta påverkade ungdomarnas tillgång till UM, vilket föreliggande studie ämnar undersöka.

Bakgrund

Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter

Området SRHR grundar sig i FN:s konvention om de mänskliga rättigheterna från 1948, och rätten till hälsa (United Nations [UN], 2021). Guttmacher-Lancet kommissionen för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter med expertis och erfarenhet inom SRHR-frågor grundades i syfte att ta fram en global integrerad definition av SRHR:

sexuell och reproduktiv hälsa är ett tillstånd av fysiskt, känslomässigt, psykiskt och socialt välbefinnande i förhållande till alla aspekter av sexualitet och reproduktion, och inte bara avsaknad av sjukdom, dysfunktion eller skada. Därför bör ett positivt förhållningssätt till sexualitet och reproduktion bekräfta den roll som njutbara sexuella relationer, tillit och kommunikation spelar för självkänslan och det allmänna välbefinnandet. Alla människor har rätt att fatta beslut om sina egna kroppar och ha tillgång till hälso- och sjukvård och andra hälsofrämjande insatser som stödjer den rätten, (Starrs et al., 2018).

Folkhälsomyndigheten skriver i sin rapport att unga löper större risk att smittas med sexuellt överförbara sjukdomar och bli oönskat gravida, bl.a. då de generellt har fler sexpartners och ett större sexuellt risktagarbete. De skriver också att sexualiteten under ungdomsåren har stark påverkan på den sexuella hälsan genom livet (Folkhälsomyndigheten, 2020).

Kompetensområde

Barnmorskan har ett självständigt kompetensområde; reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa, där kunskap om hälsofrämjande och förebyggande insatser samt vårdande och behandlande arbete ingår. Arbetet är brett och inbegriper möten med människor genom hela livet. Primärt vårdar barnmorskan kvinnan och där ingår även barnet och familjen, ungdomar samt äldre kvinnor (Svenska barnmorskeförbundet, 2018). Grunden för barnmorskans kompetensbeskrivning är den internationella etiska koden för barnmorskor som framtagits av International Confederation of midwives [ICM]. Den tar hänsyn till barnmorskans etiska mandat för att upprätthålla sitt professionella ansvar och sina plikter, hur hen arbetar för att säkerställa barnmorskans profession samt uppnå ICMs syften och mål - att stödja kvinnor och

barns hälsa samt välbefinnande inom sina familjer och samhällen (International Confederations of Midwives, 2008).

Ungdomsmottagningarnas verksamhet

UM-verksamheten har funnits i Sverige sedan 70-talet, samma årtionde som abortlagen infördes i Sverige, 1975. Verksamheten är frivillig och finns i hela landet med ca 250 mottagningar. Det saknas i Sverige nationella riktlinjer för UM (Folkhälsomyndigheten, 2019). Thomée et al. (2016) menar att FSUM som upprättades 1988 spelat en nyckelroll i att upprätthålla en nationell struktur. FSUM har ingen beslutsfattande makt i vårdstrukturen, men har som mål att stimulera utvecklingen av UM. UM:s ursprungsidé är "... att erbjuda ett helhetsbemötande med både medicinsk och psykosocial personal i uppdraget att hjälpa unga med frågor och problem kopplade till sexuell och psykisk (o)hälsa." (FSUM, 2018). UM:s målgrupp är unga mellan cirka 12-25 år, med variation mellan regioner och mottagningar (Thomée et al., 2016). På UM kan ungdomar få hjälp med provtagning för sexuellt överförbara sjukdomar [STI], preventivmedelsrådgivning och graviditetstest. I verksamheten har ända sedan införandet även syftet att stötta unga i det psykiska måendet och i ungdomars sexualitet ingått (Folkhälsomyndigheten, 2019). UM samverkar även med socialtjänst och skola, där de gör besök och från vilka de tar emot studiebesök (FSUM, 2018). Verksamheten ska vara lättillgänglig, och bör exempelvis erbjuda drop-in-mottagning, akuta besök och webbplats för en större tillgänglighet (FSUM, 2018). Besöken är gratis (Folkhälsomyndigheten, 2019). Vissa ungdomar uttrycker att UM är en plats för dem som tonåringar (Kånåhols et al., 2011). Landets UM har också en gemensam webbverksamhet (www.umo.se), som finansieras av alla regioner där unga kan hitta sin UM och inhämta kunskap (UMO, 2021).

Barnmorskans arbete på ungdomsmottagningen

Barnmorskan arbetar på UM inom området för sexuell och reproduktiv hälsa [SRH] i ett genus- och livscykelperspektiv som är beskrivet i kompetensbeskrivningen för legitimerad barnmorska. En betydande arbetsuppgift som barnmorskan har på UM är arbetet med antikonception. Vilket innefattar att hålla sig uppdaterad och informera samt förmedla kunskap om indikationer, kontraindikationer och biverkningar för preventivmedel samt förskriva och administrera preventivmedel utifrån den ungas hälso- och livssituation (FSUM, 2018). Arbetet innebär att barnmorskan måste hålla sig uppdaterad i medicinska frågor som

rör SRHR samt vid behov rådgöra med läkaren som är medicinsk ansvarig och andra i arbetsteamet vid behov. Utöver antikonception inbegriper arbetet även utförande av undersökningar, provtagning för graviditet, viss STI-diagnostik, smittspårning vid påvisad klamydia samt bedömningar vid gynekologiska, andrologiska och sexologiska frågeställningar. Vid behov hänvisar barnmorskan vidare till läkare eller annan profession men även andra instanser som vårdcentralen, kvinnokliniken, gynekologmottagningen eller hudkliniken (FSUM, 2018).

Smittspridning och skyddsåtgärder

WHO klassificerade den 11 mars 2020 covid-19 som en pandemi (WHO, 2020). De Campos (2020) beskriver olika definitioner av ordet pandemi:

The World Health Organization (WHO), conceivably the main global health authority, defines a pandemic as “the worldwide spread of a new disease”. The Dictionary of Epidemiology provides further elements for the definition of pandemics by stating that a pandemic is “an epidemic occurring worldwide, or over a very wide area, crossing international boundaries and usually affecting many people”.

I en narrativ studie om Sveriges hantering av covid-19 framkommer det att Sveriges svar på pandemin var mindre invasivt än i många andra länder. Det beslutades exempelvis inte om någon nedstängning och fokus låg inte på att stoppa pandemin utan att sakta ner och begränsa den (Ludvigsson, 2020). Regeringen ändrade i juni 2020 smittskyddslagen där covid-19 lades till och klassades både som allmän- och samhällsfarlig sjukdom (SFS, 2020). Enligt smittskyddslagen har folkhälsomyndigheten det övergripande ansvaret att samordna smittskydd nationellt och därefter är det varje regions eget ansvar att nödvändiga smittskyddsåtgärder vidtas inom området (Smittskyddslagen, 2004).

Enligt J. A. Mattson, verksamhetschef på ungdomsmottagningarna i Skåne vid tidpunkten för intervjun, gjorde ledningsgruppen för ungdomsmottagningarna i mars 2020 på inrådan av dåvarande verksamhetschef och dåvarande chefsöverläkare för primärvården en eskaleringsplan för UM. För att minska smittspridningen gjordes vården mer digital genom UM online. Dessutom utökades arbetet med smittspårning, förutom klamydia och syfilis fick barnmorskor också smittspåra för covid-19 bland allmänheten (videointervju, 7 januari 2022).

Den 1 april 2022 omklassades covid-19 från allmän- och samhällsfarlig till allmänpliktig sjukdom. Fortsatta rekommendationer finns inom hälso- och sjukvård med förebyggande åtgärder för att minimera risken för smittspridning vilken fortsatt är upp till regionerna att bestämma (Folkhälsomyndigheten, 2022). På ungdomsmottagningen har sedan våren 2022 den fysiska verksamheten utökats igen från att sedan tidigare endast varit tillgängligt i nödvändiga fall. Verksamhetschefen för UM i Skåne berättar i en nyhetsartikel att idag sker ungefär hälften av alla besök till UM i region Skåne digitalt (Region Skåne, 2022).

Ungdomars tillgång till ungdomsmottagningen

I en enkätundersökning av ungdomars uppfattning om ungdomsvänligheten på UM framkom att flickor, pojkar och ickebinära skattade den högt, dock skattade de tillgängligheten som lägst (Waenerlund et al., 2020). Enligt WHO:s (2012) standard var svenska UM ungdomsvänliga och beskrevs som outhärliga i en studie med olika hälsoprofessioner som arbetade på UM. De beskrev dock utmaningar för ett hållbart och ungdomscentrerat arbete såsom beroendet av politiskt engagemang och resurser, vilket bidrog till variation i vilka öppettider och tjänster som erbjöds (Thomé et al., 2016). I en intervjustudie med ungdomar framkom att det var viktigt med information om UM, dess plats, utbud och vilka som jobbar där vid undervisning via UM. Mottagningen ansågs omotiverat diskret och svår att hitta (Kånåhols et al., 2011). De utmaningar som togs upp i ovan studier är samma som enligt FSUM (2018) är centrala för UM:s tillgänglighet; öppettider, lättillgängliga lokaler och olika sorters kontaktvägar.

Perspektiv och utgångspunkter

Attributen till *compassionate midwifery*, medkännande barnmorskeri, beskrivs som samband mellan autentisk närvaro, att uppmärksamma lidande, empati, samhörighet/relation, känslorarbete, motivation att hjälpa/stötta, stärka och ge kvinnor egenmakt samt lindra lidande genom förhandling, kunskap och färdighet (Ménage et al., 2017). Modellen kan användas av av barnmorskor i reflektionen över det egna arbetet, och kan länkas till kommunikationsfärdighet, klinisk kompetens och etik (Ménage et al., 2017). Trots att medkännande barnmorskeri kan vara komplext enligt beskrivningen ovan har intervjuade kvinnor utan svårighet kunnat uppmärksamma medkännande från barnmorskor som ett vårdande svar på deras behov (Ménage et al., 2020). Studier som undersökt *compassionate*

midwifery har främst fokuserat på den gravida eller den födande kvinnan. Teorin bör kunna vara central även för barnmorskan som arbetar på UM med unga. Under adolescensen genomgår sociala, psykiska och fysiska förändringar, och ungdomar kan ofta ha ett stort behov av att samtala kring sexualitet (FSUM, 2018). Föreningen för Sveriges Ungdomsmottagningar [FSUM] beskriver värden liknande de som utgör *compassionate midwifery*, som vikten av att barnmorskan lyssnar, respekterar och stöttar, som del i sin ideologi. FSUM beskriver att denna ideologi även inkluderar att stärka ungdomars ansvarstagande och initiativkraft, att undvika lidande för ungdomen samt förmedla kunskap och information.

FSUM:s beskrivna värden för hur barnmorskan på UM bör arbeta är således i enlighet med *compassionate midwifery* varför teorin kommer användas för att diskutera resultatet.

Begrepp

Begreppet “ungdomar” används genomgående i föreliggande studie. Med detta avses personer mellan tolv och tjugotvå år, då det är gruppen som har tillgång till UM i region Skåne (Region Skåne, u.å.).

Syfte

Syftet var att beskriva barnmorskors erfarenheter och upplevelser av hur covid-19-pandemin påverkat ungdomars tillgång till verksamhet på ungdomsmottagning.

Metod

För att svara på syftet gjordes en kvalitativ intervjustudie med stöd av en intervjuguide med en öppen fråga. Kvalitativ forskning avser att ge insikt i mänskliga uppfattningar, erfarenheter, upplevelser, tankar, förväntningar, motiv samt attityder och görs bland annat genom intervjuer (Paulsson, 2008). Därefter analyserades data genom kvalitativ innehållsanalys i enlighet med Graneheim och Lundman (2017) vilken ansågs lämplig då metoden fokuserar på tolkning av texter på olika nivåer.

Urval

Inklusionskriterier för att delta i studien var barnmorskor som arbetat på UM i Skåne minst sex månader före samt under pandemin. Urvalet begränsades till region Skåne då nationella styrdokument och riktlinjer för UM:s verksamhet saknas, medan region Skåne har ett enhetligt uppdrag. Antal personer för studien som genomfördes var nio stycken barnmorskor som arbetat på UM i Skåne under covid-19-pandemin, varav åtta arbetat sex månader dessförinnan och en två månader dessförinnan.

Instrument

En intervjuguide användes som underlag för intervjuerna (se bilaga 1). Denna innehöll en öppen fråga *“Hur uppfattar du att ungdomarnas förutsättningar till god sexuell och reproduktiv hälsa påverkats av pandemin?”*. Kvale och Brinkmann (2014) menar att öppna frågor ger mest fullständiga svar. Intervjuguiden innehöll även efterföljande följdfrågor såsom *“Kan du berätta mer om det?”*, *“På vilket sätt?”*, *“Är det något mer du vill berätta?”* för att ytterligare komma närmare informanternas upplevelse och erfarenheter. (Kvale & Brinkmann, 2014) menar att följdfrågor kan ge vidare innehåll och uppmuntra deltagaren att berätta mer som svar till studiens frågeställning.

Datainsamling

Rekrytering av deltagare för studien gjordes via enhetschefer på UM i Skåne. Efter godkänd VEN-ansökan och godkännande av verksamhetschef för mottagningarna skickades informationsbrev ut till samtliga enhetschefer på UM i Skåne. Dessa skickade information om studien samt kontaktuppgifter vid intresse till barnmorskorna som arbetade på respektive mottagning. Informationsutskick upprepades vid två tillfällen. Totalt anmälde åtta barnmorskor intresse, den nionde rekryterades muntligen på en av författarnas verksamhetsförlagda utbildning. Rekryteringen gav inte önskat resultat varför försök med snöbollsurval tillämpades vilken innebär att deltagare identifierar andra deltagare som i sin tur gör samma sak (Dahlgren et al., 2007). Försök gjordes även via sociala medier genom gruppen *“Barnmorska - aktuellt och intressant”*. Förfrågan skickades till enhetschefer på mottagningar där ingen barnmorska anmält intresse om att komma och informera. Inga fler informanter rekryterades med dessa metoder. Datainsamlingen gjordes i form av enskilda intervjuer med öppna frågor. Barnmorskorna fick välja hur och var intervjun skulle

genomföras, på fysisk plats som passade deltagaren eller via videosamtal. Totalt åtta intervjuer gjordes via videosamtal och en gjordes fysiskt hemma hos en deltagare. Författarna valde att genomföra de två första intervjuerna tillsammans för att därefter kunna genomföra intervjuerna mer samstämmigt. Intervjuerna genomfördes mellan februari och oktober 2022. Innan intervjuerna startade fick deltagarna bekräfta att de läst och förstått informationsbrevet och påmindes om att de när som helst kunde välja att avsluta sitt deltagande utan att ange varför, samt möjlighet att ställa frågor. Intervjuerna varade mellan trettio och sextio minuter. Intervjuerna spelades in, därefter transkriberades och avidentifierades de för att förvaras på en av författarnas lösenordsskyddade dator.

Dataanalys

Kvalitativ innehållsanalys tillämpades för att analysera det insamlade datamaterialet enligt Graneheim och Lundman (2017). Ansatsen var induktiv för att kunna angripa materialet förutsättningslöst (Graneheim & Lundman, 2017). Författarna läste intervjuerna upprepade gånger för att få en känsla för helheten. Meningsbärande enheter som svarade på studiens syfte plockades ut. Dessa kondenserades så att det centrala innehållet bevarades utan att något väsentligt gick förlorat. Koder skapades som kort beskrev innehållet i den meningsbärande enheten. Koder med liknande innehåll sammanfördes i kategorier och underkategorier. I enlighet med Graneheim och Lundman (2017) tilldelades samtliga koder en kategori utan att data föll mellan eller passade i flera kategorier. Dataanalysen resulterade i en manifest tolkning. Exempel på analysprocessen kan ses i bilaga 2 och 3. Inga data som svarade på syftet uteslöts bara för att lämplig kategori saknades. Den första intervjun analyserades tillsammans för att resterande analyser skulle vara mer samstämmiga då de delades upp. Analysen diskuterades löpande mellan författarna så att den stämde överens med innehållet.

Forskningsetiska avvägningar

I enlighet med Helsingforsdeklarationen (2018) har studien skickats in till aktuell forskningsetisk kommitté för bedömning, kommentarer och vägledning. Då personal har intervjuats för studien gjordes en ansökan till Vårdvetenskapliga etiknämnden [VEN] efter godkännande av projektplanen. Informationsbrev till berörd verksamhetschef skickades ut och tillstånd från densamma inhämtades. Informationsbrev skickades ut till enhetschefer för de att informera medarbetarna med studiens syfte, upplägg och uppgifter så att de själva

kunde kontakta författarna vid intresse av deltagande, då det enligt Kvale och Brinkmann (2014) finns risk för att det läggs press på en underordnad att delta om en överordnad redan samtyckt till att studien utförs. I enlighet med Kvale och Brinkmann (2014) innehöll det information om att deltagande är frivilligt, vilka som får tillgång till materialet och hur konfidentialitet säkrades (Kvale & Brinkmann, 2014). Intervjuer spelades in och ljudfilerna förvarades säkert i en låst mapp på en av författarnas dator som bara de kom åt. Materialet kodades vid transkribering så att det inte kunde härledas till informanterna. Kodnyckeln förvarades säkert i en låst mapp på datorn tillhörande den andra författaren. Deltagarna informerades om att de när som helst utan att ange orsak kan välja att avsluta sitt deltagande i studien.

Resultat

Totalt nio intervjuer genomfördes med nio informanter som samtliga var barnmorskor och arbetat på UM i region Skåne före samt under covid-19-pandemin. En barnmorska arbetade på en UM som inte hade minskade fysiska besök under pandemin.

Genom analysen framkom tre kategorier: *Ungdomar nedprioriterades*, *Begränsade möjligheter till undersökning och insättning av preventivmedel*; och *Begränsningarna påverkade fysisk och psykisk hälsa*. Till dessa tillkom två underkategorier vardera, som presenteras i *figur 1* nedan.

Figur 1 - Kategorier och underkategorier

Underkategori	Kategori
Tillgången förändrades från fysiskt till online	Ungdomarna nedprioriterades
Den utåtriktade verksamheten slogs ut	
Preventivmedelsförskrivning förändrades	Begränsade möjligheter till undersökning och insättning av preventivmedel
Svårare med STI-testning	
Andra vägar till vård för ungdomarna	Begränsningarna påverkade fysisk och psykisk hälsa
Ont om kuratorstider	

Ungdomarna nedprioriterades

Perioden med smittspridning av Covid-19 för barnmorskor och sjuksköterskor tog av ungdomarnas tid. Barnmorskor erfor att ungdomars behov av UM kvarstod, och på vissa sätt var behoven större än vanligt under en speciell period som pandemin var. Resultatet visade på en stor omsorg om ungdomarna och en upplevelse av att de nedprioriterades under pandemin. Kategorin beskrivs närmare med två underkategorier; *Tillgången förändrades från fysiskt till online* och *Den utåtriktade verksamheten slogs ut*.

Tillgången förändrades från fysiskt till online

UM:s tillgänglighet på plats förändrades snabbt i början av pandemin. Besök avbokades ifall barnmorskor skulle behöva flyttas till annan verksamhet och då barnmorskor och sjuksköterskor under en period togs ut för att smittsprå, under denna period fanns ett fåtal barnmorskor online. Under resterande period med restriktioner gick tillgången till UM från att vara fysisk med möjlighet till online till nästan uteslutande online. Även om prioriteringen gick att förstå utifrån risker för äldre var det problematiskt att bortse från ungdomars behov av UM, och att verksamheten inte ansågs nödvändig.

Eller man tänker på något sätt att nu har vi en pandemi, nu är det inte så viktigt med preventivmedel, och könssjukdomar. Att nu, då har de säkert inte sex längre, eller nåt. [...] det blev verkligen nedprioriterat. (Intervju 9)

Barnmorskor beskrev att ungdomar hade fortsatta behov av vad som kunde benämnas UM:s anda; lågtröskelverksamhet där det ska vara lätt att få tid och stöd, och förtroende som byggs över tid. Vård som inte kunde ges online hänvisades med få undantag till andra instanser för det som UM i vanliga fall kunde ge ungdomar vård för. Vanan fanns att ge vård anpassad till ungdomar mellan tolv och tjugotvå års ålder på UM, och man ifrågasatte om andra instanser hade resurser och kunskap till att plötsligt ta över gruppen när de skulle hänvisas dit. Det ifrågasattes även varför ungdomarna inte lika gärna kunde komma fysiskt till UM när de oavsett behövde hänvisas fysiskt någon annanstans.

Och om man tänker sig att vi tar emot från 12 år så är det ganska lätt tycker vi, eller jag får jag ju säga, att tro att det var många som vi inte kunde skicka vidare till någon annan vårdinstans. (Intervju 1)

Gruppen killar nedprioriterades hårdare då sjuksköterskorna med kompetens kring killar smittspårade på heltid och fortsatte med det längre än barnmorskorna. Killar hade således en längre period av minskad tillgång än tjejer. Det var dessutom svårare att nå gruppen killar än tjejer redan innan och under pandemin kunde de inte fångas upp genom den utåtriktade verksamheten som de tidigare hade kunnat.

Vi har sjuksköterskor som har suttit online och så på våra mottagningar och sådär, och alla sjuksköterskor smittspårade med under väldigt lång tid. [...] Det var sjuksköterskor som har läst [...] andrologi och den biten liksom. Så att där var också en jättestor brist på kompetens, under lång tid. (Intervju 4)

Onlinetjänsten växte snabbt men upplevdes inte vara tillräcklig under pandemin. Samtidigt beskrevs det som räddningen att det redan fanns en etablerad onlinetjänst före pandemin. Det var positivt med tanke på alternativet att inte alls ha någon öppen verksamhet. En del av resultatet visar på att vården var “good enough” under pandemin, samtidigt som det visar på att besöken blev många men inte kretsade kring deras sexuella hälsa på samma sätt, och att ledningen inte prioriterade kvalitet i vården. När det var många i kö kunde systemet bli överbelastat och alternativa kontaktvägar fick användas som telefon eller chatt.

Det [ökad onlinevård, författarnas anm.] ökade flödet. Och att det gör någonting. Men jag tänker att, specifikt, [...] ungdomarnas sexuella hälsa prioriterades ju inte, eller förebyggande sexuell hälsa liksom. Det kändes inte som det, under en period. Från högre håll. (Intervju 3)

Resultatet visade att barnmorskor såg olika sorters tillgänglighet i förhållande till online- och fysiska besök. Online var på sätt och vis tillgängligt då det var drop-in-mottagning och en del av resultatet visade att det gav vissa unga möjlighet till kontakt med UM där avstånd eller pengar till resan dit kunde utgöra hinder, för dessa blev UM mer tillgängligt. Det som gjorde UM otillgängligt var att ungdomar som inte fick komma fysiskt och att telefontiderna trots drop-in inte var anpassade till när ungdomar kunde prata ostört; telefontid var under ett tidsspänn och de blev uppringda under ett annat, då de kunde vara i skolan eller på väg hem med bussen. Ungdomar kunde först vara skeptiska och känna sig tvingade till online för att

efter besök acceptera och tycka att det gick bra, dock utan något annat alternativ att tillgå. Andra tyckte det var skönt med online.

Eh, åter igen, det är inte alla som kan ta sig in online, eller ringa, hehe. Våra telefontider är ju skit liksom. Man ska ringa från sex till tio för att bli uppringd mellan tio och tolv och då är ju ungdomarna i skolan. (Intervju 5)

Barnmorskorna upplevde att samtalen blev olika online och på rummet, delvis för att man inte fick helhetsbilden online. Förutsättningarna var annorlunda för vad barnmorskan kunde läsa av utifrån - det kunde vara klädsel, doft, om ungdomen hade ett lugnt eller stressat kroppsspråk i stolen eller självskada som syntes när man tog ett blodtryck. Rummet var också inrett för att bjuda in till samtal. Det kunde bli naturliga pauser då saker lättare kunde komma upp.

Jag tar i patienten när jag mäter blodtrycket. Det blir också de där naturliga pauserna att, i ett besök här på rummet. Vi har också våra rum utrustade med lite attribut som inbjuder till samtal och så. Det missar man ju lite grann när man träffas bara online. (Intervju 8)

Det faktum att det var online och även drop-in gjorde att ungdomarna kunde välja när de ville kontakta UM. Samtalsmiljön kunde bli störd om ungdomen ringde från skoltoaletten, bussen eller köpcentret. De kunde upplevas mer stressade och bara ville ha sina p-piller. Samtalen kunde bli kortare och mer kliniska där barnmorskan bara bistod med vad de sökte för. Barnmorskor hade svårare att läsa av om ungdomen behövde stöttning med annat än vad den kom med.

Ibland så var det ju någon som stod inne på gallerian, [...] "Nu ska jag göra det, nu ska jag göra det, och så fixar jag mina preventivmedel och lalalala." Och då tänker jag att det här samtalet runt omkring blir inte där[...], då kanske det inte kommer upp frågor kring sexualitet eller så, det blir liksom väldigt kliniskt. (Intervju 3)

Frågor ställdes, fysiskt som online, om hot och våld, men det kunde vara lättare att komma nära ämnet på rummet. Man ställde frågor om livet även online men fysiskt kunde samtalet kretsa mer kring deras livssituation. Fysiska besök var tidsbestämda vilket kunde bidra till lugn och fokus och upplevdes inge förtroende. Rummet var generellt sett en trygg plats där

saker kom upp som de tänkt på. För vissa kunde det kännas tryggt att vara bakom en skärm, men det var också något att gömma sig bakom och intima frågor kom inte upp lika mycket. Problem kunde komma upp online också, men inte i samma utsträckning och det var lättare att inte svara på jobbiga frågor.

Det är en sak att fråga såhär, "Har du blivit utsatt för våld någon gång? Använder du droger?". [...] Det är mycket lättare liksom att bara stänga av när det är kamera, men sitter man i rummet, det blir ett annat möte. (Intervju 5)

På rummet kommer, känsligare saker upp och ungdomen kunde få hjälp med fler saker än vad hen sökte för. Det kunde vara tankar kring sex och kroppen, och ungdomen kunde lugnas direkt genom att erbjudas en första gynekologisk undersökning om hen var orolig över illaluktande flytningar.

"Många av de unga som kanske tycker det är skönt med onlinesamtal ehm, men de vet inte vad de missar liksom, vi kan inte ge dem samma sak". (Intervju 1)

Kontinuiteten, d.v.s. eftersträvan att ungdomen får träffa samma barnmorska som hen träffat tidigare, försvårades och blev sämre online då barnmorskor från hela regionens ungdomsmottagningar svarade på samtal på en lista uppifrån och ner. Därigenom försvårades även uppföljning av ungdomar där det fanns en social oro, då man tidigare frikostigt kunnat boka ett tidigt fysiskt återbesök för något och passa på att följa upp den sociala oron. En del av resultatet visade att färre orosanmälningar gjordes relaterat till detta.

En ung person som ska börja med p-piller [...] då kan jag liksom mer säga till ungdomen att vi behöver ses för en tidig uppföljning [...] fast kanske jag mer vill följa upp det här sociala kring personen liksom. [...] Ja, medan, under pandemin har det ju varit, många korta såhär, samtal med olika personer. (Intervju 7)

Vissa grupper påverkades mer av fysisk stängning. Ungdomar som före pandemin dykt upp på UM utan tidsbokning verkade inte söka vård alls när de inte kunde komma spontant på plats. Oplanerade besök relaterades till social utsatthet och med tanke på det ett större behov av att komma till UM. I resultatet kunde social utsatthet innebära exempelvis mycket unga, att sälja sex, beroende- eller hedersproblematik eller andra sociala problem. Personalen

försökte göra plats och ta emot dem, och den här sortens besök kunde leda till att andra saker kom upp än vad ungdomen sökte för. Det gick inte att veta vilka som missades, men resultatet visar på en svårighet för gruppen att söka, att de som annars bara sökt vård genom att komma till den fysiska UM utan bokad tid inte hade möjlighet till det under pandemin.

Sen så fanns det ju också [...] vissa som man får ta i farten, som kom upp spontant, och sen så kom det ju upp andra saker som man kunde hjälpa till med, eller liksom, stödja på olika sätt [...] men det vet jag ju inte, vad som inte kom upp då. (Intervju 3)

[...] de socialt utsatta, de är ju kanske inte jättebra - om jag generaliserar lite - på att planera, och inte så jättebra på att ringa och så där, utan ja, man dyker upp. Och sen så kan man fånga in dem då och hjälpa dem och kanske boka in fler besök, och sådär. Frågan är vart de tog vägen. (Intervju 4)

Det gick inte för barnmorskan att veta säkert om någon mer fanns i rummet på onlinesamtalen. Det kunde leda till att barnmorskan anpassade frågorna som ställdes, och huruvida ungdomen var själv på rummet eller inte kunde påverka svaren på frågor om våld. En del av resultatet visade att personer med hedersproblematik inte har hört av sig lika mycket under pandemin, och att onlinesamtal samtidigt ansågs vara en olämplig kontaktväg vid heder. I vissa fall förstod barnmorskan under samtalet att patientens partner var i rummet utanför bild och kunde då engagera den i samtalet kring preventivmedels funktion.

Ganska ofta frågar man ungdomen "Är du själv nu? Är det bara jag och du i det här samtalet?". Och så nickar de, så börjar man prata och sen ser man att dom tittar upp över kameran, alltså att man vet att där är någon bakom. Om då, om jag ska ställa frågor kring våld i nära relationer eller ja, [...] vem det är som står bakom. (Intervju 7)

Onlinetjänsten var otillgänglig för gruppen utan e-legitimation, vilken bl.a. utgjordes av mycket unga personer. Utan egen e-legitimation fanns det möjlighet att komma till genom att låna en väns eller en förälders e-legitimation. Det gjorde vårdsökandet mer osjälvständigt om ungdomar behövde fråga sina föräldrar. Vissa sökte vård först efter att restriktionerna släppt då de inte kunde söka online.

“Ledningen sa att de får logga in med någon annans bank-id då. [...] Då måste de ju berätta för sin vårdnadshavare till exempel att de ska ta kontakt med oss. Då faller ju mycket av ungdomsmottagningens tänk”. (Intervju 1)

Den utåtriktade verksamheten slogs ut

UM arbetade aktivt med utåtriktat arbete före pandemin. Det innefattade besök på skolor och studiebesök på UM, bl.a. med information om hur UM är tillgänglig för dem. De arbetade även med att nå ungdomar via andra ställen än skolan samt med gruppverksamhet. All utåtriktad verksamhet lades ned under pandemin.

Alla besök i och av skolorna upphörde. Det är framförallt ungdomar som gick i högstadiet som brukar erbjudas utåtriktad information. Ungdomarna gick miste om information om var UM fanns och dess verksamhet, men också frågor och information om sexuell och reproduktiv hälsa. Framför allt på små orter bedöms det utåtriktade arbetet som viktigt då det kan vara sämre geografisk tillgänglighet till UM.

Vi presenterar oss och sen tar upp frågor kring sexuell och reproduktiv hälsa. Eller frågor som de har med sig [...]. Och sen också kanske särskilda grupper som särskoleelever och sådär har vi möjlighet också att boka in studiebesök. Det fanns inte alls under pandemin. (Intervju 6)

Barnmorskorna upplevde informationsmötena på skolorna som viktiga eftersom vissa grupper som inte hade hittat till UM annars nås där. Som substitut försåg de vissa skolor med broschyrer, planscher, informationsfilm eller någon gång informationsmöte via videosamtal genom zoom. Dessa vägar ansågs dock otillräckliga. Det beskrevs att några årskullar missades under pandemin och att det inte är något som kommer tas igen i efterhand.

Jag tycker nog att vi har tappat vissa grupper. Vissa som brukar komma hit. De här riktigt unga tror jag att vi har tappat. Och det är många av dem som får reda på oss via vårt utåtriktade arbete via vår utåtriktade verksamhet. Så det... det kan jag nog säga att vi har. (Intervju 8)

Gruppverksamheten på UM stängdes ner, att gå ut med samverkanspartner och möta ungdomar i grupp på olika sätt uteblev. De beskrev grupperna och mötena som viktiga och

ungdomarnas trygga rum. Det kunde exempelvis vara HBTQ-grupper där ungdomar inom gruppen kunde mötas, uppleva gemenskap och som kunde fungera som en fristad.

“Och det var likadant med alla grupper (som lades ner) såklart. Så det var mer allmänt skolgrupper tänker jag. Men sen så fanns det en HBTQ-grupp och ja, blandat, som var deras trygga rum.” (Intervju 3)

Begränsade möjligheter till undersökning och insättning av preventivmedel

UM kunde inte hjälpa ungdomarna med undersökning och preventivmedel som tidigare. Försökt gjordes för att möta ungdomarnas behov genom UM online och med hänvisningar till andra vårdinstanser för det som krävde fysisk kontakt. Kategorin presenteras genom två underkategorier; *Preventivmedelsförskrivning förändrades* och *Svårare med STI-testning*.

Preventivmedelförskrivning förändrades

LARC kunde skrivas ut som tidigare men kunde nästan aldrig sättas in på UM. Ungdomar som önskade LARC hänvisades efter receptförskrivning online till barnmorskemottagning för insättning eller byte av spiral och p-stav.

[...] det var mycket sådär att vi fick, jag förstår att du vill ha spiral. Vi kan lösa det såhär att du kan gå till mödravården och få den insatt. Eller så gör vi så att vi förlänger dina p-piller ytterligare en tid [...] (Intervju 4)

Det var samtidigt lättare för ungdomar att få p-piller utskrivna eller förlängda via UM online. För att kunna skriva ut online skapades en blodtrycksmottagning fysiskt på UM, därefter återkom de till UM online och fick sitt recept. Ungdomar kunde ha lättare att välja p-piller eller mellandospiller när alternativet för önskad LARC-metod var att bli hänvisad.

Sen kan valet av preventivmedel till exempel kanske blivit något annat än vad man hade tänkt sig. [...] De personerna som velat skaffa en tid för spiral eller p-stav har vi under en period hänvisat till barnmorskemottagning. [...] En del har valt att kanske ta mellandospiller eller p-piller för det har varit det dom kunnat få av oss. (Intervju 7)

Godkänd användningstid av vissa preventivmedel förlängdes för att minska behovet av fysiska besök. LARC godkändes ytterligare ett halvår till ett år längre. Uppföljning av blodtryck vid p-piller fick förskjutas med ett år.

[...] "ja men p-stavar ja men den räcker mer än tre år, den räcker ett halvår till". Ja också spiralen "ja den räcker något halvår, något år till", och sen p-piller "skriv ut för ett extra år om allting är okej, skit i blodtrycket i år" [...] det är inte bara vi som sitter och hittar på utan någon medicinskt ansvarig sagt att okej "nu under pandemin. (Intervju 5)

Tidigare hade ungdomar kunnat komma fysiskt och erhålla postkoital antikonception [PCA] kostnadsfritt. PCA skrevs ut på undantagshantering på UM online till dem som kom dit. Vissa UM försåg ibland barnmorskemottagningar med PCA, där det annars inte fanns att tillgå. Vissa kom tidigare utan bokad besök och fick ändå hjälp med detta, och de som inte kunnat/velat använda online har inte kunnat erhålla PCA via UM.

"Vår närmaste barnmorskemottagning hade inte precis dagen efter-piller. Så vi... vet inte om det var rätt, men vi försåg dem ett tag så att de skulle kunna hjälpa." (Intervju 4)

Resultatet visade att ungdomarna stod ut mer med sitt preventivmedel eftersom det var svårare att komma till UM fysiskt men även svårt att komma till barnmorskemottagningen. Trots att de inte var helt nöjda valde de att behålla preventivmetoden och de valde kanske en annan preventivmetod än de tänkt sig från början.

Att man kanske har valt att stå ut lite mer. Man kanske har haft en spiral som inte har känts, liksom inte är 100% nöjd med men man har valt att stå ut ehm, i stället för liksom komma hit och byta till något annat då. (Intervju 7)

Svårare med STI-testning

Barnmorskornas erfarenhet var att ungdomar inte slutade träffas eller ha sexuella relationer under pandemin, även om det möjligen var i mindre utsträckning då det sociala livet påverkades av digital undervisning. Behovet av STI-testning kvarstod därför.

"Vi märkte att ungdomar, de träffade nya partners, de gick på dejt, och sådär. Men det var nog lite mindre också... av den varan, men de gjorde det ändå." (intervju 8)

Möjligheten att testa sig för STI på UM begränsades under pandemin. Att beställa hemtest från 1177 rekommenderades i första hand. Det ledde dock till ojämna förutsättningar. Trots anonyma paket var det många ungdomar som inte ville eller kunde riskera att få STI-test hemskickat. Det kunde röra sig om risker ifall föräldrarna fick se det. De ungdomar som inte hade e-legitimation hindrades också från att beställa eller blev beroende av att låna förälders eller annan persons e-legitimation. Ungdomar kan därför ha dröjt med att testa sig.

Och sen har vi alla som kunde testa sig via 1177 för klamydia till exempel, det var ju också jättebra, att det kunde göras hemifrån till exempel, men kan alla beställa hem det? Vi kunde inte ta emot dem, vårdcentralen hade ju inte möjlighet. Hur har det blivit med smittan? (Intervju 1)

Provtagningen begränsades från att kunna tas på olika kroppsdelar till att bara kunna provtas från kön när den övergick till hemtest som majoriteten var.

Begränsningarna påverkade fysisk och psykisk hälsa

Viss vård har uteblivit för ungdomarna relaterat till hänvisningar, information och andra förutsättningar till vård, och det har krävts mer eget ansvar för att tillskansa sig vård. Kategorin beskrivs närmare i underkategorierna *Andra vägar till vård för ungdomarna* och *Ont om kuratorer*.

Andra vägar till vård för ungdomarna

Ungdomar anpassade sig till att ta mer ansvar över sin vård. Inte bara den minskade fysiska tillgängligheten utan även den minskade tillgängligheten till information gjorde att mer ansvar föll på ungdomarna att ta reda på hur de skulle söka vård. Barnmorskorna bedömde att ungdomar hade olika förutsättningar att klara av det. Det beskrevs som ett armbågsande att få vård på exempelvis vårdcentral generellt, och att det försvårade för ungdomar att behöva söka vården på det sättet. En del av resultatet visade att killar under pandemin hade mindre kunskap om att de kunde vända sig till UM och istället vände sig till föräldrar för hjälp eller kom till vårdcentralen.

De som är resursstarka, de klarar ju sig på något sätt, de hör av sig igen, eller de kontaktar oss online eller de går till en barnmorskemottagning eller får hjälp av sina föräldrar att boka tid någon annanstans och så. (Intervju 7)

Vården relaterat till sexuell hälsa såsom underlivsbesvär, STI-testning och gynundersökning var mindre tillgänglig. Innan erbjöds dessa frikostigt på plats i och med lågtröskelverksamheten och mycket fokus fanns på samtal kring partners och sexualitet. Under pandemin fick ungdomar vid underlivsbesvär hänvisas till vårdcentral eller till apoteket för att köpa receptfri antimykotika utan att undersökas innan för att bekräfta svampinfektion, vilket riskerade felbehandling. Vid stort behov av undersökning på UM fick vissa komma, men under en period blev alla hänvisade, och det sågs som en förlust framför allt om en aldrig blivit gynekologiskt undersökt innan. Vårdcentraler var belastade och var inte anpassade efter ungdomarna som UM. Det bedömdes även svårt för ungdomarna att få hjälp med samlagssmärta. En del av resultatet visade att det kanske var svårare att få hjälp med mensrelaterade besvär under pandemin då många senare sökt vård för det. Det ansågs att tillgången till preventivmedel kunnat upprätthållas bättre än till sexuell hälsa som ovan på UM. Även om behovet av ett preventivmedel till större del kunde tillgodoses upplevde barnmorskorna på UM inte möjlighet att utvärderade dem i lika hög utsträckning som innan pandemin då de fick komma på återbesök.

Nämen, jag tänker ju ofta på det, det här med när de går till vårdcentralen istället, att man kanske inte tänker så mycket på den sexuella hälsan. [...] att de erbjuder test för STI till exempel när de ändå är här, och man frågar kring partners och så [...]. Jag kan tänka mig att vårdcentraler kanske inte tänker på det så som vi tänker på det. (Intervju 8)

Ungdomar sökte hjälp via onlinedoktorerna för förskrivning av p-piller.. De kunde uppleva det som enklare då de inte alltid behövde ta blodtryck, längd och vikt på samma sätt som på UM. Där fanns även möjlighet att testa sig för STI genom hemtest.

Man har ett ansvar, just onlinedoktorerna de skriver ut preventivmedel utan att ha träffat patienten med allt vad det innebär. Och vi kan känna att ja men, då kan vi välja att inte göra det. Alltså det finns en blodproppsrisk, vi vill träffa patienten [...] (Intervju 5)

När ungdomar har sökt på UM efter att restriktionerna släppt har det uppdragats att vissa väntade med att söka vård under pandemin då de trodde att de inte kunnat få hjälp eller att UM varit stängt under pandemin. Även om barnmorskor på UM skrev recept och hänvisade för insättning, eller hänvisade till att beställa hem STI-test kunde de inte veta om de faktiskt fick eller tog hjälp. En del ungdomar kom aldrig till barnmorskemottagningen eller till sjukhuset för en gynundersökning, kanske för att det var ett större steg att gå dit än till UM. En del hann inte få tid på grund av långa köer.

Det kan man ju tänka sig att den tröskeln blir ganska hög. Speciellt kanske första gången man ska göra en gyn-undersökning, så kanske de varit på ungdomsmottagningen innan, vet vilka som jobbar där, och var du ska gå och sådär. Och då plötsligt, jaha, ska jag besöka någon annanstans, tror jag ju att många liksom... struntade i det istället. (Intervju 4)

På en UM höll de fortsatt fysiskt öppet som före pandemin och hade bara restriktioner kring besök vid sjukdomssymtom.

Ont om kuratorstider

Barnmorskorna erfor utifrån det interprofessionella arbetet att kuratorerna också hade avsevärt mindre fysiska besök på UM och mer på online, samtidigt som ungdomarnas behov bedömdes vara större med mer psykisk ohälsa. Det resulterade i att kuratorstjänsten inte räckte till och det blev längre väntetid.

“Och sen är det den psykiska hälsan förstås. [...] de hade också mycket stress, under det digitala skolarbetet och då är det kuratorerna som inte räckte till för fem öre” (intervju 1)

Vid särskilda behov kunde vissa tas emot fysiskt, förutom under en period då det enbart fanns onlinebesök. Det var svårt att prioritera vilka ungdomar som fick komma fysiskt men var framförallt de som redan hade en etablerad kontakt. Möjligheten att träffa kurator på UM online var begränsad till dem med e-legitimation. De som inte kunde tänka sig onlinebesök kunde få avvakta till efter pandemin.

Sen fanns det jättemånga som inte ens kom in på online för de skulle aldrig sätta sig. Det finns dem där mamma ringer att "ja men min mitt barn har svår social ångest, kan inte tänka sig det här forumet". Nä. Kom tillbaka efter pandemin när den nu slutar. (Intervju 1)

Diskussion

Metoddiskussion

Trovärdighet

När författarna utvärderar trovärdigheten för denna studie har följande utvärderingskriterier inkluderats; *giltighet, tillförlitlighet, överförbarhet* och *delaktighet*. En studies trovärdighet baseras på hur väl dessa begrepp beaktas. Resultatet ska vara så trovärdigt som möjligt och varje studie bör utvärderas i relation till processen för resultatet (Graneheim & Lundman, 2017). Metoddiskussion kring begreppen följer nedan.

Giltighet

Giltighet avser hur sanna resultaten är och i vilken grad datan förändras över tid. En förutsättning för ett bra resultat är att finna deltagare som bedöms ha erfarenhet och är villiga att berätta om det som avses studeras (Graneheim & Lundman, 2017). Initialt var inklusionskriteriet för denna studie barnmorskor som arbetat ett halvår på UM innan pandemin bröt ut, då intresset var svagt inkluderades även en barnmorska som arbetat på UM två månader före pandemin, det bedömdes som tillräckligt lång erfarenhet och på så vis inget som försvagade giltigheten. Deltagarna bedömdes ha erfarenhet om det som studerades vilket bidrar till studiens giltighet. Intervjun är en föränderlig process där forskaren skaffar sig nya insikter fortlöpande vilket kan påverka följdfrågor (Graneheim & Lundman, 2017). För att öka giltigheten har en intervjuguide använts under intervjuerna, en öppen fråga med efterföljande följdfrågor att ställa vid behov. Erfarenheter och kunskaper bidrar till att följdfrågor kan ställas på olika sätt. För att användandet av intervjuguiden och utförandet av intervjuerna skulle vara mer samstämmiga genomfördes de två första intervjuerna tillsammans vilket också bidrog till att öka giltigheten. Forskaren bör samla in tillräcklig mängd data för att svara på forskningsfrågan och därmed stärka studiens giltighet (Graneheim & Lundman, 2017). Kvale och Brinkmann (2014) menar att det i kvalitativa intervjustudier handlar om att intervjua så många som behövs för att svara på studiens syfte men att antalet brukar ligga kring 15+/-10. Utifrån tillgänglig tid, resurser och storlek på studien bedömde författarna att 12-15 deltagare behövdes för att få svar på frågeställningen vilket författarna inte lyckades rekrytera. Däremot framkom ingen ny data av signifikans när sex intervjuer var genomförda. Intervjuer kan göras fortlöpande tills dess att författarna nått en mättnadspunkt då ytterligare intervjuer inte bidrar med ny kunskap (Kvale & Brinkmann, 2014). Det ansågs

etiskt lämpligt att fullfölja resterande intervjuer med barnmorskorna som visat intresse att delta. Nio enskilda intervjuer genomfördes med barnmorskor på UM i Skåne.

Tillförlitlighet

Deltagare med olika erfarenheter som inkluderas i studien kan öka studiens tillförlitlighet då det möjliggör för forskningsfrågan att studeras ur olika perspektiv (Graneheim & Lundman, 2017). I denna studie deltog nio kvinnliga barnmorskor som alla arbetat på UM i Skåne under pandemin. Det är en homogen grupp vilket kanske kan begränsa möjligheten till en rikare variation däremot representeras geografisk spridning över hela regionen, i större och mindre städer vilket skulle kunna bidra till ökad tillförlitlighet. Enligt Graneheim och Lundman (2017) stärks tillförlitligheten för resultatet om författarna läser samtliga intervjuer och genomför delar av analysen tillsammans. Författarna för denna studien har läst samtliga intervjuer. Analysen av den första intervjun samt sortering av koder och skapande av kategorier gjordes tillsammans vilket anses stärka studiens tillförlitlighet. I denna studie presenteras den aktuella intervjuguiden (se bilaga 1) samt översikt av analysförfarandet (bilaga 2 och 3) för att öka tillförlitligheten. Graneheim och Lundman (2017) menar att tillförlitligheten stärks om läsaren ges möjlighet att ta del av material från datainsamling och analysförfarandet. Vidare menar Graneheim och Lundman (2017) att urvalet av meningsbärande enheter ökar studiens tillförlitlighet genom att inte vara för långa då de riskerar att innehålla mer än en företeelse eller för korta då de riskerar fragmenteras. Meningsbärande enheter har plockats ut för studiens syfte och presenterar exempel på hur den analytiska processen gått tillväga i bilaga 2 och 3. Om forskaren noggrant verifierar sina ställningstaganden under forskningsprocessen kan tillförlitligheten öka (Graneheim & Lundman, 2017). Medstudenter och handledare har under seminarium bidragit med objektiva perspektiv på problematisering, val av metod, syftet, analys och framtagande av resultat vilket ökar studiens tillförlitlighet då fler personer varit involverade i analys av datan och bidragit till studiens resultat.

Överförbarhet

En annan aspekt av trovärdighet är överförbarhet, den handlar om i vilken utsträckning resultaten kan överföras till andra situationer och grupper (Graneheim & Lundman, 2017). Under studiens gång har det strävats efter överförbarhet genom transparenta beskrivningar av det studerade ämnet, studiens urval, metod samt analysförfarande för att möjliggöra för läsaren själv att dra slutsatser att använda sig av resultatet.

Delaktighet

Forskarens delaktighet vid datainsamlingen är given då samspelet under intervjuer av berättande karaktär gör forskaren till medskapare av texten (Graneheim & Lundman, 2017). Förförståelsen för denna studie skiljer sig åt då en av författarna haft verksamhetsförlagd utbildning på UM under perioden för datainsamlingen vilket gett förkunskap om ämnet, medan den andra författaren inte haft det. Respektive förförståelser kan påverka hur resultatet tolkats och analyserats och har gett upphov till kritisk diskussion författarna sinsemellan för att eftersträva att resultatet redovisar intervjupersonernas röst enligt Graneheim och Lundman (2017).

Trots att de två första intervjuerna utfördes tillsammans kan olika deltagare därefter fått olika uppföljningsfrågor under intervjuens gång, vilket enligt Graneheim och Lundman (2017) kan innebära större möjligheter att fånga upp variationer till resultatet

Studiens svagheter

Antalet deltagare för studien kunde varit större men intresset var dock svagt trots upprepade påminnelser till enhetschefer, försök med snöbollsrekrytering samt sociala medier. En mer aktiv rekrytering med personliga besök på UM i Skåne hade eventuellt kunnat bidra till större intresse att delta, men var på grund av tidsbrist inte möjligt. Graneheim och Lundman (2017) menar att innehållet i den insamlade datan är viktigare än antal deltagare som inkluderats. När sex intervjuer genomförts delades uppfattningen om att det i efterföljande intervjuer inte framkom ny data av signifikans.

Resultatdiskussion

Resultatet ger en bild av komplexiteten i vad tillgänglighet innebär för den heterogena gruppen ungdomar som söker sig till ungdomsmottagning. Det visar hur tillgängligheten kan påverkas när verksamheten förändras under exempelvis en pandemi, samt när UM finns att tillgå fysiskt eller online. UM ställde snabbt om till majoriteten onlinebesök, vilket var i linje med den typ av omorganisering som Tolu et al. (2021) rekommenderade i början av pandemin. Enligt FSUM (2018) ska tillgängligheten bl.a. utgå från lättillgängliga lokaler, att man arbetar ungdomsanpassat och många olika kontaktvägar såsom besök, internet och telefon. Överlag sågs en försämrad tillgänglighet under pandemin då besöken skiftade från framför allt fysiska med möjlighet till onlinebesök till övervägande onlinebesök och

hänvisningar till andra vårdinstanser för sådant som krävde fysisk kontakt. Studien har jämfört resultatet med *compassionate midwifery* (Ménage et al., 2017) för att förstå ungdomars tillgång till UM ur ett barnmorskeperspektiv och vad det innebär. Medkännande barnmorskeri skulle kunna beskrivas som en grundpelare i det som i resultatet beskrevs som *ungdomsmottagningens anda*: ett förtroende som byggs över tid, att det är lätt att få tid och stöd genom en verksamhet med lågtröskelverksamhet. Barnmorskors förhållningssätt och arbetssätt genomsyrades av medkänsla med ungdomarna och de uppmärksammade genomgående hur ungdomarna blev lidande av minskad tillgång till ungdomsmottagningens verksamhet. Vidare var barnmorskorna motiverade till att hjälpa ungdomarna utifrån deras olika förutsättningar. När tillgänglighet inte fanns på UM handlade barnmorskor utifrån kunskap och kompetens för att hitta innovativa alternativ för att hjälpa och minska lidandet för ungdomarna. Exempelvis för att förse dem med PCA eller se till att de i möjligaste mån hade skydd mot graviditet.

Vården under pandemin kan ha påverkat UM:s ungdomsvänlighet på olika sätt. Vård kan vara otillgänglig för ungdomar som bor långt ifrån eller har svårt att nå den (WHO, 2012) och onlinevård skulle då kunna ha positiv inverkan på UM:s tillgänglighet. Även drop-in mottagning gör vården mer tillgänglig (FSUM, 2018). Samtidigt var tiderna inte ungdomsanpassade då de unga blev återuppringda på obestämda tider under skoltid. Vidare trodde vissa att de inte kunde söka vård på UM under pandemin och uteblev därför t.ex. för preventivmedelsrådgivning. Det bekräftar Lewis et al. (2021) bedömning i början av pandemin att ungdomars osäkerhet om de kunde söka vård för SRH var en möjlig barriär för tillgång till preventivmedel. Sådan ovisshet kring vårdsökandet uppfyller inte ramverket för ungdomsvänlighet utifrån tillgänglighet (Tylee et al., 2007).

Utvärderingar av telefonledd abort har internationellt visat sig vara en mycket acceptabel metod hos patienter och man hoppas att det även ska öka tillgängligheten (Nortén et al., 2022). Telemedicin skulle kunna öka tillgängligheten även i UM:s verksamhet, men genererar samtidigt ytterligare frågor om ungdomars behov, hälsofördelar och vad de skulle kunna gå miste om utan fysiska besök. Även om det finns en delvis förbättrad tillgänglighet med onlinevården har denna slagit ojämnt inom ungdomsgruppen. Enligt Waenerlund et al. (2020) ska särskilt mycket energi läggas på sub-grupper vilka generellt sett har större behov men i lägre utsträckning söker UM. Tillgängligheten har förbättrats för dem med e-legitimation eller möjlighet att låna annans e-legitimation, och goda förutsättningar för att

söka vård, medan ungdomar som innan bara sökt vård genom att komma utan bokad tid, eller inte kommit alls, inte har prioriterats i linje med detta. Att nästan uteslutande erbjuda onlinevård riskerar en ojämlig tillgång inom den blandade gruppen ungdomar, olika möjligheter till kontaktvägar skulle kunna möta deras olika förutsättningar och behov. Beroende av e-legitimation riskerar också leda till osjälvständighet och att föräldrarna ges inblick i ungdomens privatliv vilket kan vara riskfyllt för vissa grupper.

Skillnaden mellan vad ungdomarna fick tillgång till i det fysiska rummet och online var stor och barnmorskorna såg att de gick miste om viss vård genom onlinebesöken - både attribut i rummet och pauser som öppnade upp för svåra frågor och andra samtal, men också möjlighet att direkt erbjudas hjälp med t.ex. gynundersökning eller STI. Barnmorskor såg att tillgången till UM online kunde komma att bara handla om att förskriva p-piller om de önskade det, men att tillgången till UM egentligen handlade om mycket utöver kring livssituation, känslor, sexualitet och sociala svårigheter och stöd kring detta. Det sågs som en förlust för ungdomarna som inte kunde veta vad de inte fick tillgång till. Samtidigt blev en effekt under pandemin att fler ungdomar vände sig till onlinedoktorer för preventivmedelsförskrivning. Barnmorskorna beskrev en rädsla att ungdomar ska välja den vårdformen för att det är bekvämare med mindre frågor och behov av fysisk kontakt för kontroller. Tillfället att prata om hälsa, livssituation och säkert förebyggande av blodproppar riskerade försummas. Liknande möjligheter beskrivs av Lewis et al. (2021); att samtidigt med preventivmedelsförskrivning arbeta kring främjande av hälsa och välmående riskeras om det exempelvis sker på en kommersiell marknad.

Förutsättningar fanns inte för att LARC-metod kunde förskrivas och sättas in som önskat, vilket är rekommenderat särskilt till unga. Detta relateras till hög effektivitet av LARC till unga med hög fertilitet och sämre efterföljsamhet vid metod med dagligt intag (Läkemedelsverket, 2014; Hellström et al., 2019). LARC till unga kan både förebygga graviditeter och vidare undvika socioekonomiska skillnader mellan ungdomar (Diedrich, 2017). Hinder under pandemin var att hänvisning oftast krävdes för insättning, och ungdomarna var inte alltid bekväma med om LARC skulle sättas in på mödravården. Andra instanser som ungdomen behövde vända sig till kanske inte räknades som ungdomsvänliga enligt WHO utifrån begreppen tillgänglig, godtagbar och rättvis - vilket UM tidigare har bedömts som (Thomé et al., 2016; WHO, 2012). Det prioriterades att ungdomar hade ett

preventivmedel som de lätt kunde få förskrivet och börja använda vilket resulterade i stor del p-pillersförskrivning online.

Utifrån ovan uppstod behovet av blodtrycksmottagningen. Förskjutningar av krav på blodtryckskontroll vid p-piller samt användningstid på LARC infördes på UM i linje med rekommendationer utifrån internationella riktlinjer beskrivna av Tolu et al. (2021). Ungdomar kunde vara frustrerade över att de skulle komma till UM för blodtryckskontroll men inte samtidigt kunde få sina p-piller förskrivna där. När skotska ungdomars svarade på liknande förändringar framkom stor förvirring och oro över hur det plötsligt var säkert med förskjutningar när det tidigare hade förmedlats som viktigt med exempelvis blodtryckskontroller och utbyte av implantat, samt svårighet att hitta svar på varför. Författarna till studien föreslår att täjning på gränserna av blodtrycks- och BMI-kontroller samt utökad användning av LARC förvisso är säkra men inte det bästa alternativet (Lewis et al., 2021). Med bakgrund av det kan det vara av vikt att ta hänsyn till detta och arbete med information till ungdomar vid behov av liknande förändringar. När insättning av LARC hänvisades till mödravården förlorades möjligheten för barnmorskor på UM att följa hur metoden fungerade, vilket resulterade i att det framkom först senare vid återkomst till UM att ungdomen inte fått LARC insatt. Det gjorde det svårt att uppfylla målet enligt FSUM:s handbok för UM om nöjdhet, korrekt och konsekvent användande för att öka följsamheten och minska risken för oplanerade graviditeter. Det går inte säkert att veta hur många som uteblev och inte hade ett säkert skydd mot graviditet. I Skåne såsom i resten av landet sågs i efterhand en successiv minskning av LARC-expedieringar 2020 och 2021 jämfört med 2019 i åldern tio till tjugofyra år (Socialstyrelsen, 2023). En översiktsstudie rekommenderade i början av pandemin vid PCA företrädesvis oral sådan förskrivning på distans (Tolu et al., 2021). Tillgången till PCA var ojämlig då PCA som skrevs ut online var avhängigt en e-legitimation, och det finns en risk att ungdomar som annars kom utan bokad besök till UM inte hade tillgång till PCA under pandemin då barnmorskor upplevde att dessa inte kom till online. Det fanns en oro och en undran hos barnmorskor hur förändringen i tillgång till preventivmedel och PCA skulle påverka oplanerade graviditeter och aborttal. Antalet aborter i åldrarna femton till tjugofyra år sågs dock minska 2020 och 2021 från tidigare år, och följer en nedåtgående trend sedan 2006 (Socialstyrelsen, 2022).

STI-testning refererades generellt till hemtest via 1177. Det var tillgängligt för ungdomar med e-legitimation, men otillgängligt för gruppen som saknade det eller inte kunde få test

hemskickat och då kunde vara tvungna att avvakta testning. Både incidensen av och frekvensen av provtagning klamydia och gonorré minskade mellan 2019 och 2020 i Sverige. I Skåne minskade infektionerna med 11,1% mellan 2019 och 2020. Det är oklart om minskad provtagning är associerad med minskade fall av nämnda infektioner. Studien saknade information om kroppsdelar som provtogs (Saarentausta et al., 2022). 1177-tjänsten gav sämre tillgång då testning bara kunde göras på genitalier, vilket kan leda till att många fall missas utan testning i svalg eller ändtarm (Cullberg et al., 2009). Bilden med omött STI-testning bekräftas av författare till en skotsk studie under pandemins början, de skrev att de hinder Covid-19 innebar för STI- och graviditetsprevention riskerade underminera sådant som är positivt för SRH, och öka ojämlikheten mellan unga (Lewis et al., 2021).

Utåtriktad verksamhet som låg nere ledde till att årskullar missade information om SRHR, om UM-verksamhet och hur man hittar dit, också avhängigt god tillgänglighet (*referens*).

“Det utåtriktade arbetet är också en viktig del sett ur ett jämställdhets- och likabehandlingsperspektiv. Ungdomsmottagningen ska vara tillgänglig och en känd verksamhet för alla ungdomar, oavsett identitet, bakgrund och erfarenheter. Det ligger därför ett särskilt ansvar när det gäller det utåtriktade uppsökande arbetet eftersom vi genom det ska försöka nå de grupper som inte kommer till mottagningen i samma utsträckning” (FSUM, 2018). I en intervjustudie med ungdomar berättade de att det är viktigt för dem med information om UM och dess plats, utbud och vilka som jobbar där samt att de uppskattat att få information på studiebesök av UM (Kånåhols et al., 2011).

Barnmorskor upplevde att killar före pandemin i mindre utsträckning kände till och sökte vård på UM. Bilden bekräftas av Marcel et al. (2002) som skriver att unga män i mindre utsträckning sökt vård på ungdomsinriktade instanser och känt till var den finns att tillgå än kvinnor i samma ålder, samt av Pearson (2003), att få unga män söker vård för sexuell hälsa. Med bakgrund av ovan är det värt att notera att tillgängligheten för gruppen killar blev ytterligare försämrade under av pandemin, dels p.g.a. att sjuksköterskor smittspårade längre men även då de ofta nås just via det utåtriktade arbetet, medan tjejer har fler naturliga vägar till UM via mensbesvär och preventivmedel. Vissa killar kände inte till möjligheten att söka vård på UM under pandemin och konsekvens kan bli att de inte tillgodoser sig vård som finns till för dem och ökad spridning av STI:er.

Konklusion och implikationer

UM var genom sin onlinetjänst tillgänglig för vissa ungdomar under pandemin.

Tillgängligheten var avhängig att ungdomar hade en egen e-legitimation eller var bekväma med att låna annars. Den fysiska tillgängligheten var försämrad och det gjorde att tillgängligheten till UM under pandemin bara innefattade en del av vad ungdomarna fick del av annars. Det handlade både om fysiska saker som insättning av LARC, en lugn första gynnundersökning och lågtröskelverksamhet för fysiska besök men även kontinuiteten, tryggheten och lugnet på rummet som gjorde att mer känsliga frågor lättare kom upp, samt rummets och UM:s attribut som kunde bjuda in till samtal. Ungdomar är en heterogen grupp med olika förutsättningar och behov, och de som innan bara kom fysiskt oplanerat kunde både ha sämre förutsättningar och större behov av UM-vården. Med det i beaktande är det viktigt att möta olika gruppers förutsättningar och tillgodose tillgång både fysiskt och online för att säkerställa tillgänglighet - under normala förutsättningar såväl som annars. UM blev mindre tillgängligt då den utåtriktade verksamheten låg nere och ungdomar som inte känner till UM kan nås där med information om UM, dess plats och utbud. Informationen genom det utåtriktade arbetet uteblivit för flera årskullar.

Studien har undersökt ungdomars tillgång till UM under covid-19-pandemin ur ett barnmorskeperspektiv. Vidare studier om UM:s tillgänglighet ur ett ungdomsperspektiv skulle behövas för en ökad förståelse om tillgängligheten under pandemin, men även efter att restriktionerna har släppt då en stor förskjutning har skett från fysiska till onlinebesök.

Referenser

Cullberg, M., Bratt, G., Pettersson, F., Karlsson, A. (1 januari 2009). Klamydia i ändtarm och svalg vanligt bland män som har sex med män. *Läkartidningen*.

<https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/2009/01/klamydia-i-andtarm-och-svalg-vanligt-bland-man-som-har-sex-med-man/>

Dahlgren, L., Emmelin, M., Winkvist, A. & Lindhgren, M. (2007). *Qualitative methodology for international public health* (2 uppl). Umeå: Epidemiology and Public Health Sciences, Department of Public Health and Clinical Medicine, Umeå University.

De Campos, T. C. (2020). The Traditional Definition of Pandemics, Its Moral Conflations, and Its Practical Implications: A Defense of Conceptual Clarity in Global Health Laws and Policies. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 29(2), 205–217.

<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1017/S0963180119001002>

Diedrich, J. T., Klein, D. A., & Peipert, J. F. (2017). Long-acting reversible contraception in adolescents: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 216(4), 364. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.ajog.2016.12.024>

Endler, M., Al-Haidari, T., Benedetto, C., Chowdhury, S., Christilaw, J., El Kak, F., Galimberti, D., Garcia-Moreno, C., Gutierrez, M., Ibrahim, S., Kumari, S., McNicholas, C., Flores, D., Muganda, J., Ramirez-Negrin, A., Senanayake, H., Sohail, R., Temmerman, M., & Gemzell-Danielsson, K. (2021). How the coronavirus disease 2019 pandemic is impacting sexual and reproductive health and rights and response: Results from a global survey of providers, researchers, and policy-makers. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 100(4), 571–578. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/aogs.14043>

Engstrand, S., & Kopp Kallner, H. (2018). Cost of unintended pregnancy in Sweden - a possibility to lower costs by increasing LARC usage. *Contraception*, 97(5), 445–450.

<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.contraception.2018.01.009>

Folkhälsomyndigheten. (2019). *Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) i Sverige 2017*.

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/s/sexuell-och-reproduktiv-halsa-och-rattigheter-i-sverige-2017/>

Folkhälsomyndigheten. (2020). *Nationell strategi för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR)*.

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/0d489b0821164e949c03e6e2a3a7e6cc/nationell-strategi-sexuell-reproduktiv-halsa-rattigheter.pdf>

Folkhälsomyndigheten. (2020, Mars 11). *Spridningen av Covid-19 är en pandemi. Folkhälsomyndigheten*.

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2020/mars/spridningen-av-covid-19-ar-en-pandemi/>

Folkhälsomyndigheten. (2022, november). *Förebyggande åtgärder och rekommendationer kring smittspridning av covid-19 inom vård och omsorg*.

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/cc7b6e6ac0f84178b4857707507452bc/fo-rebyggande-atgarder-och-rekommendationer-kring-smittspridning-av-covid-19-inom-var-d-och-omsorg.pdf>

Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar. (2018). *Handbok för Sveriges ungdomsmottagningar*. Föreningen för Sveriges Ungdomsmottagningar

Föreningen för Sveriges Ungdomsmottagningar. (2018). *Ungdomsmottagningen i första linjen för psykisk (o)hälsa*. Föreningen för Sveriges Ungdomsmottagningar.

<http://fsum.nu/wp-content/uploads/2018/12/F%C3%B6rsta-linjen.pdf>

Hellström, A., Gemzell Danielsson, K., & Kopp Kallner, H. (2019). Trends in use and attitudes towards contraception in Sweden: results of a nationwide survey. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care : The Official Journal of the European Society of Contraception*, 24(2), 154–160.

<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1080/13625187.2019.1581163>

Helsingforsdeklarationen. (2018). *WMA, declaration of Helsinki - ethical principles for medical research involving human subjects*.

<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

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. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.nedt.2003.10.001>

Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (upplaga 3:2 s. 219–234). Studentlitteratur AB.

International confederations of midwives. (2008). International Code of Ethics for Midwives.eng-international-code-of-ethics-for-midwives.pdf

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (upplaga 3:4). Studentlitteratur AB.

Kånåhols, A. F., Magnusson, H., & Alehagen, S. (2011). Swedish adolescents' experiences of educational sessions at Youth Clinics. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 2(3), 119–123. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.srhc.2011.05.003>

Lag om ändring i smittskyddslagen (2004:168) (SFS 2020:430). Socialdepartementet. <https://svenskförfattningssamling.se/sites/default/files/sfs/2020-06/SFS2020-430.pdf>

Lewis, R., Blake, C., Shimonovich, M., Coia, N., Duffy, J., Kerr, Y., Wilson, J., Graham, C.A., Mitchell, K.R. (2021). Disrupted prevention: condom and contraception access and use among young adults during the initial months of the COVID-19 pandemic. An online survey. *BMJ Sex Reprod Health*, 47(4), 269-276. doi: 10.1136/bmjsexrh-2020-200975. Epub 2021 Mar 11. PMID: 33707178; PMCID: PMC7956735.

Ludvigsson J. F. (2020). The first eight months of Sweden's COVID-19 strategy and the key actions and actors that were involved. *Acta paediatrica (Oslo, Norway : 1992)*, 109(12), 2459–2471. <https://doi.org/10.1111/apa.15582>

Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (Uppl 1:5., s. 57-72). Studentlitteratur.

Läkemedelsverket. (2014). *Antikonception - behandlingsrekommendation*. Läkemedelsverket. <https://www.lakemedelsverket.se/globalassets/dokument/behandling-och-forskrivning/behandlingsrekommendationer/behandlingsrekommendation/behandlingsrekommendation-antikonception.pdf>

Marcell, A. V., Klein, J. D., Fischer, I., Allan, M. J., & Kokotailo, P. K. (2002). Male adolescent use of health care services: where are the boys? *Journal of Adolescent Health*, 30(1), 35–43. [https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/S1054-139X\(01\)00319-6](https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/S1054-139X(01)00319-6)

Ménage, D., Bailey, E., Lees, S., & Coad, J. (2020). Women's lived experience of compassionate midwifery: Human and professional. *Midwifery*, 85. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.midw.2020.102662>

Ménage, D., Bailey, E., Lees, S., & Coad, J. (2017). A concept analysis of compassionate midwifery. *Journal of Advanced Nursing*, 73(3), 558–573. <https://doi.org/10.1111/jan.13214>

Niemeyer Hultstrand, J., Törnroos, E., Gemzell-Danielsson, K., Larsson, M.I., Makenzius, M., Sundström-Poromaa, I., Tydén, T., Ekstrand Ragnar, M. (2022). Induced abortion and access to contraception in Sweden during the COVID-19 pandemic. *BMJ Sex Reprod Health*, 48(4):311-312. doi: 10.1136/bmjsexrh-2022-201464

Nortén, H., Ilozumba, O., Wilkinson, J., Gemzell-Danielsson, K., & Gomperts, R. (2021). 10-year evaluation of the use of medical abortion through telemedicine: a retrospective cohort study. *BJOG : An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/1471-0528.16765>

Paulsson, G. (2008). Fenomenografi. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (Uppl 1:5., s. 57-72). Studentlitteratur.

Pearson, S. (2003). Promoting sexual health services to young men: findings from focus group discussions. *BMJ Sexual & Reproductive Health*, 29 (4), 194-198.

Region Skåne. (u.å.). Ungdomsmottagningar. Primärvården Skåne. <https://vard.skane.se/primarvarden/vara-verksamheter/ungdomsmottagningar/>

Region Skåne. (2022, 09, november). *Hälften av alla besök på ungdomsmottagningen är digitala*. <https://www.skane.se/organisation-politik/Nyheter/Halsa-och-varld/2022/halften-av-alla-besok-pa-ungdomsmottagningen-ar-digitala/>

Saarentausta, K., Ivarsson, L., Jacobsson, S., Herrmann, B. 1955, Sundqvist, M., & Unemo, M. (2022). Potential impact of the COVID-19 pandemic on the national and regional

incidence, epidemiology and diagnostic testing of chlamydia and gonorrhoea in Sweden, 2020. *Acta Pathologica, Microbiologica et Immunologica Scandinavica (APMIS)*, 130(1), 34–42. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/apm.13191>

Smittskyddslagen (SFS 2004:430). Socialdepartementet.

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/smittskyddslag-2004168_sfs-2004-168

Socialstyrelsen. (2022). *Statistik om aborter 2021* (Artikelnummer 2021-5-7373).

Socialstyrelsen.

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2022-6-8007.pdf>

Socialstyrelsen. (6 januari 2023). *Statistikdatabas för läkemedel*.

https://sdb.socialstyrelsen.se/if_lak/resultat.aspx

Starrs, A. M., Ezeh, A. C., Barker, G., Basu, A., Bertrand, J. T., Blum, R., Coll-Seck, A. M., Grover, A., Laski, L., Roa, M., Sathar, Z. A., Say, L., Serour, G. I., Singh, S., Stenberg, K., Temmerman, M., Biddlecom, A., Popinchalk, A., Summers, C., & Ashford, L. S. (2018).

Accelerate progress-sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher-Lancet Commission. *Lancet (London, England)*, 391(10140), 2642–2692.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30293-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30293-9)

Steiner, R. J., Zapata, L. B., Curtis, K. M., Whiteman, M. K., Brittain, A. W., Tromble, E., Keys, K. R., & Fasula, A. M. (2021). COVID-19 and Sexual and Reproductive Health Care: Findings From Primary Care Providers Who Serve Adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 69(3), 375–382. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.jadohealth.2021.06.002>

Svenska barnmorskeförbundet. (2018). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*.

<https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2020/04/Kompetensbeskrivning-for-legitimerad-barnmorska.pdf>

Thomé, S., Malm, D., Christianson, M., Hurtig, A.-K., Wiklund, M., Waenerlund, A.-K., & Goicolea, I. (2016). Challenges and strategies for sustaining youth-friendly health services --

a qualitative study from the perspective of professionals at youth clinics in northern Sweden. *Reproductive Health*, 13, 1–13. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1186/s12978-016-0261-6>

Tolu, L. B. (1), Jeldu, W. G. (1), & Feyissa, G. T. (2). (2021). Guidelines and best practice recommendations on reproductive health services provision amid COVID-19 pandemic: scoping review. *BMC Public Health*, 21(1).

<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1186/s12889-021-10346-2>

Tylee, A., Haller, D. M., Graham, T., Churchill, R., & Sanci, L. A. (2007). Youth-friendly primary-care services: how are we doing and what more needs to be done? *The Lancet*, 369(9572), 1565–1573. [https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/S0140-6736\(07\)60371-7](https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/S0140-6736(07)60371-7)

UMO. (2021). *Om UMO*. <https://www.umo.se/om-oss/>

United nations. (2021). *Universal Declaration of Human Rights*.

<https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/udhr.pdf>

UNFPA. 27 april 2020. *Impact of the COVID-19 Pandemic on Family Planning and Ending Gender-based Violence, Female Genital Mutilation and Child Marriage*. UNFPA.

Impact-of-the-COVID-19-Pandemic-on-Family-Planning-and-Ending-Gender-based-Violence-Female-Genital-Mutilation-and-Child-Marriage-EN.pdf (gbvguidelines.org)

World Health Organisation [WHO]. (2020, Juni 20). *Listings of WHO's response to COVID-19*. World Health Organisation.

<https://www.who.int/news/item/29-06-2020-covidtimeline>

Waenerlund, A. K., San Sebastian, M., Hurtig, A. K., Wiklund, M., Christianson, M., & Goicolea, I. (2020). Assessing the youth-friendliness of youth clinics in northern Sweden: a survey analyzing the perspective of the youth. *BMC health services research*, 20(1), 346.

<https://doi.org/10.1186/s12913-020-05188-4>

World Health Organization. (2012). *Making health services adolescent friendly: Developing national quality standards for adolescent friendly health services*. World Health Organization.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75217/9789241503594_eng.pdf

Författarnas bidrag

Författarna har varit lika delaktiga i genomförandet av denna uppsats.

Intervjuguide

Frågorna kommer att formuleras ungefär som nedan under intervjun.

- Hur uppfattar du att ungdomarnas förutsättningar till god sexuell och reproduktiv hälsa påverkats av pandemin?

Följdfrågor vid behov

- Kan du berätta mer om det?
- På vilket sätt?
- Vad menar du?
- Har du fler exempel på det?
- Är det något mer du vill berätta?

BILAGA 2

Figur 2 - Analysprocess från meningsbärande enhet till kategori

Meningsbärande enhet	Kondensering	Kod	Underkategori	Kategori
Och sen så fick vi direktiv att... från början var det ju att man skulle, nämen att vi skulle liksom spärra allting så att vi inte hade några tider, ifall vi skulle lånas ut till andra verksamheter.	Från början skulle vi spärra alla tider ifall vi lånades till annan verksamhet.	Alla tider spärrades (3:1)	Ungdomar nedprioriterades	Tillgången förändrades från fysisk till online
Eh och man kan inte säkerställa att ungdomen är själv heller i samtalet, även om de säger det så märker man liksom kanske att där är någon person bakom kameran eller så.	Det går inte att säkerställa att ungdomen är själv i samtalet, även om de säger det så märker man på dem.	Minskad sekretess online (7:29)	Onlinemöten på gott och ont	
Och sen har man väl varit lite mer, eh, alltså att man skrivit mer recept per telefon, små korta recept. Så man väntat ut Corona.	Sen har vi väl skrivit mer men korta recept per telefon och väntat ut corona.	Mer recept på telefon (2:4)	Preventivmedel sförskrivning förändrades	Begränsade undersöknings- och insättningsmöjligheter
Och sen är det ju fantastiskt att man kan beställa såna här hemtest med klamydiatest ju. Så det har vi ju hänvisat otroligt mycket till.	Det är fantastiskt att man kan beställa hemtest för klamydia, det har vi hänvisat mycket till.	Hänvisat till hemtest (4:30)	Svårare med STI-testning	

BILAGA 3

Figur 3 - Analysprocess från kod till kategori

Kod	Underkategori	Kategori
LARC hänvisades till barnmorskemottagning (5:6)	Preventivmedelsförskrivning förändrades	Begränsade möjligheter till undersökning och insättning av preventivmedel
Förändrad tillgänglighet ledde till annat val av preventivmedel (7:3)		
Förlängd användningstid för preventivmedel (5:23)		
Hemtest fungerade inte för alla (1:13, 3:5, 8:5, 9:23)	Svårare med STI-testning	
Uppskjuten STI-testning (9:23)		
Ökat ansvarstagande för sin hälsa (2:17)	Andra vägar till vård för ungdomarna	Begränsningarna påverkade fysisk och psykisk hälsa
Ungdomar behövt lära sig söka vård (8:9)		
Minskad tillgänglighet kan leda till minskat hjälpsökande (7:5)		
Kuratorer tog inte emot fysiskt alls ett tag (4:19)	Ont om kuratorstider	
Försämrade kuratorskontakt online (5:16)		