

# Lev fort och dö ung

## En litteraturstudie om unga män och sexuellt riskbeteende

FÖRFATTARE	Ragnhild Eikemo
PROGRAM/KURS	Reproduktiv och perinatal hälsa Fristående kurs, 15 högskolepoäng RPH 110, VT 2012
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Anna Wessberg
EXAMINATOR	Eva Jakobsson Ung

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Titel (svensk):	Lev fort och dö ung – en litteraturstudie om unga män och sexuellt riskbeteende
Titel (engelsk):	Live fast and die young – a literature study about sexual risk taking among young men
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Reproduktiv och perinatal hälsa/Fristående kurs RPH 110
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	29 sidor
Författare:	Ragnhild Eikemo
Handledare:	Anna Wessberg
Examinator:	Eva Jakobsson Ung

---

## **SAMMANFATTNING**

Syftet med denna litteraturstudie var att problematisera det faktum att unga män söker till landets ungdomsmottagningar (UM) i mycket mindre utsträckning än unga kvinnor. Genom att analysera 12 vetenskapliga artiklar på området unga män och sexualitet söktes det svar på hur de unga männen själva ser på sin egen betydelse för att minska STI och oönskade graviditeter. Det undersöktes också om det finns stora könsskillnader eller skillnader mellan olika grupper när det gäller inställning till preventivmedel, samt hur man som barnmorska på UM kan tydliggöra sitt arbete med unga män utifrån deras behov. Det som framkom var dels att preventivmedelsanvändningen är ett komplext område och att hormonella preventivmedel kan se som ett hinder för killar att använda kondom, att kunskaperna om STI är varierande och ofta bristfälliga, att riskbeteende var större i vissa grupper och att ungdomsmottagningen är en viktig arena för ungas reproduktiva och sexuella hälsa och att det krävs kunskap och engagemang av personalen för att nå killarna. Titeln på arbetet – Lev fort och dö ung – syftar till den undergrupp av unga killar som inte bara utsätter sig för stora risker vad gäller den sexuella hälsan utan som också uppvisar ett återkommande riskbeteende vad gäller trafik, alkohol, tobak och droger. Att arbeta förebyggande med dessa grupper är en stor utmaning som kräver kunskap, vilja och inte minst samverkan mellan olika yrkesgrupper och olika instanser i samhället.

## **ABSTRACT (engelska)**

The aim of this literature study was to problematize the fact that young men are visiting the country's youth clinics (UM) to a much lesser extent than young women. By analyzing 12 scientific papers about young men and sexuality sought the answer to how the young men themselves view their own role in reducing STIs and unwanted pregnancies. It also examined whether there are significant gender differences or differences between groups in terms of attitudes to contraception, and how, as a midwife at UM can highlight their work with young men to their needs. What emerged were that contraceptive use is a complex area and that the girls use of hormonal contraceptives can be seen as an holdback for boys to use condoms, that knowledge of STI are varied and often defective, that risk behavior was higher in certain groups and the youth clinic is an important arena for young people's reproductive and sexual rights and requires knowledge and commitment of staff to reach the boys. The title of the work - Live fast and die young - aims at the subset of young guys who not only put themselves at great risks to sexual health but also show a return of risk-taking behavior in terms of traffic, alcohol, tobacco and drugs. Preventative work with these groups is a major challenge that requires knowledge, will, and not least the interaction between different disciplines and different agencies in the community.

**Keywords: Attitude to sexuality, Attitude to risk, Sexual health, Sexual transmitted infections, Youth central, Young men**

<b>Innehåll</b>	<b>Sid.</b>
<b>INLEDNING</b>	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b>	<b>1</b>
Barnmorska på ungdomsmottagningen	1
Sexuell och reproduktiv hälsa	2
Ungdomsmottagningens historia och dess besökare	3
Sexuellt överförda infektioner (STI)	5
Oönskade graviditeter	7
Kondomanvändning	8
Sexuellt riskbeteende	8
<b>PROBLEMFÖRMULERING</b>	<b>9</b>
<b>SYFTE</b>	<b>10</b>
<b>METOD</b>	<b>10</b>
Litteratursökning	10
Etisk aspekt	11
Databearbetning och analys	11
<b>RESULTAT</b>	<b>12</b>
Preventivmedelsanvändning – olika perspektiv	12
Bristande kunskaper om STI	12
Större riskbeteende i vissa grupper	13
Ungdomsmottagningens roll	14
<b>DISKUSSION</b>	<b>15</b>
Metoddiskussion	15
Resultatdiskussion	16
Slutsats	19
<b>REFERENSER</b>	<b>21</b>

**Bilaga 1. Sammanställning av artiklarna som ingår i litteraturstudien**

**Bilaga 2. Sammanställmin av litteratursökningen**

# Inledning

Where have all the young men gone? Inte bara en känd textrad från 1950-talet utan också en relevant fråga att ställa sig om man arbetar som barnmorska på ungdomsmottagning (UM). Största delen av ungdomarna som besöker UM är nämligen unga kvinnor, hos oss på vår mottagning, och i resten av Sverige (Statens folkhälsoinstitut, 2010:6). Eftersom UM är den självklara arenan för ungas sexualitet och reproduktiva hälsa blir konsekvensen att detta blir ett eftersatt område för unga män. Det faktum att besöken till UM endast till liten del består av unga män kopplad till det faktum att kondomanvändningen i Sverige är låg (Tikkanen, et.al, 2011), att könssjukdomar (STI) ökar ([www.smittskyddsinstitutet.se](http://www.smittskyddsinstitutet.se), 2011) och att abortsiffrorna är höga (Socialstyrelsen, 2011) kan få en att fundera över vad de unga mäns inställning är och om det kunde ha sett annorlunda ut om de sökte till UM i större utsträckning.

Det är rimligt att tycka att de unga männen bör ta större ansvar och att de har betydelse för att stärka ungdomars sexuella hälsa. På många ungdomsmottagningar finns det speciella tider där bara unga män får besöka mottagningen och flera projekt har genomförts på landets ungdomsmottagningar för att öka andelen manliga besökare. Erfarenheten är att sådana åtgärder bara har marginell effekt, att de unga männen kanske söker sig till UM i större utsträckning under vissa perioder men att det återgår till samma låga andel besök av unga män när mottagningen inte driver ett speciellt projekt.

Detta arbete är en litteraturstudie som består av analys av kvalitativ och kvantitativ forskning på området ungdomar, unga män och sexualitet och handlar om unga mäns attityder och hur de själva ser på sin egen betydelse för att minska STI och oönskade graviditeter kopplade till ungdomsmottagningens roll och uppdrag utifrån barnmorskans kompetensområde.

Yrkestiteln barnmorska förknippas av många med någon som arbetar i slutenvård med perinatal hälsa, det vill säga företrädesvis med kvinnor och barn kring förlossning och nyföddhetstiden, eller någon som arbetar med gravida kvinnor. Det är viktigt att understryka barnmorskans breda kompetensområde och att yrkeskompetensen även innebär ansvar för båda köns sexuella och reproduktiva hälsa. Arbetet fokuserar på unga män i ungdomsmottagnings målgrupp, dvs. mellan 13-25 år, och både begreppen ”unga män” och ”killar” används likvärdigt.

## Bakgrund

### Barnmorska på ungdomsmottagning

Som personal på ungdomsmottagningen (UM) arbetar man med ungdomar i åldern 13 – 25 år. Enligt föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar (FSUM) är det övergripande målet för UM att främja fysisk och psykisk hälsa, stärka ungdomar i identitetsutvecklingen så att de kan hantera sin sexualitet samt att förebygga oönskade graviditeter och sexuellt överförbara infektioner (FSUM, 2002).

UM arbetar utifrån en helhetssyn på ungdomar där kroppslig, psykisk och social utveckling ingår. Ett tvärprofessionellt arbetssätt med respekt för olika yrkeskategoriers kompetens är nödvändigt och gagnar helhetssynen. På en ungdomsmottagning skall det enligt FSUM (2002) finnas följande yrkeskategorier: barnmorska med förskrivningsrätt, kurator/psykolog och läkare.

Enligt kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska är barnmorskans kompetensområde ”sexualitet och reproduktiv hälsa” och man skall ha förmåga att tillämpa kunskap som påverkar hälsa i ett genus- och livscykel perspektiv. I barnmorskans yrkesutövning ingår förebyggande såväl som sjukvårdande åtgärder, vilka avgränsas av gällande författningar. I kompetensbeskrivningen står det att man skall kunna tillämpa kunskap och ge information om sexualitet och samlevnad, STI och preventivmedel och dess användning. Vidare skall man ha förmåga att arbeta hälsofrämjande på individ-, grupp- och samhällsnivå och här känns det som en självklarhet att båda könens behov och roller är lika viktiga (Socialstyrelsen, 2006).

## Sexuell och reproduktiv hälsa

Sexualitet och reproduktiv hälsa är, förutom att vara barnmorskans kompetensområde, också ett av de 11 nationella folkhälsoområden, målområde 8 (Regeringens prop. 2002/03:35). Det som från början hette reproduktiv hälsa utökades 1994 under FN:s befolkningskonferens i Kairo och sedan dess ingår även sexualitet i begreppet. Sexuell hälsa innebär möjlighet till ett tillfredställande sexualliv och är därför inte avgränsad till den fertila åldern i människors liv. Sexuell och reproduktiv hälsa gäller alla människors samlevnad, relationer och livskvalitet, vilket också inkluderar rättigheten att bestämma över sin sexualitet och sin kropp.

Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter – SRHR - är ett vedertaget begrepp och man pratar till och med om SRHR-politik i Sverige idag. Det man menar då är ett stort antal områden som hänger samman: jämställdhet, sexualundervisning, mödravård och vård av nyfödda, uppmärksammande av orättvisa skillnader mellan olika grupper, frihet från könsstympning, sexuellt och annat könsrelaterat våld och tvång, rätt till preventivmedel och säkra aborter samt tillgång till skydd mot STI (Statens Folkhälsoinstitut, 2010).

Världshälsoorganisationen (WHO) definierar också begreppet:

*”Reproductive health is defined by WHO as a state of physical, mental, and social well-being in all matters relating to the reproductive system at all stages of life. Reproductive health implies that people are able to have a satisfying and safe sex life and that they have the capability to reproduce and the freedom to decide if, when, and how often to do so. Implicit in this are the right of men and women to be informed and to have access to safe, effective, affordable, and acceptable methods of family planning of their choice, and the right to appropriate health-care services that enable women to safely go through pregnancy and childbirth. Reproductive health care is defined as the constellation of methods, techniques, and services that contribute to reproductive health and well-being by preventing and solving reproductive health problems. It also includes sexual health, the purpose of which is the*

*enhancement of life and personal relations, and not merely counseling and care related to reproduction and sexually transmitted infections.” (WHO, 1998)*

Trots att reproduktiv och sexuell hälsa ses som ett viktigt område i vårt samhälle är det enligt Statens Folkhälsoinstituts kunskapsöversikt en tendens inom kunskapsområdet att fokusera på kvinnors reproduktiva hälsa. Detta kan bero på att ohälsa relaterad till sexualitet och reproduktion är vanligast bland kvinnor och därför har förebyggande och hälsofrämjande insatser i samhället främst fokuserats på kvinnors situation och behov (Statens Folkhälsoinstitut, 2011:4).

## **Ungdomsmottagningarnas historia och dess besökare**

I dag är begreppet ”ungdomsmottagning” välkänd för de flesta men så har det inte alltid varit. Höjeberg (2010) tar upp begreppet i sin berättelse om ungdomsmottagningarnas framväxt. Vad är en ungdomsmottagning?

*” ..Först kanske det verkar enkelt. - Det gäller mottagningar som är öppna för ungdomar. - Men nästan alla mottagningar med samhällsservice är väl öppna för ungdomar? - Okej, vi menar de mottagningar som endast är öppna för ungdomar. - Jaha, men vad menas med ungdomar? - Det är de som inte är barn och inte är vuxna. - Vilka är det då? – Tja, det är väl de som är mellan 12 och 20 år ungefär. - Men vad menas egentligen med en mottagning? - Ja, en särskild lokal dit ungdomar kan komma och få hjälp. Om en grupp ur personalen på en vårdcentral går iväg till en lokal 50 m bort och tar emot ungdomar där under ett par timmar blir det en ungdomsmottagning? Men om de istället stannar kvar på vårdcentralen och stänger en del av verksamheten för alla andra än ungdomar så är det inte en ungdomsmottagning?... ” (Höjeberg, 2010, sid.4)*

Citatet är hämtat ur en rapport från Socialstyrelsen som utgavs 1977, rapporten heter: Ungdomsmottagning - skall vi ha det? (Höjeberg, 2010) Mycket har hänt sedan denna rapport skrevs och idag har ungdomsmottagningen en självklar plats i de flesta kommuner och finns i de flesta ungas medvetenhet på ett eller annat vis.

Den första ungdomsmottagningen (UM) i Sverige öppnades i Borlänge 1970 på initiativ av barn- och ungdomsläkaren Gustaf Högberg och 1977 fanns det 10 UM i Sverige med varierande innehåll och målsättning. Ungdomsmottagningarna började växa fram vid en tidpunkt då ungdomen mer och mer uppmärksammades i samhället och öppenheten kring sexualitetens betydelse i ungdomens utveckling ökade. P-pillrets inträde på den svenska marknaden 1968, abortlagen som trädde i kraft 1975 och upptäckten av HIV samt möjligheten att diagnostisera och behandla klamydia var också viktiga faktorer som påverkade UMs framväxt (Höjeberg, 2010).

I slutet på 1980 talet ökade antalet mottagningar kraftigt och idag finns ca 225 mottagningar i Sverige. UMs målgrupp innefattar samtliga unga människor i Sverige, den övre åldersgränsen ligger på de flesta mottagningar på 25 år. Ända från början har UMs målsättningen varit att förebygga fysisk och psykisk ohälsa utifrån en helhetssyn på ungdomar och deras



frågeställningar. Helhetssynen innebar att man dels utgick ifrån sambandet mellan kropp och själ, dels mellan individ och omgivning. För att få en helhetssyn på ungdomar och deras frågeställningar blev personalsammansättningen bred med både medicinsk, social och psykologisk kunskap. Ungdomsmottagningarnas verksamhet är ett frivilligt åtagande för kommuner och landsting och verksamheterna varierar därför en hel del utifrån lokala förutsättningar och storlek på respektive kommun. Det finns allt från små mottagningar på glesbygden med en barnmorska och en kurator som är öppet ett par timmar per vecka till storstadsmottagningar som har öppet varje dag med bred tillgänglighet och yrkeskompetens. Gemensamt är dock att ungdomsmottagningen är en låg-tröskel verksamhet vilket innebär att det ska vara en lättillgänglig och öppen mottagningsverksamhet dit unga människor söker sig på eget initiativ för att få råd, stöd och enklare behandling (Höjeberg, 2010).

1988 bildades Föreningen för Sveriges Ungdomsmottagningar (FSUM) för att både ge stöd åt och bygga upp kompetensen kring ungdomsmottagningar. 1992 formulerade FSUM ett policyprogram som bland annat definierade ungdomsmottagningarnas mål och verksamhet.

*”Det övergripande målet för UM är att främja fysisk och psykisk hälsa, stärka ungdomar i identitetsutvecklingen så att de kan hantera sin sexualitet samt att förebygga oönskade graviditeter och sexuellt överförbara infektioner.”* (FSUM, 2002)

Sveriges ungdomsmottagningar har per idag inget nationellt uppdrag eller styrning, FSUM är en ideell organisation men det är FSUMs policyprogram och definition som ligger till grund för de flesta avtal och uppdrag som landets UM har. De flesta UM är medlemmar av FSUM och rapporterar in sina besök en gång per år. Det är dock ett sårbart system och det är svårt att få fram exakta siffror på hur många som besöker UM varje år på nationell nivå. De senaste siffrorna som finns publicerade från FSUM är från 2006 de visar då på ett totalt antal på 247 458 registrerade besök, av dessa var 86,7% tjejer och 13,3% killar (FSUM, 2002).

I Fyrbodal, som är en del av Västra Götalandsregionen (VGR), ser siffrorna liknande ut. I en rapport från Hälso- och sjukvårdsnämndernas kansli i Uddevalla (2011) som beskriver deras utvecklingsarbete mot en mer jämställd ungdomsmottagningsverksamhet beskrivs det att andelen killar som besöker områdets 15 mottagningar ligger på 13 %. Det poängteras dock att variationerna kan vara stora mellan mottagningarna och även till olika yrkesgrupper på mottagningarna. Dessa skillnader kan bero på skillnad i registrering av besök samt skillnad i tillgång till olika yrkesgrupper. Även om man idag inte kan få fram exakta siffror på hur många besökare ungdomsmottagningarna har på nationell nivå och på hur många av dessa som är unga män så är det ett faktum att andelen unga män är mycket lägre än andelen unga kvinnor. Detta innebär en ojämn fördelning av hälso- och sjukvårdens resurser och påverkar bland annat mäns sexualitet och reproduktiva hälsa i negativ riktning (Hälso- och sjukvårdsnämndernas kansli, 2011).

## Sexuellt överförda infektioner (STI)

Varje år diagnostiseras över 330 miljoner nya fall i världen av sexuellt överförda infektioner, exklusive fall av HIV (Lindstrand, et.al, 2006). Detta är ett stort folkhälsoproblem och ett av de nationella målområden rör också den sexuella hälsan: målområde sju som innefattar ”Gott skydd mot smittspridning”. I Sverige lever fler människor än någonsin med HIV och klamydia har ökat med över 200 % sedan 1997. Klamydia klassas enligt smittskyddslagen som en allmänfarlig sjukdom och diagnostiserade fall anmäls, såväl till smittskyddsläkaren i landstinget som till smittskyddsinstitutet (Smittskyddsinstitutet, 2011a). Det är på så vis man kan följa smittspridningen både vad gäller kön och ålder på de drabbade på ett ganska tydligt sätt. Anmälan sker dock inte med identitet utan med en rikskod som består av födelseår och de fyra sista siffrorna i personnumret. Sverige är unikt med sin lagstiftning som ger hälso- och sjukvården ett tydligt ansvar att förhindra smittspridning. (Statens Folkhälsoinstitut, 2011) Detta sker bland annat genom kostnadsfri provtagning och behandling samt smittspårning, som i de flesta kommuner i huvudsak utförs genom delegering av personalen på UM.

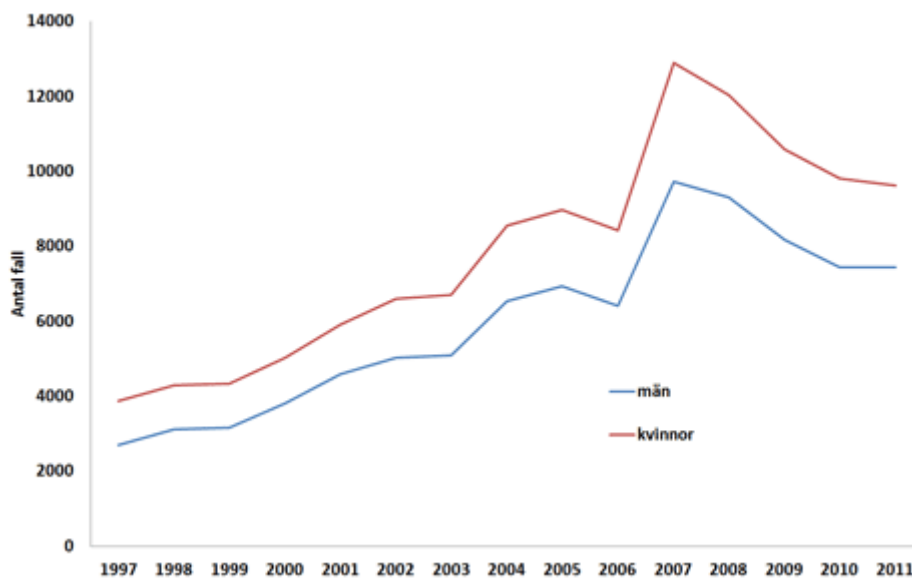
Eftersom klamydia är den vanligaste sexuellt överförbara infektionen som vi har statistik på, har jag valt att beskriva hur det ser ut för just denna infektion lite närmare. Man får dock inte glömma bort att väldigt många unga också smittas av framför allt herpes och kondylom, STI som orsakas av virus och som inte faller under smittskyddslagen men som lika fullt kan ge mycket besvär för den som drabbas. Det är också viktigt att tänka på att HIV, som än så länge inte har någon stor spridning i ungdomsgruppen i Sverige, överförs på precis samma sätt som de ovan beskrivna infektionerna, via oskyddade samlag. STI och framför allt HIV kan få stora konsekvenser för den enskilde personen som drabbas men också för samhället.

Socialstyrelsen har utfört en undersökning, Ungdomsbarometern (Socialstyrelsen, 2010) som visar att oron för HIV är låg bland unga. Detta faktum är i sig en varningssignal och något som alla som arbetar med ungas sexuella hälsa måste ha med sig i sitt arbete. Infektionerna kan förebyggas genom kunskapsspridning, frivillig rådgivning och testning och smittskyddsinstitutet har sedan 1 juli 2010 tagit över uppdraget att samordna och följa upp de breda förebyggande insatser mot HIV och STI som finns nationellt, regionalt och lokalt. Arbetet sker på enheten för hivprevention och sexuell hälsa. Arbetet utgår från den nationella strategin som antagits av Sveriges riksdag, proposition 2005/06:60 *Nationell strategi mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar* (Socialstyrelsen, 2009).

Klamydia orsakas av en bakterie, *Chlamydia trachomatis*. Bakterien kan finnas i urinröret hos båda könen och hos kvinnor även i slidan och på livmoderhalsen, ibland kan man också finna bakterien i ögon, ändtarm och/eller svalg. Bakterien smittar vid samlag och andra oskyddade sexuella kontakter. Det är en kort inkubationstid, från några dygn till någon vecka. Att spridningen av klamydia är så stor kan bero på att många som smittas inte märker av att de har sjukdomen, eftersom smittan ofta inte ger några symtom alls. Eventuella symtom yttrar sig främst som sveda/klåda när man kissar, detta beror på inflammation i urinröret. Inflammationen kan även ge flytningar hos både män och kvinnor. Andra symtom kan vara samlagsblödningar och smärta i livmodern hos kvinnor och i testiklarna hos män. Kvinnor som inte behandlas kan få bestående skador på äggledarna och män kan få inflammation i bitestiklarna, med risk för sterilitet. Infektionen är lätt att behandla med antibiotika och om

detta sker snabbt efter att man är smittad är risken för följsjukdomar liten. Diagnos ställs främst genom påvisande av smittämnet i urin, urinrör, livmoderhals, ögon, svalg eller ändtarm (Smittskyddsinstitutet, 2011a).

Som tidigare nämnts så har antalet klamydiafall ökat successivt sedan 1997 och man såg framför allt en mycket kraftig ökning av anmälda fall 2007. Detta år anmäldes 47 101 fall vilket var en ökning med 45 % sedan 2006. Denna ökning berodde främst på en förbättrad klamydiadiagnostik som då introducerades efter att en ny genetisk form av *Chlamydia trachomatis* upptäcktes hösten 2006. Sedan rekordåret 2007 har det skett en viss minskning i rapporterade fall och 2010 rapporterades 36 814 fall. För första halvåret 2011 rapporterades 17 057 fall vilket är i stort sätt samma nivå som första halvåret 2010. Den sjunkande trenden som setts de senaste tre åren efter toppåret 2007 ser alltså ut att ha avstannat, åtminstone tillfälligt (Smittskyddsinstitutet, 2011a).



Figur 1. Antal anmälda klamydiafall januari-juni 1997-2011, fördelat per kön (Smittskyddsinstitutet, 2011a)

Som illustrationen visar är det fler kvinnor än män som diagnostiseras med klamydia. Första halvåret 2011 fördelade det sig på 56 % kvinnor och 44 % män. Den huvudsakliga orsaken till högre förekomst av klamydia hos kvinnor tillskrivs det faktum att kvinnor lämnar klamydiaprov i mycket större utsträckning än män. Smittan är vanligast i åldersgruppen 15 – 29 år som står för 85 procent av alla klamydiafall. Medelåldern för kvinnor som har klamydia är 22 år och för män 25 år. Trots att det totala antalet rapporterade klamydiafall i landet har minskat de senaste tre åren finns det en åldersgrupp som utskiljer sig: åldern 20 – 24 år. I denna grupp har man flest rapporterade fall och här ser man också en ökning, tvärs emot trenden i övriga åldersgrupper. I gruppen kvinnor 20-24 år ökade fallen med 10 % första halvåret 2011 jämfört med 2010 och för män med 5,6 % under samma tid (Smittskyddsinstitutet, 2011a).

## Oönskade graviditeter

Arbetet på UM innebär att man ofta möter unga kvinnor som är oroliga över ha blivit gravida eller som faktiskt redan är oönskade gravida, men också att man möter unga män i samma situation. De unga männen kan komma tillsammans med sin flickvän men det är inte heller ovanligt att de kommer ensamma med sin oro. De flesta unga som blivit oönskade gravida väljer att utföra en abort. Enligt Socialstyrelsen slutar 81 % av alla tonårsgraviditeter med abort. Sverige har det högsta antalet tonårsaborter i Norden men också de lägsta födelsetalen bland tonåringar (Socialstyrelsen, 2011).

Det kommer alltid att finnas tonåringar som väljer att bli föräldrar, antingen efter en planerad eller efter en oplanerad graviditet. Om man arbetar med ungdomar och träffar tonåringar som beslutar sig för att bli förälder, är det viktigt att tänka på att de befinner sig i en utsatt situation och behöver mycket stöd. De är mitt uppe i sin egen identitetsutveckling med allt vad det innebär. Det är också ett faktum att många unga föräldrar är ensamstående och att det alltid innebär en social och ekonomisk utsatt situation att bli tonårsförälder (Hertfelt Wahn & Nissen, 2008).

I Sverige har vi fri abort och den första abortlagen är från 1938, den innebar att legal abort kunde utföras efter särskilt tillstånd från dåvarande Medicinalstyrelsen eller utifrån ett så kallat tvåläkarintyg. Den nuvarande abortlagen trädde i kraft 1975 och innebär i huvudsak fri abort fram till utgången av 18:e graviditetsveckan. Nästan 79 procent av alla aborter under 2010 utfördes före utgången av en 9:e graviditetsveckan. Andelen medicinska aborter fortsätter att öka och utgör 87,5 procent av alla aborter före utgången av 9:e graviditetsveckan. De regionala skillnaderna är dock stora, både när det gäller andelen aborter före utgången av den 9:e graviditetsveckan och andelen medicinska aborter (Socialstyrelsen, 2011).

Antalet utförda aborter har efter 1975 varierat mellan 30 000 och drygt 38 000 per år. Under 2010 utfördes 37 653 aborter i Sverige. Man ser de senaste åren en ökning i alla åldersgrupper förutom bland tonåringar, där man faktiskt ser att antalet utförda aborter fortsätter minska. Det utförs flest aborter i åldersgruppen 20-24 år. Under första halvåret 2011 utfördes 19 010 aborter vilket är en liten minskning från samma period förra året. När det gäller gruppen tonåringar är minskningen första halvåret 2011 8 % jämfört med samma period 2010 (Socialstyrelsen, 2011).

En anledning till att tonårsaborterna minskar kan vara satsningen på det förebyggande arbetet utifrån handlingsplanen mot klamydia som beskrivits tidigare. Det finns nämligen inget nationellt styrdokument för hur man skall förebygga oönskade graviditeter och inte heller för hur man inom hälso- och sjukvården skall arbeta för att förebygga upprepade aborter. (Statens Folkhälsoinstitut, 2011) Andelen som gör upprepade aborter ligger stabilt på mellan 37 och 39 % av alla som genomfört en abort i Sverige de senaste 20 åren. Det innebär att det förebyggande arbetet inte har varit effektivt för denna grupp som även i många andra avseenden är riskutsatt.

En annan anledning till att tonårsaborterna faktiskt minskar kan vara att man i Sverige satsar på subvention av hormonella preventivmedel till unga och att det jämförelsevis är många unga som tar hormonella preventivmedel om man jämför med våra grannländer (Forsberg, 2005). I en rapport från 1994 drar man slutsatsen att man generellt kunde se en tydlig minskning av antalet tonårsaborter i landsting där man infört subvention av preventivmedel jämfört med landsting där man inte infört subventioner (Socialstyrelsen, 1994).

## Kondomanvändning

Det effektivaste sättet att förhindra STI och oönskade graviditeter är att använda kondom. Det är också det enda preventivmedlet som finns tillgängligt för män. Trots detta har flera studier visat att kondomanvändningen i Sverige är låg. Sveriges största studie kring unga och sexualitet, UngKAB (Unga, Kunskaper, Attityder, Beteende) som presenterades 2011 bekräftar tidigare studier rörande kondomanvändning. 15 000 unga från hela Sverige har deltagit i studien, som genomförts på uppdrag av Smittskyddsinstitutet.

Studien visar att unga i genomsnitt är 16 år, och nyktra, vid den sexuella debuten som sker med någon som de känner sedan tidigare. Två tredjedelar använde någon typ av skydd vid debuten, 92 procent av dessa använde kondom. Att ungdomarna ofta använder någon form av prevention vid sexdebuten är glädjande men att de sedan inte fortsätter med det är ett komplext problem som visar på vikten av att arbeta med attityder och beteenden. När man frågar de unga i studien hur det såg ut vid senaste sextillfället uppger de att de bara vid hälften av samlagen med nya eller tillfälliga partners använt kondom (Tikkanen et al, 2011).

## Sexuellt riskbeteende

Att ungdomar utsätter sig för risker är vanligt och ingår i en normal tonårsutveckling. Man testar gränser och får på så vis nya erfarenheter som kan leda till ökad mognad och eftertanke. Ungdomars riskbeteende kan på så vis vara både positivt och negativt. Flera undersökningar de senaste åren visar en trend med ökat sexuellt riskbeteende hos unga (Tikkanen, Abellson, Forsberg, 2011 & Forsberg 2006). Att experimentera och utforska sin identitet är naturligt under tonårstiden. Sexualiteten bör ses på som något positivt som främjar ungdomars hälsa, samtidigt som det är något man bör vara rädd om och ta ansvar för utan att skuld- eller skambelägga området. Ett riskbeteende blir en hälsofara först när beteendet upprepas och blir ett mönster och det är viktigt att undersöka bakomliggande orsaker för att få en insikt i varför en del är mer riskbenägna än andra (Statens Folkhälsoinstitut, 2010:06).

Forsbergs forskningsöversikt från 2006 konkluderar med att samlagsdebuten legat ganska stabilt sedan 60-talet och att debutåldern ligger mellan 16 – 17 år. Samma resultat ses i Tikkanen et als. rapport (2011) kunskap, attityder och sexuella handlingar bland unga (UngKAB). En grov sammanfattning visar att ungefär en tredjedel av ungdomarna har debuterat när de går i årskurs 9 och ungefär två tredjedelar när de går i årskurs III på

gymnasiet. Vad är det då som gör att det sexuella riskbeteendet ökar? Enligt Forsberg (2006) är det ett område som utskiljer sig och som visar på störst förändring över tid och det är att antalet sexualpartners och antalet tillfälliga sexuella kontakter ökar. Detta innebär fler oskyddade samlag vid första träffen, fler oönskade graviditeter och fler sexuellt överförda infektioner. I en artikel om ungas kondomanvändning (Darj & Bondestam, 2003) slås det fast att kondomanvändningen i Sverige inte går hand i hand med den allt liberalare synen på tillfälliga sexuella kontakter och ökade medvetenheten kring hälsorisker. Andelen som uppger att de haft samlag ”första kvällen” har nästan fördubblats på 20 år.

I den senaste nationella studien ”Sex i Sverige, sexuallivet i Sverige 1996” från 1999 uppges antalet samlagspartners totalt (median) till 4,6 för kvinnor och 7,1 för män. Fast det finns även studier som pekar på ett betydligt större antal partners och en studie (Herlitz, 2004) visar också att det är en betydande andel unga som haft tre eller fler sexualpartners under den senaste 12 månaders perioden. Om man tittar på ungdomar så har tjejer i genomsnitt haft något fler samlagspartners än killar. Sannolikt står en del av förklaringen att finna i deras något lägre debutålder. Antalet samlagspartners stiger också fullt logiskt med åldern. En annan trend som kan urskiljas är att andelen unga med fler än fem samlagspartners ökat något under de senaste åren. Andelen som bara haft en samlagspartner har omvänt minskat (Smittskyddsinstitutet, 2011).

En annan trend som uppmärksammats de senaste åren är att många ungdomar har så kallade ”knallkompisar” (KK), att de har samlag med personer de känner men inte har någon kärleksrelation med. I UngKAB09 framkom det att de flesta uppgav att de haft samlag med någon de kände sedan tidigare vid det senaste sextillfället och att det i de allra flesta fall var någon man hade en relation med. En tiondel uppgav dock att de hade sex med någon de inte kände sedan tidigare och en tiondel uppgav att det var med en så kallad ”knallkompis” (Tikkanen et al. 2011).

## Problemformulering

Som personal på UM arbetar man med de ungas sexualitet och reproduktiva hälsa utifrån de ungas beteende och attityder. Som det framgår i bakgrunden så är de unga männen i minoritet vad gäller besök till UM. Man kan fundera över hur de unga männen ser på sin egen roll och betydelse när det gäller sexuell hälsa och om de har några uttalade behov vad gäller sin sexualitet, kopplad till ungdomsmottagningens roll och uppdrag. De flesta UM träffar alla ungdomar under högstadietiden, vad är det som gör att de unga kvinnorna fortsätter besöka UM medan de unga männen inte gör det i samma utsträckning? Kan man som barnmorska på UM i sin yrkesroll skapa ett arbetssätt där man kan påverka och på ett tydligare sätt nå de unga männen såväl som de unga kvinnorna i det förebyggande arbetet?

# Syfte

- Att belysa hur unga män ser på sin egen betydelse för att minska STI och oönskade graviditeter.
- Att undersöka om det finns stora könsskillnader, eller skillnader mellan olika grupper, när det gäller inställning till preventivmedel.
- Att klargöra hur man som barnmorska på UM kan tydliggöra sitt arbete med unga män, utifrån deras behov.

# Metod

Detta arbete är en litteraturstudie som består av analys av kvalitativ och kvantitativ forskning på området ungdomar, unga män och sexualitet och handlar om unga mäns attityder och hur de själva ser på sin egen betydelse för att minska STI och oönskade graviditeter kopplade till ungdomsmottagningens roll och uppdrag utifrån barnmorskans kompetensområde.

## Litteratursökning

Sökning efter de vetenskapliga artiklar som studien bygger på gjordes i databaserna CINAHL och PubMed under perioden november 2011 till och med januari 2012. Från början användes sökorden: *sexual risk-taking*, *sexual transmitted infections*, *youth-central* och *young men*. Sökorden användes både var för sig och i kombination, men det visade sig vara svårt att få ett bra urval med dessa sökord. Var för sig gav de väldigt många träffar och i kombination gav de få. För att begränsa urvalet gjordes istället ett försök att använda MeSH-termer kopplade till sexualitet för att se om det gav ett bättre urval. MeSH står för Medical Subject Headings och är medicinska ämnesrubriker som används i den medicinska biblioteksvärlden. Följande termer söktes fram och användes: "Attitude to sexuality", "Attitude to risk", "Sexual health" och "Sexual transmitted diseases". Var för sig gav de mellan 1200 och 2700 träffar men genom att söka på de två första termerna med OR emellan och sedan skriva AND och lägga till de två senaste också med OR emellan fick jag fram ett urval på 373 artiklar. Sökningen presenteras i en söktabell (Bilaga 2).

### ***Inklusionskriterier***

För att ytterligare begränsa urvalet inkluderades bara vetenskapligt granskade artiklar (peer reviewed) vidare valdes kriteriet att artiklarna skulle innehålla "young men" och "adolescent 13-18 years". Genom denna detta urval återstod 153 artiklar.

### ***Exklusionskriterier***

Vid genomgång av träfflistan valdes alla artiklar skrivna på annat språk än engelska bort, vidare valdes artiklar som genom titeln visade sig handla om personer med HIV-infektion, om MSM (men som har sex med men), om homosexualitet och om föräldraskap bort eftersom

dessa inte är relevanta för syftet med studien. Artiklar skrivna före år 2000 valdes också bort eftersom det är önskvärt med så ny forskning som möjligt.

När detta urval var gjort lästes abstract i resterande artiklar igenom och det slutliga urvalet gjordes utifrån syftet. Många av artiklar handlade om unga och sexualitet i andra delar av världen, några av dessa valdes bort eftersom de inte kändes relevanta utifrån svenska förhållanden. Det gjordes ytterligare en sökning utifrån begreppet ”Ungdomsmottagning” för att förhoppningsvis få med några fler studier från Sverige, eftersom jag vet att det bland annat finns forskare i Umeå och Uppsala som undersöker ungas sexualvanor i Sverige. Jag sökte på en databas (Svenska MeSH, Karolinska institutet) som översätter svenska begrepp till engelska MeSH termer och fick fram termen ”youth care facility”. Denna sökterm i kombination med sexualitet gav 2 träffar men inga från Sverige. Jag gick då vidare genom att söka på forskarnas namn, Monica Christianson, Maria Ekstrand och Margareta Larsson, och fick på så vis fram ytterligare tre artiklar. Slutligen återstod 12 artiklar som svarade mot syftet.

## **Etisk aspekt**

Artiklarna som slutligen valdes ut till resultatet ansågs vara etiskt relevanta och godtagbara enligt vetenskapsrådets riktlinjer (Forsberg & Wengström, 2003). Alla 12 artiklar var granskade och godkända av en etisk kommitté. Informanterna som ingår i studierna som artiklarna bygger på blev informerade vid studiernas början att det var frivilligt att delta och att de när som helst under studierna förlopp kunde välja att hoppa av studien. Utgångspunkten vid genomgång av artiklarna var att de skulle vara granskade av en etisk kommitté samt att studierna skulle bygga på frivillighet (Forsberg & Wengström, 2003)

## **Databearbetning och analys**

Databearbetningen skedde genom att de utvalda artiklarna lästes igenom ett antal gånger för att helheten i studierna skulle identifieras. Abstracts översattes till svenska och de delar som speglade och gav svar utifrån syftet med denna litteraturstudie plockades ur och granskades närmare. Resultatet av databearbetningen presenteras i tabellform i bilaga 1., detta för att ge en schematisk och tydlig bild av syfte och resultat i de artiklar som ingår i denna studie. Efter att de olika artiklarna hade granskats var för sig gjordes en jämförelse mellan studierna och fyra huvudteman som ger svar på syftet i denna studie identifierades och presenteras i resultatet.



# Resultat

Syftet med denna studie var att belysa hur unga män ser på sin egen betydelse för att minska STI och oönskade graviditeter, undersöka om det finns stora könsskillnader eller andra märkbara skillnader mellan olika grupper när det gäller inställning till preventivmedel samt att klargöra hur man som barnmorska på UM kan tydliggöra sitt arbete med unga män, utifrån deras behov. Litteraturstudiens resultat bygger på de 12 artiklar som presenteras i bilaga 1. Åtta artiklar från Sverige, en från England, en från Australien, en från USA och en från Mexico. Fem av artiklarna har en kvantitativ ansats och sju har en kvalitativ. Vid analys av artiklarna framstod fyra teman: preventivmedelsanvändning – olika perspektiv, bristande kunskaper om STI, större riskbeteende i vissa grupper och ungdomsmottagningens roll.

## **Preventivmedelsanvändning – olika perspektiv**

Från unga mäns synvinkel är det att använda eller inte använda preventivmedel många gånger ett komplext problem. Både studier från Sverige och från andra länder (Ekstrand et al. 2007 och 2011, Flood 2003, Marston et al. 2004 och Novak et al 2005) konkluderar med att huvudansvaret för att undvika en graviditet ligger på tjejen eftersom det är hon som kan ta hormonella preventivmedel. Detta stöds också av Christianson et al. (2003) som menar att kvinnor förväntas vara mindre framåt och vara mindre sexuellt drivna och samtidigt ha det största ansvaret för att preventivmedel används. Killar är mer rädda för att bli tonårsförälder än av att drabbas av någon STI och om tjejen har skydd mot graviditet kan det kännas svårt att ta upp frågan om kondom. Samma studier, tillsammans med två andra, konkluderar med att orsaken till att kondomer ofta inte används handlar om tillit eller misstillit mellan de unga, man vill inte vara den som ifrågasätter om hormonellt preventivmedel används eller om den andra har någon STI. Lusten tar överhand och killar litar på att det finns skydd mot graviditet om tjejen inte säger något annat (Christianson et al 2003, Makenzius et al 2009).

Andra försvårande faktorer för att unga män skall ta upp frågan om kondom är påverkan av alkohol, rädsla att förlora erektionen, oplanerat sex, pinsamhet och att det förstör känslan/passionen. Killar tycker det känns särskilt svårt att ta upp frågan om kondom vid tillfälliga sexuella relationer (Ekstrand et al 2011). Marston et al.(2004) kom också fram till att desto bättre man känner sin samlagspartner desto mer benägen är man att använda preventivmedel.

## **Bristande kunskaper om STI**

Christianson et al. 2003 och 2007, Ekstrand et al. 2011, Flood 2003, Makenzius et al. 2009 och Rembeck et al. 2011 tar alla upp att unga män har bristande kunskaper om STI och att de inte är så oroliga att drabbas av någon könssjukdom. I Christiansons studie (2007) visar det sig

att unga kvinnor och män i Sverige inte ser på sex som något riskabelt, utan som ett "görande" i det dagliga livet utan koppling till könssjukdomar eller oönskade graviditeter. Unga oroar sig därför inte i någon större utsträckning för att få sjukdomar som klamydia eller HIV.

Christiansons studie (2007) visar att bakom det sexuella risktagandet ligger drivkraften att vilja få ett varaktigt förhållande. Lust och tillit styrde sedan om det skulle bli sex och om man kom att skydda sig eller inte. När det gällde sex med tillfälliga kontakter förväntades de unga kvinnorna vara mindre försigkomna än de unga männen. Det förväntades att kvinnorna skulle vara "kondombefrämjande". Bland de unga i studien som fått klamydia kände kvinnorna skuld och rädsla för att ha smittat andra, medan männen istället kände sig nöjda med att få snabb behandling och att de trodde sig veta vem "smittkällan" var.

Både Christiansson et al. 2007, Ekstrand et al. 2011 och Flood 2003 visar att unga ser risken att få HIV som det allvarligaste hotet men att det är så osannolikt och avlägset att det inte är något de tänker på "i stundens hetta". I studien från Australien (Flood 2003) framkommer det att unga män ser det som högst osannolikt att det skulle få HIV eftersom de är heterosexuella och lever i ett socialt sammanhang där HIV är ovanligt. Studien från Sverige (Christianson et al. 2007) visar att många unga ändå väljer att testa sig för HIV om de haft många partners, sex utomlands eller för att vara "rena" när de inleder en ny relation. Det var mer naturligt för unga kvinnor att testa sig för HIV medan unga män kände ett motstånd och gärna flydde från ansvaret om de kunde.

Att unga män har ett större riskbeteende än unga kvinnor, samtidigt som de tar mindre ansvar för STI prevention och deras kunskaper om STI är sämre än unga kvinnors är något som slås fast av både Makenzius et al. (2009) och Rembeck et al. (2011) Bland studenter på gymnasiet var det ingen som uppgav skolan som sin huvudkälla för kunskap om STI trots att de flesta debuterar när de går på gymnasiet.

## **Större riskbeteende i vissa grupper**

Socioekonomisk bakgrund, könstillhörighet och alkoholkonsumtion är faktorer som påverkar riskbeteende. Unga som har sex före 15 års ålder, som ofta dricker alkohol samt de som har haft ett stort antal sexpartners tillhör de undergrupper av unga som är överrepresenterade när det gäller sexuellt risktagande. (Christianson et al. 2003, Larsson et al. 2007) Larsson slår i sin kvantitativa studie fast att unga män uppvisar ett större riskbeteende än unga kvinnor och att de uppger såväl fler samlagspartners som fler oskyddade samlag och att den största riskfaktorn för att inte använda preventivmedel var alkohol.

Två kvantitativa studier från Sverige har undersökt skillnader mellan gymnasieelever på teoretiska respektive praktiska gymnasieprogram utifrån riskbeteende, kunskaper och attityder (Makenzius et al. 2009 och Rembeck et al. 2011) De slår båda fast att framför allt killar på yrkesinriktade program har mer sexuella erfarenheter och att de uppvisar ett större riskbeteende både vad gäller oskyddade samlag, rökning och alkohol än killar på teoretiskt

inriktade gymnasieprogram. Bristande kunskaper vad gäller STI identifierades också, främst bland killar på de yrkesinriktade programmen.

Marston et al. (2004) slår i sin studie på unga killar mellan 15 och 24 år från Mexico också fast att desto högre utbildningsnivå man har, desto senare man debuterar och desto färre samlagspartner man haft desto bättre är man på att använda preventivmedel, både som skydd mot graviditet och STI. Novak et al.(2011) belyser också att de i sin kvantitativa studie från norra Sverige hittat fyra signifikanta faktorer som hänger ihop med att killar inte använder kondom: att de spenderade helgerna/sov över hos sin partner, att de kände sig nedstämda/deprimerade, att de använde tobak/feströkte och att tjejen använde hormonellt preventivmedel. De slår också fast att desto tidigare killarna debuterat och desto fler samlagspartners de haft desto mindre benägna är de att använda kondom.

## **Ungdomsmottagningens roll**

Två av artiklarna, båda med kvalitativ ansats, som ingår i studien tar specifikt upp könsrelaterade skillnader i attityder och ungdomsmottagningens roll och funktion i det förebyggande arbetet. Hayter och Harrisons studie från England (2008) konkluderar med att det finns tre områden där tydliga skillnader mellan unga män och unga kvinnor kan ses. Det första var att unga kvinnor är mer benägna att försöka se på en kärleksrelation utifrån sin partners synvinkel, det andra att unga kvinnor ser på relationer som mer komplexa och det sista att unga män använder ett språk när de pratar om sexuella relationer som inte alls finns hos de unga kvinnorna. Dessa skillnader kan bero på det sociala trycket och samhällets sätt att se på maskulinitet och är faktorer som måste tas hänsyn till av personalen som arbetar på ungdomsmottagningar i deras möte med unga män, för att kunna tillgodose deras behov på ett bra sätt menar Hayter och Harrison.

Lindberg et al. (2006) har genom fokusgrupps intervjuer med unga män och undersökt deras attityder till UM (eller motsvarande i USA) och hur de upplever att det är att gå dit. De påpekar att det för många kan vara en stressfylld upplevelse att uppsöka UM. För den enskilde kan det handla om en rädsla för stigmatisering, förlust av social status som kille, skam och förlägenhet. Externa hinder för att uppsöka UM kan vara brist på möjlighet till avskildhet, respektlöst bemötande, långa väntetider och svårighet att hitta/navigera i vårdssystemet. Konklusionen är att det är viktigt att satsa på servicen till de unga männen och att det finns behov av personal som är bekväm med att prata med ungdomar och som har kunskap om de unga männens reproduktiva hälsa.

Rembeck et al. (2011) har kommit fram till att unga kvinnor har ett mer naturligt förhållningssätt till UM och dess personal genom att de använder hormonella preventivmedel. Detta gör att de också testar sig för STI, främst klamydia, i större utsträckning än unga män. Marston et al. (2004) har undersökt hur vida preventivmedel används eller inte används av unga män utifrån både ett individuellt och socialt sammanhang. På det individuella planet handlade sexuellt risktagande, som tidigare beskrivits, om utbildningsnivå, antalet partners och ålder för sexualdebut. Utifrån ett socialt sammanhang visade det sig att de unga män som

hade många personer att prata med och få råd av kring sin sexualitet, i mycket större utsträckning använde preventivmedel än de som hade få eller inga personer att prata med. Detta gällde särskilt vid användande av kondom som skydd mot STI med tillfälliga samlagspartners.

## Diskussion

### Metoddiskussion

För att besvara syftet i denna litteraturstudie användes både kvantitativa och kvalitativa studier. De kvalitativa studierna innehåller ungas egna erfarenheter om riskbeteenden utifrån sexuell och reproduktiv hälsa samt deras förhållande till ungdomsmottagningarna och de kvantitativa studierna innehåller statistisk information och samband mellan olika variabler. Upplevelser, tankar och erfarenheter av riskbeteenden kring STI och oönskade graviditeter lyfts fram i de kvalitativa artiklarna. I de kvantitativa artiklarna mättes olika variablers samband som exempelvis antal sexuella partners, könsskillnader, utbildningsnivå, kondomanvändning och rökning med sexuellt överförbara infektioner.

Från början var tanken att bara studier där unga män ingick skulle användas i denna litteraturstudie eftersom syftet med studien har just unga män i fokus. Detta visade sig vara svårt och dessutom blev det omöjligt att göra jämförelser om inte unga kvinnors perspektiv fick ingå. I hälften av studierna som ingår i detta arbete är både unga män och kvinnor intervjuade eller har fått frågeformulär/ingått i studien. För att säkerställa att få med artiklar där fokus ändå var riktat mot bara killar eller båda könen i rätt ålder valdes inklusionskriterierna ”young men” och ”adolescent 13-18 years”.

De systematiska sökningarna gjordes i databaserna Pubmed och CINAHL eftersom detta är de databaser med mest relevans inom hälsovetenskap där sexuell och reproduktiv hälsa ingår. Att använda MESH-termer vid sökningen känns som ett säkert och tillförlitligt sätt att säkra kvalitet på de studier som framkommer.

Frågor kring sexualitet och sexualvanor kan kännas som ett känsligt och privat ämne och det finns därför en svårighet i att forska kring detta. Att använda sig av både kvalitativa och kvantitativa studier kändes som en nödvändighet för att kunna peka på trender och samtidigt få ett djup i analysen. Nackdelen med kvantitativa studier är att bortfallet många gånger blir stort. Studien som använde postenkäter till alla ungdomar i en viss målgrupp hade endast en svarsfrekvens på 59 % (Novak et al.) Klassrumenkäter ger ofta ett högt deltagande, över 75 % i de studier som ingår i detta arbete (Larsson et al., Makenzius et al. Och Novak et al.), men nackdelen med dessa studier är att elever som inte går i skolan alls eller som skolkar faller bort. Kvalitativa studier används för att få en djupare förståelse för hur ungdomar tänker och resonerar men man måste ha i åtanke att det kan ha upplevts känsligt och pinsamt för ungdomarna att bli intervjuade.

## Resultatdiskussion

I Sverige finns ungdomsmottagningar i så gott som alla kommuner. Preventivmedel är lättillgängliga och oftast subventionerade eller gratis för unga under 20 år. Sexualitet och relationer är ämnen som det pratas mycket om och information finns överallt i samhället. Resultatet i denna studie slår fast, att när det handlar om unga killar, så är det ändå svårt att använda preventivmedel och kunskaperna är många gånger dåliga. Ungdomsbarometern, som presenterades av socialstyrelsen 2011 slår fast att även om många unga inte använder kondom så är attityden till kondom övervägande positiv. Majoriteten av de unga i studien, 88 procent, anser att man uppfattas som omtänksam eller ansvarsfull om man föreslår att man ska använda kondom (Smittskyddsinstitutet, 2011). De flesta svenska ungdomar är också nöjda med sitt sexualliv och deltar sällan i ofrivilliga sexuella aktiviteter (Larsson, Tydén, Hansson & Häggström-Nordin, 2007). Hur kommer det sig då att många ungdomar ändå tar sexuella risker som kan innebära ett allvarligt hot mot deras hälsa?

Resultatet från Ungdomsbarometern överens stämmer väl med det som framkom i denna studie. Ungdomsbarometern bekräftar ungdomars inställning till kondom och riskerna de utsätter sig för. Studien bygger på en enkätundersökning som genomfördes under 1 månad 2009 och som besvarades av 4714 ungdomar i åldern 15 – 24 år. 56 procent av de som svarat på enkäten anser att kondom alltid ska användas när de har sex med en tillfällig partner. 26 procent säger att de, om de inte har någon kondom till hands, hellre utsätter sig för risken att få en infektion än avstår från sex. 7 av 10 ungdomar bedömer att de löper liten, eller ingen, risk att drabbas av klamydia. Darj och Bondestam (2003) presenterar också attityder i sin artikel i Läkartidningen som väl stämmer överens med det som framkom i Ungdomsbarometern och i denna studie: att kondom är bra och bör användas men att det samtidigt är komplicerat eftersom det anses förstöra stämningen, att många tycker att det är skönare att ha sex utan kondom och att det många gånger kan vara oklart vem som har ansvar för att ta upp frågan. I teorin tycker ungdomar att det är bådas ansvar, men i praktiken är det oftare flickorna som säger till om kondom.

Resultatet i denna studie, att unga män och kvinnor många gånger har olika inställning till sexuellt risktagande, bekräftas också av Forsberg (2006) som i sin forskningsöversikt konkluderar med att det finns ett grundläggande mönster i de studier hon har gått igenom som visar att det är stora skillnader mellan könen. Att unga män och kvinnor förhåller sig olika, och förväntas förhålla sig olika, på en rad olika områden som har med sexualitet och intima relationer att göra. Kvinnor förväntas agera respektabelt och i hög grad kontrollera den egna sexualiteten. De förväntas ta det största ansvaret för preventivmedel och för smittskydd.

Det bekräftas också i denna studie att unga män inte är så oroliga över att drabbas av klamydia och att HIV ses som ett avlägset hot. Som tidigare beskrivits tas majoriteten av klamydiaproven i Sverige på kvinnor. Siffror från 2007 visar på en fördelning på 75 % tagna på kvinnor varav 5 % av dessa visade sig positiva. Motsvarande siffror för män visade att 12 % av de tagna proverna var positiva (Smittskyddsinstitutet, 2011 a). Detta kan bero på att en större del av männen diagnostiseras genom partnerspårning, alltså att de kommer till ungdomsmottagningen eller motsvarande för testning först när de blivit uppmånade i enlighet

med smittskyddslagen. Detta gör att man kan anta att mörkertalet är stort bland de unga männen. De känner ofta ett motstånd mot att testa sig mot könssjukdomar och de flyr gärna från ansvaret om de kan.

Denna studie slår fast att även tidig sexualdebut, många sexualpartners och låg utbildningsnivå är faktorer som påverkar riskbeteendet. Enligt smittskyddsinstitutet (2011) finns det flera olika orsaker till att klamydia ökar främst i de yngre åldersgrupperna, viktigast är den bristande kondom användningen och ett ökande antal sexualpartners. Alkohol, droger och ökad ohälsa är också faktorer som bedöms öka riskerna för könssjukdomar (Smittskyddsinstitutet 2011). Att det jämförelsevis är så få killar som tar klamydiaprov, samtidigt som en större andel av de provtagna killarna som visar sig ha klamydia, är ett faktum som är viktigt att ta hänsyn till i det förebyggande arbetet med sexuell hälsa. För att kunna komma till rätta med att klamydia fortsätter öka i ungdomsmottagningens målgrupp måste man nå killarna på ett bättre och tydligare sätt. Att man samtidigt kan se att vissa grupper av killar har ett större riskbeteende och mindre kännedom om STI och preventivmedel är kunskap som är viktig att använda och ta hänsyn till i den fortsatta satsningen på det förebyggande arbetet. Samtidigt är risken med att enbart fokusera på riskgrupper att man befäster fördomar och stereotypa uppfattningar vilket faktiskt kan öka stigmatiseringen och försvåra det förebyggande arbetet.

Det finns en nationell strategi för det förebyggande arbetet i Sverige som enligt Smittskyddsinstitutet det preventiva arbetet bör bygga på (Nationell handlingsplan för klamydiaprevention för ungdomar och unga vuxna 2009-2014). Denna handlingsplan har tagits fram för att stärka det hälsofrämjande och förebyggande arbetet för ungdomar och unga vuxna. Handlingsplanen föreslår viktiga och nödvändiga åtgärder för att minska den pågående klamydiaepidemin och har fokus på att stärka det tvärssektoriella, förebyggande arbetet.

Även på regional nivå finns det handlingsplaner och strategier för det förebyggande arbetet gällande STI. I VGR består strategin av information och förslag till insatser som riktar sig såväl till verksamheter till projekt och berör framför allt områden som kräver förändrings- och utvecklingsarbete (Västra Götalandsregionen, 2009). Den i bakgrunden nämnda nationella strategin mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar ligger till grund för dokumentet. Det övergripande målet i regionens strategi är att smittspridningen av STI och konsekvenser av dessa infektioner skall minska för individen och samhället.

Utifrån det som framkom i denna studie, att unga män och kvinnor ofta har olika inställning till sexuellt riskbeteende, att det finns bristande kunskaper i olika grupper och mellan könen samt att unga män inte är så oroliga att drabbas av STI så finns det punkter i VGR´s handlingsplan som det bör arbetas särskilt med. Bland VGR´s förslag till insatser för ungdomar och unga vuxna kan dessa punkter framhållas som särskilt viktiga:

- Ungdomar och unga vuxna i Västra Götaland ska ha likvärdig och god tillgänglighet till ungdomsmottagningar och STI-mottagningar eller motsvarande.
- Ungdomsmottagningarna ska arbeta med ett genusperspektiv, bemöta pojkars/unga mäns behov i lika hög grad som flickors/unga kvinnors behov.

- Läkare och sjuksköterskor på ungdomsmottagningar bör ha kompetens i såväl gynekologi som venerologi.
- Fler män bör testas mot klamydia.

Om klamydiatestning fortsätter att i första hand fokuseras på unga kvinnor så finns det en risk för att kvinnor definierar sig som, och ser på sig själva som "smittkällor", medan unga män fortsätter att inte se sig som ansvariga för att sprida sexuellt överförbara infektioner. På samma vis finns det en potentiell risk för stigmatisering om de förebyggande insatserna vad gäller sexualitet och reproduktiv hälsa fortsätter ha huvudfokus på unga kvinnor. Detta är fakta som vi som arbetar med ungdomar förstår men som ändå är svåra att ändra på. Jag tror att trots sina tydliga mål och ambitioner har UM många gånger svårt att ha ett jämställdhetsperspektiv i det dagliga arbetet. Preventivmedelsrådgivningen och det förebyggande arbetet med främst unga kvinnor i fokus har långa traditioner på Sveriges ungdomsmottagningar och vi är en naturlig arena för unga kvinnor. Vi är medvetna om att vi inte når killarna i den utsträckningen vi önskar men har svårt att komma till rätta med problemet. Ökad testning av män och större fokus på unga mäns ansvar för den sexuella hälsan kan minska riskerna för spridning av könssjukdomar och ge en tryggare sexualitet för alla ungdomar – frågan är bara hur man skall lyckas med detta.

Ett annat viktigt perspektiv som inte får glömmas bort är att killars sexuella risktagande inte enbart handlar om risken för att få en könssjukdom utan även om risken för en oönskad graviditet. Ekstrand et al. (2007) slår ju också fast att unga män ser det som en katastrof att bli tonårsförälder samtidigt som de ser det som tjejens ansvar att skydda sig mot att bli gravid. Holmberg (2007) slår fast att unga män har samma behov som unga kvinnor vad gäller stödsamtal i samband med en oönskad graviditet och trots detta är det endast en femtedel av landets ungdomsmottagningar som erbjuder detta. Ur ett förebyggande perspektiv bör insatserna vad gäller både STI och oönskade graviditeter integreras mer och överlappa varandra och ses som en helhet.

Det framkommer i denna studie att kunskapen om STI och preventivmedel många gånger är dåliga hos elever på gymnasiet och främst hos killar på yrkesinriktade program. Jag tror att det är viktigt att ta till vara det faktum att de flesta ungdomar har sin sexuella debut när de går på gymnasiet och att riskbeteendet är större i vissa grupper. Många ungdomsmottagningar arbetar utåtriktat med klassbesök i sitt förebyggande arbete och i många skolor är UM's insatser en viktig del av skolans sex- och samlevnadsundervisning. De flesta lägger sina klassbesök i åk 8, när eleverna är 14-15 år gamla, alltså innan de flesta har debuterat. Man delar ofta in klasser i tjej- och killgrupper och riktar sig till alla elever. Man kanske skulle behöva tänka om för att uppnå ett mer framgångsrikt förebyggande arbete, både i skolan vad gäller sex- och samlevnadsundervisningen och i ungdomsmottagningarnas utåtriktade arbete. Skolan har den enskild viktigaste rollen när det gäller att nå ut brett till de yngre ungdomarna och en tydlig utformad undervisning inom området bidrar till ett minskat risktagande hos ungdomar. (Forsberg, 2006) Trots detta kvarstår problemet att vissa grupper är mer riskutsatta, ett problem är att nå de ungdomar som inte fullföljer sin skolgång och som är en särskilt utsatt

grupp avseende flera levnadsvaneområden som tobak, alkohol, droger, våld och övergrepp. (Edgardh, 2002)

Min uppfattning är att personalen på UM spelar stor roll för i vilken utsträckning de unga männen söker sig dit, vilket också bekräftas i denna studie. Det handlar både om personalens kompetens och om deras inställning. Det är viktigt att vi är "kill-vänliga" och lättillgängliga men lika viktig tror jag kunskap och förståelse för könsbundna strukturer i samhället är. I en kunskapsöversikt om mäns sexualitet och reproduktiva hälsa (Statens Folkhälsoinstitut 2011:4) slås det fast att attityder och beteenden hos män hänger ihop med maskulinitetsnormer i samhället och att dessa spelar en grundläggande roll för en god reproduktiv hälsa på lika villkor för båda könen. I Västra Götalandsregionen(VGR) pågår just nu en uppdragsutbildning på Högskolan Väst för UM personal i ämnet maskulinitet. Kursen heter "Unga män och maskulinitet i förändring", den är initierad av hälso-och sjukvårds kansliet, och är en del i deras arbete mot en mer jämställd UM verksamhet som beskrevs i bakgrunden. Denna utbildning tror jag kommer att tillföra personalen viktig kunskap och få oss att fundera på vår egen inställning och attityder i det fortsatta arbetet med killars sexuella och reproduktiva hälsa.

I detta arbete har jag tagit upp och diskuterats unga män i allmänhet utan att ta hänsyn till kulturell bakgrund, sexuell identitet och andra faktorer som givetvis spelar roll och som också är viktiga att ha i åtanke när man pratar om killars sexuella och reproduktiva hälsa.

## **Slutsats**

Ungdomsmottagningen är och kommer att fortsätta vara en viktig arena för ungdomars sexuella och reproduktiva hälsa. UM´s grundläggande arbetssätt där man arbetar tvärprofessionellt och med en helhetssyn på ungdomar är en bra förutsättning för att kunna arbeta med både killar och tjejer på lika villkor. Kunskap om BÅDE unga män och unga kvinnors sexuella hälsa är viktiga för personalen, men det är klart att man behöver förbättra verktygen för att utveckla arbetet med just unga män. Man måste förstå att samhälleliga strukturer och djupt rotade uppfattningar kring genus och maskulinitet påverkar såväl ungdomarna som oss som arbetar med och för de unga. Att fortsätta utveckla arbetssätten och personalens kunskap och kompetens kring dessa frågor tror jag kan vara viktiga redskap i ungdomsmottagningarnas strävan efter att nå unga killar i större utsträckning.

Det finns också en stor utmaning i att identifiera unga män som har ett utpräglat riskbeteende eller som är i farozonen att utveckla ett sådant. Samtidigt som det är viktigt att se till likheter i attityder och beteenden hos ungdomar är det viktigt att vara medveten om att vissa grupper utsätter sig för större risker än andra. När unga män kommer till UM för att hämta kondomer eller ta ett klamydiaprov är det viktigt att ge tillfälle för samtal och att vara lyhörd för berättelser eller signaler kring deras livsstil och psykosociala situation. Genom studier vet vi att ungdomar som "brinner sitt ljus i båda ändarna" uppvisar ett stort riskbeteende inom flera olika områden. Låg utbildningsnivå och socioekonomisk status hör ihop med riskbeteenden kopplade till såväl sexualitet som alkohol, droger och trafik. Att arbeta förebyggande med dessa grupper är en stor utmaning som kräver kunskap, vilja och inte minst samverkan mellan



olika yrkesgrupper och olika instanser i samhället som ungdomsmottagning, skola och socialtjänst.

I det förebyggande arbetet bör insatserna för att minska aborter integreras i det STI förebyggande arbetet. Genom att samordna det nationella arbetet med sexuell och reproduktiv hälsa tror jag det skulle skapas en större förståelse och acceptans för att arbeta förebyggande med bakomliggande orsaker kopplade till genus, jämställdhet och jämlikhet. I den framtida forskningen kring ungdomar och sexuellt riskbeteende tror jag det är viktigt att medicinsk forskning tar hjälp av beteendevetenskapliga forskningsmetoder och kunskaper för att kunna hitta metoder att arbeta förebyggande med speciellt riksutsatta grupper. Tvärvetenskaplig kunskap och samarbete i forskargrupper är nödvändigt om vi skall kunna förstå och förändra attityder. Jag tycker det skulle vara speciellt intressant att göra en undersökning där man intervjuar de lite äldre killarna, de som lever ”fort och farligt” och som vi många gånger inte träffar på UM. Det skulle vara intressant att ta reda på hur de ser på sin livsstil, sitt riskbeteende och även undersöka vad de har för tankar kring varför de utsätter sig som de gör.

# Referenser

Att förebygga hiv och andra sexuellt överförbara infektioner i Västra Götaland, VGR 2009.

Christianson M., Johansson E., Emmelin M., Westman G. 2003. One-night stands – risky trips between lust and trust: Qualitative interviews with Chlamydia tracomatis infected youths in North Sweden. *Scand JPublic Healt*, 31(1):44-50.

Christianson M., Lalos A. & Johansson E. 2007. Concepts of risk among young Swedes tested negativ for HIV in primary care. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 25: 38-43.

Dariotis J.K., Sonensteins L., Gates G.J., Capps R., Astone N.M., Pleck J.H., Sifakis F. & Zeger S. 2008. Changes in Sexual Risk Behavior as Young Men Transistion to Adulthood. *Perspectives on Sexual and Reproductiv Health*. 40(4):218-225.

Darj E. & Bondestam K. 2003. Ungdomars syn på kondomanvändning. *Läkartidningen*, 44 (100), 3510-3516.

Edgardh K. 2002. Sexual behaviour and early coitarch in a national sample of 17 year old Swedish boys. *Acta Paediatrica*. 91:985-991.

Ekstrand M., Tydén T., Darj E., Larsson M. 2007. Preventing pregnancy: a girl´s issue. Seventeen-year-old Swedish boy´s perceptions on abortion, reproduction and use of contraception. *TheEuropean Journal of Contraception and Reproductive Health Care*. 12(2):111-118.

Ekstrand M., Tydén T., Larsson M. 2011. Exposing oneself and one´s partner to sexual risk-taking as percived by young Swedish men who requested a Clamydia test. *TheEuropean Journal of Contraception and Reproductive Health Care*. 16:100-107

Flood M. 2003. Lust, trust and latex: why young heterosexual men do not use condom. *Culture, health & Sexuality*. Vol. 5, No. 4:353-369

Forsberg, C. & Wengström, Y. 2003. *Att göra systematiska litteraturstudier*. Natur och kultur. Stockholm.

Forsberg M. Ungdomar och sexualitet. 2006. *En forskningsöversikt år 2005*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut. (Rapport nr 2006:18)

FSUM, 2002. Policy program för Sveriges ungdomsmottagningar  
<http://www.fsum.org/fsum/wp-content/uploads/2011/02/policysv.pdf>

Hayter M. & Harrison C. 2008. Gendered attitudes towards sexual relationship among adolescents attending nurse led sexual health clinics in England. *Journal of Clinical Nursing*, 17:2963-2971.

Herlitz C. 2004. *Allmänheten och hiv/aids: kunskaper, attityder beteenden 1987 – 2003*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut. (Rapport nr 2004:7)

Hertfelt Wahn, E. & Nissen, E., 2008. Socialdemographic background, lifestyle and psykosocial condition of Swedish teenage mothers and their perception of health and social support during pregnancy and childbirth. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36, 415-423.

Holmberg, L. 2007. *Health, Risk-taking Behaviour and Sexuality in Swedish Adolescents*. Uppsala Universitet.

Hälso och sjukvårdskanslierna I Fyrbodalen. 2011. Gör det jämt!

<http://jamstalldvard.vgregion.se/upload/Regionkanslierna/HSA/Kunskapscentrum%20f%20F6r%20J%20E4mlik%20v%20E5rd/Slutrapporter/Slutrapport%20HSK%20Norra%20Bohusl%20E4n.pdf>

Höjeberg, P. 2010. *Ungdomsmottagningarnas eldsjälar*. Föreningen för Sveriges Ungdomsmottagningar, FSUM, dess framväxt och utveckling 1989-2010.

Larsson, M., Tydén, T., Hansson, U. & Häggström-Nordin, E. 2007 Contraceptive use and associated factors among Swedish high school students. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* 12(2):119-124

Leval, A., Sundström, K., Ploner, A., Dahlström, LA., Widmark, C. & Sparén, P. 2011. Assessing perceived risk and STI prevention behavior: a national population-based study with special reference to HPV. *PLoS One*. 6:1-10.

Lindberg, C., Lewis-Spruill, C. & Crownover, R. 2006. Barriers to sexual and reproductive health care: Urban male adolescent speak out. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*. 29:73-88.

Lindstrand, A., Bergström, S., Rosling, H., Rubenson, B., Stenson, B. & Tylleskär, T. 2006. *Global health- an introductory textbook*. Studentlitteratur: Lund.

*Minskar tonårsaborter vid subventionering av p-piller?* 1994. Stockholm: Socialstyrelsen (EpC-rapport 1994:2)

Makenzius M., Gillander Gådin K., Tydén T., Romlid U & Larsson M. 2009. Male student's behaviour, knowledge, attitudes, and needs in sexual and reproductive health matters. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*. 14(4):268-276

Marston C., Juarez F. & Izazola J A. 2004. Young, Unmarried Men and Sex: Do Friends and Partners Shape Risk Behaviour? *Culture, Health and Sexuality*. Vol.6. 5:411-424

Novak, DP. & Karlsson, RB. 2005. Gender differed factors affecting male condom use. A population-based study of 18-year-old Swedish adolescents. *Int J Adolesc Med Health*. 4: 379-390.

O'Sullivan L F., Hoffman S., Harrison A. & Dolezal C. 2006. Men, Multiple Sexual Partners, and Young Adults' Sexual Relationships: Understanding the Role of gender in the Study of

Risk. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, Vol. 83. 4:695-708.

Ott Mary A. 2010. Examining the Development and Sexual Behavior of Adolescent Males. *Journal of Adolescent Health*, 46:3-11)

Regeringens prop. 2002/03:35. *Mål för folkhälsan*.

Rembeck, GI. & Gunnarsson, RK. 2011. Role of gender in sexual behaviours and response to education in sexually transmitted infections in 17-year-old adolescents. *Midwifery*. 27:282-287.

Smittskyddsinstitutet, 2011a.

<http://www.smittskyddsinstitutet.se/sjukdomar/klamydiainfektion/> 2011

Smittskyddsinstitutet, 2011b. Ungdomar och sexualitet 2011. *Ungdomsbarometern 10/11* Specialrapport från Smittskyddsinstitutet.

Socialstyrelsen, 2006. Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska

<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2006/2006-105-1>

Socialstyrelsen, 2009. Nationell handlingsplan för klamydiaprevention bland ungdomar och unga vuxna 2009-2014

[http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8402/2009-126-180\\_2009126181.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8402/2009-126-180_2009126181.pdf)

Socialstyrelsen, 2011. Svergies officiella statistik. Statistik – Hälsa och Sjukdomar. Aborter 2010. Stockholm: Epidemiologiskt centrum.

Statens Folkhälsoinstitut, 1999. *Sex i Sverige, om sexuallivet i Sverige 1996*.

Statens Folkhälsoinstitut, 2010. *Sexualitet och reproduktiv hälsa*. Kunskapsunderlag för folkhälsopolitisk rapport.

Statens Folkhälsoinstitut, 2010:06. *Samtal om sexualitet, STI (sexuellt överförda infektioner) och önskad graviditet – förebyggande insatser och behov*.

Statens Folkhälsoinstitut, 2011. *Målområde 8. Sexualitet och reproduktiv hälsa*. Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010.

Statens Folkhälsoinstitut, 2011:4. *Mäns sexualitet och reproduktiva hälsa*. En kunskapsöversikt.

WHO, 1998. The WHO Definition of Reproductive Health. (Progress 45)

[www.who.int/reproductive-health/hrp/progress/45/prog45.pdf](http://www.who.int/reproductive-health/hrp/progress/45/prog45.pdf)

Tikkanen R., Abelsson J. & Forsberg M. 2011. *Ung KAB09 Kunskap, Attityder och sexuella handlingar bland unga*. Skriftserie 2011:1 Göteborgs Universitet. Institutionen för socialt arbete.

Bilaga 1.

<b>Författare, år, land</b>	<b>Studiedesign, antal informanter ålder</b>	<b>Syfte</b>	<b>Resultat</b>
Christanson et al., 2003, Sverige	Kvalitativ intervjustudie, 4 killar + 5 tjejer, 18 – 22 år	Att få en djupare förståelse för ungas sexuella riskbeteende genom att intervjua unga som fått diagnosen klamydia.	Bakom sexuellt risktagande fans bland många unga en drivkraft att få ett förhållande. Lust och tillit styrde om det skulle bli sex och om preventivmedel användes. När det gällde sex första kvällen förväntades de unga kvinnorna att vara mindre försigkomna än de unga männen. Man fann en ojämn ansvarsfördelning när det gäller kondomer där de unga männen förväntade sig att kvinnorna skulle vara den som tog ansvar för att kondom skulle finnas och ev användas.
Christianson et al., 2007, Sverige	Kvalitativ studie, fokusgrupps-intervjuer. 9 killar + 14 tjejer 18 – 24 år	Att ta reda på varför unga tar HIV-test, hur de ser på risken att få HIV och hur de ser på ansvar för testning.	De unga männen och kvinnorna såg HIV som ett avlägset hot och oroade sig inte att drabbas. Många valde ändå att testa sig pga många partners eller för att de önskade vara ”rena” när de inledde en ny relation. Andra orsaker var sex utomlands, att de testat droger eller hypokondri. Ansvar för testning beskrevs som ett tema som avhängde av kön, för kvinnor var det naturligt att testa sig medan männen ofta kände ett motstånd och gärna flydde från sitt ansvar.
Ekstrand et al., 2007, Sverige	Kvalitativ studie, fokusgrupps-intervjuer med killar, 40 st, ålder 17 år	Att få en djupare förståelse för hur tonårskillar ser på abort, det att bli ung förälder, sexuellt risktagande och användning av	Att bli pappa som tonåring såg på som en katastrof och abort sågs som ett etiskt dilemma. Sexuellt risktagande ansågs ofta bero på alkohol och på oplanerat sex. Killar ansåg att tjejer hade det största ansvaret för att undvika

		preventivmedel.	graviditet eftersom det är de som kan ta hormonella preventivmedel, akut p-piller såg också som en lösning för tjejer om inget annat preventivmedel användes.
Ekstrand et al., 2011, Sverige	Kvalitativ studie. Intervjuer med killar, 22 st, ålder 16-20 år	Att utforska unga mäns uppfattning om riskerna både för sig själva och för sin partner genom att ha oskyddade samlag, samt vilka hinder som finns för att praktisera säker sex.	Unga män kalkylerade med låga risker vid sexuellt risktagande. De har de personliga konsekvenserna i fokus när de funderar på hoten vid sexuellt risktagande. De alvarligaste, men också mest avlägsna hoten var risken för HIV eller att bli tonårsföräldrar. Det fanns olika hinder för att använda kondom, bland annat att det förstörde spontaniteten, att det reducerade känslan, rädsla att förlora erektionen och pinsamhet eller misstillit, särskilt svårt ansågs det vara vid tillfälliga sexuella kontakter. Det ansågs svårt att prata om skydd eftersom ansvaret för hormonella preventivmedel låg hos tjejen.
Flood, 2003, Australien	Kvalitativ studie, intervju med killar, 17 st, ålder 18-26 år	Att ta reda på hur unga heterosexuella killar ser på sin egen betydelse för att praktisera säker sex och vad de har för erfarenhet av att använda eller inte använda kondom.	De unga männen ser risken för graviditet större än risken för STI och i dessa sammanhang lutar de på att deras partner tar ansvar genom att ta hormonella preventivmedel. De anser att kondom påverkar upplevelsen av samlaget genom att det inte är lika skönt och de anser att kondom är svår att använda. De upplever att ögonblicket kan bli förstört och att spontaniteten och passionen försvinner genom att använda kondom. De ser tillit som viktigt i en sexuell relation vilket gör att kondom inte används. Männen i studien ser det som högst osannolikt att de skall få HIV efter som de är heterosexuella och lever

			i ett socialt sammanhang där HIV är ovanligt och där andra STI inte ses som så allvarliga.
Hayter & Harrison, 2008, England	Kvalitativ studie, fokusgruppsintervjuer. 17 killar + 18 tjejer. Ålder 14 – 16 år	Att ta reda på könsrelaterade skillnader i attityder till sexuella relationer hos ungdomar som besöker en ungdomsmottagning.	Det framkom tre teman där tydliga skillnader mellan unga kvinnor och unga män kunde ses. Det första var empati, det visade sig att kvinnor var mer benägna att försöka se på relationen ut i från sin partners synvinkel. Det andra var att kvinnor var mer medvetna om och såg relationer som mer komplexa än de unga männen. Det sista var språket. Det visade sig att unga män hade ett mer aggressivt sätt att prata om sexuella relationer, de använde ett språk som inte alls förekom hos de unga kvinnorna. Det konkluderas med att det finns stora könsrelaterade skillnader som kan bero på det sociala trycket och som måste tas hänsyn till av personalen som arbetar på UM.
Larsson et al., 2007 Sverige	Kvantitativ studie, frågeformulär till 924 elever i åk 3 på gymnasiet, svarsfrekvens 79% (n=718, 387 killar och 331 tjejer) Ålder 17-21 år	Att hos elever i åk tre på gymnasiet undersöka självrapporterad sexuell erfarenhet, erfarenhet av abort, STI och preventivmedel samt om det fanns faktorer som påverkade preventivmedelsanvändandet.	Tre av fyra av respondenterna uppgav att det hade haft samlag och majoriteten var nöjda med sitt sexliv. Få studenter uppgav att de hade erfarenhet av abort eller STI, dock var det fler tjejer än killar som uppgav både oönskad graviditet och STI. Killarna i studien uppgav fler oskyddade samlag än tjejerna, både vid första och senaste samlaget. Den största riskfaktorn för att inte använda preventivmedel var alkohol. Kombinationen av unga män som dricker mer och mer alkohol, har fler partners och använder preventivmedel i liten utsträckning ses som en oroande tendens.
Lindberg et	Kvalitativ studie,	Att undersöka unga	De unga männen kände att det

<p>al., 2006, USA</p>	<p>fokus grupp-intervjuer. 18 killar, ålder 15 - 18 år</p>	<p>mäns attityder och uppfattningar om reproduktiv hälsovård avsett för unga, utifrån tillgänglighet och hur det är att gå dit.</p>	<p>kunde vara en stressande upplevelse, fylld av både interna och externa hinder, att besöka hälsovård särskild avsett för unga män. Interna hinder inkluderade en rädsla för stigmatisering och en förlust av social status, skam och förlägenhet. Yttre hinder kunde vara brist på möjlighet till avskildhet, respektlöst bemötande, långa väntetider och svårighet att hitta/navigera i vårdsystemet. Konklusionen i studien är att vårdgivare bör satsa på att öka kvaliteten i befintlig sjukvård och att man bör satsa på servicen för de unga männen. Vidare finns det ett behov av personal som är bekväm med att prata med ungdomar och som har kunskap om de unga männens reproduktiva hälsa.</p>
<p>Makenzius et al., 2009, Sverige</p>	<p>Kvantitativ studie, frågeformulär till 252 killar i åk 3 på gymnasiet. Svarefrekvens 76% (n=192) 97 killar på teoretiskt och 95 på yrkesinriktat program. Ålder 18-19 år.</p>	<p>Att undersöka manliga studenters beteende, kunskap, attityder och behov relaterade till sexuell och reproduktiv hälsa. Skillnader mellan studenter på teoretiska och praktiska program undersöktes också.</p>	<p>Studenter på yrkesinriktade program (YP) uppvisade ett större riskbeteende än de på teoretiska program (TP) när det gällde sexualitet och användning av tobak och alkohol. Bristande kunskaper vad gäller STI (sexuellt överförbara infektioner) identifierades, särskilt bland YP studenter. Ingen av respondenterna uppgav gymnasiet som huvudkälla för kunskap om sexualitet och STI trots att de flesta har sin sexuella debut när de går på gymnasiet. Båda grupperna efterfrågade mer information om båda könnens reproduktiva hälsa. Båda grupperna tryckte på att ungdomsmottagningar som är "kill-vänliga", lätt tillgång till kondomer och möjlighet till klamydiaprovtagning via nätet är</p>



			viktigt. När det gäller attityder tyckte en majoritet i båda grupperna att det är ok både med sex första kvällen och med sex mellan kompisar. Nästan alla höll med om att båda könen bör ta initiativ till sex och att ansvaret för att använda kondom är bådadas.
Marston et al., 2004, Mexico	<p>Kvantitativ studie. Man använder data från en studie där 8068 män mellan 15-60 år ingick och som bestod av ett frågeformulär där man svarade på frågor om sexuellt beteende.</p> <p>I denna studie ingår 1125 killar som är mellan 15-24 år och som beskriver sig som ensamstående.</p>	Att undersöka dels om preventivmedel användes vid det senaste samlaget, dels vilket preventivmedel som användes och dels varför det användes: för att förhindra graviditet eller STI eller båda. Man tittade på fråga både utifrån den enskilde individen och utifrån ett socialt sammanhang.	<p>På individnivå visade det sig att desto högre utbildningsnivå man hade, desto senare man debuterat och desto färre samlagspartners man totalt haft desto bättre var man på att använda preventivmedel, både som skydd mot oönskad graviditet och mot STI vid sitt senaste samlag. De yngre killarna var mer benägna att använda kondom som skydd mot STI. Män med positiv inställning till kondom använde också kondom i större utsträckning vid senaste samlaget. Det visade sig också att desto bättre man kände sin samlagspartner desto mer benägen var man att använda preventivmedel, särskilt med syfte att undvika en graviditet.</p> <p>Utifrån ett socialt sammanhang visade det sig att de män som hade många personer att prata med, och få råd av, om sin sexualitet i mycket större utsträckning använde preventivmedel, särskilt kondom som skydd mot STI när det handlade om tillfälliga samlagspartners, än de som hade få eller inga personer att prata med.</p>
Novak et al., 2005 Sverige	Kvantitativ studie, frågeformulär skickades ut till alla 18 åringar	Att upptäcka vilka faktorer, hos killar respektive tjejer, som är associerade	Fyra signifikanta variabler hittades som hängde ihop med att killar inte använde kondom: att de spenderade helgerna/sov över med

	(2333 st) i 4 svenska städer. Svarefrekvens 59% (n=1370, 523 killar och 870 tjejer).	med att inte använda kondom.	sin partner, att de kände sig nedstämda/deprimerade, att de använde tobak och att tjejer använde hormonellt preventivmedel. Det visade sig också att desto fler partners killarna haft desto mindre benägna var de att använda kondom. Det fanns en attityd, hos båda könen, att kondom borde användas vid tillfälliga samlag, men att det inte blev av "i stundens hetta" av olika anledningar. Endast 30% av killarna och 21% av tjejerna uppgav att de använde kondom som skydd mot STI.
Rembeck et al., 2011 Sverige	Kvantitativ studie, frågeformulär. 444 (200 tjejer och 244 killar) av 610 elever i åk 2 på gymnasiet i två svenska städer deltog, dels från teoretisk inriktning och dels från yrkesinriktat. Ålder 17 år.	Att belysa könsrelaterade skillnader i sexuellt riskbeteende samt om undervisning om STI påverkar ungas riskbeteende. Man undersökte också om det fanns skillnader mellan elever på teoretisk respektive yrkesinriktade program.	Killar tar mindre ansvar för STI prevention än tjejer, trots detta anser de sig ha mindre utbyte av undervisning om STI än vad tjejer har. Både tjejer och killar anser att huvudansvaret för att förhindra graviditet ligger på tjejer. Med anledning av detta har ofta tjejer ett mer naturligt förhållningssätt till ungdomsmottagningen och dess personal och tar därför också klamydiaprover i mycket större utsträckning än killar. Både tjejer och killar på yrkesinriktade program har mer sexuell erfarenhet och uppvisar ett större riskbeteende än elever på teoretiska program. Flest och störst risker när det gäller sexualitet tas av killar på yrkesinriktade program.

**Bilaga 2.**

<b>Databas</b>	<b>Sökord</b>	<b>Begränsningar</b>	<b>Träffar</b>	<b>Granskade/ Använda</b>
Cinahl	"Attitude to sexuality"	Peer-reviewed	2538	
Cinahl	"Attitude to risk"	Peer-reviewed	5656	
Cinahl	"Sexual health"	Peer-reviewed	2088	
Cinahl	"Sexual transmitted diseases"	Peer-reviewed	5875	
Cinahl	"Attitude to sexuality" OR "Attitude to risk" AND "sexual health" OR "Sexual transmitted diseases"	Peer-reviewed Young men Adolecens	373	153/9
Pubmed	Manuell sökning på författarnamn: Christiansson, m*	Peer-reviewed	8	2
Pubmed	Manuell sökning å författarnamn: Ekstrand, m*	Peer-reviewed	5	1