



GÖTEBORGS UNIVERSITET
INSTITUTIONEN FÖR SOCIALT ARBETE

Sexuell hälsa, ungdomar och unga vuxna

En studie om efterfrågade insatser i det preventiva och hälsofrämjande arbetet med sexuell hälsa i
Västra Götalandsregionen

SW2227, Vetenskapligt arbete i socialt arbete, 30hp
Scientific Work in Social Work, 30 higher education credits
Avancerad nivå
2012-10-15, HT 2011/ VT 2012

Författare: Andersson Johanna
Östlundh Sandra
Handledare: Tikkanen, Heikki Ronny

Tack!

Ett första och största tack vill vi ge vår handledare Ronny. Tack för att du inspirerat, utbildat och trott på vår förmåga under uppsatsens gång. Tack för möjligheten till flexibel och uppfinningsrik handledning, glädjespridning och peppning.

Vi vill tacka våra informanter för viljan att delta och den tid ni tagit från arbetet till vårt förfogande. Vi vill också rikta ett tack till våra korrekturläsare.

Utan våra familjers och vänners tålamod med vårt ältande, vår tidsbrist och stundtals förvirrade uppsyn. Utan ert tålamod hade denna uppsats inte kunnat slutföras. Nu kan vi umgås igen med odelad uppmärksamhet.

Tack till Neo för din underbara delaktighet, ditt enastående tålamod och den glädje du spridit när det som mest behövts. Tack också till de underbara barnvakter som funnits genom uppsatsens skapande, inklusive Mumintrollet och Pippi Långstrump.

Till sist, ett stort tack till varandra. Kärlek och vänskap!

Tack!

*Sandra och Johanna
Göteborg, November 2012*

Abstract

Title: Sexual health, adolescents and young adults. A study regarding requested interventions in the prevention and health promotion work with sexual health in the region of Västra Götaland.

Author: Johanna Andersson and Sandra Östlundh

Keywords: sexual health, STI / HIV prevention, adolescents, young adults and health promotion

We have from three studies examined how adolescents and young adults, actors and the research field describes the preventive and health promotion work with sexual health. The questions we asked ourselves was based on what efforts adolescents and young adults demand, whether there are differences between age, gender, place of residence, ethnicity, employment, and sexual orientation. Furthermore, we investigate if these requirements are consistent with the offered interventions from participants, as well as which perspectives the work with STI / HIV and SRHR issues should be based on. The investigation concerns the work of Västra Götaland and is answered by interviews with participants regarding the activities offered by actors, a quantitative analysis and text analysis of the answers of adolescents and young adults, and an international research overview of the research field. Our results show a high demand for basic preventive work from the adolescents and young adults. Furthermore, there is an increased demand of action from men, LGBTQ group and depending on the place of residence. This is because the actors have a precedence in the definition of sexuality and sexual health. Adolescents and young adults, as well as the informants, requests more focus on SRHR issues, and a common understanding of sexual health and sexuality. The conclusion is that the preventive and health promotion work should be more based on a humanistic and social constructionist perspective. In this way, sexual health could be seen as a right rather than a need.

Sammanfattning

Titel: Sexuell hälsa, ungdomar och unga vuxna. En studie om efterfrågade insatser i det preventiva och hälsofrämjande arbetet med sexuell hälsa i Västra Götalandsregionen

Författare: Johanna Andersson och Sandra Östlundh

Nyckelord: sexuell hälsa, STI/hiv-prevention, ungdomar, unga vuxna och hälsofrämjande

Vi har utifrån tre delstudier undersökt hur ungdomar och unga vuxna, aktörer och forskningsfältet beskriver och efterfrågar insatser som berör det preventiva och hälsofrämjande arbetet med sexuell hälsa. Frågorna vi ställt oss utgår från vilka insatser målgruppen efterfrågar, huruvida det finns skillnader mellan ålder, kön, bostadsort, bakgrund, sysselsättning och sexuell läggning. Vidare undersöker vi om dessa behov överensstämmer med de erbjudna insatserna från aktörerna, samt vilka perspektiv arbetet med STI/hiv och SRHR-frågor bör grunda sig på. Undersökningen berör arbetet i Västra Götalandsregionen och besvaras genom en kartläggning över de insatser som erbjuds från aktörerna, en kvantitativ analys och textanalys över vilka insatser som efterfrågas från målgruppen, samt en internationell kunskapsöversikt från forskningsfältet. Resultatet visar en stor efterfrågan på grundläggande preventiva insatser från målgruppen. Vidare finns en ökad efterfrågan på insatser från män, HBTQ-personer och beroende på bostadsort. Detta beror på att aktörerna har ett tolkningsföreträde när det gäller definitionen av sexualitet och sexuell hälsa. Gemensamt önskar målgruppen och informanter mer fokus på SRHR-frågor, samt en samsyn på sexuell hälsa och sexualitet. Slutsatsen är att det preventiva och hälsofrämjande arbetet i större utsträckning bör grunda sig på ett humanistiskt och socialkonstruktivistiskt perspektiv. På så sätt kan sexuell hälsa komma att ses som en rättighet snarare än ett behov.

”Genom att begränsa sin kontext till att bara gälla likasinnade uppnår man normalitet. Det kan vara livsfarligt, men det kan också vara livsnödvändigt. Varje människa har behov av att åtminstone tillfälligtvis få uppleva sig normal.”
Gardell (2012:178f)

Förkortningslista

HBTQ: Homosexuella, bisexuella, transpersoner och queer

HIV: Human immunodeficiency virus/ humant immunbristvirus

(Ung)KAB: Kunskap, attityd och beteende

KAST: Köpare AV Sexuella Tjänster

KI: Konfidens intervall

KMO: Kaiser Meyer Olkin

LGBTQ: Lesbian, gay, bisexual, transgender and queer

MUM: Mottagningen för unga män

n: totalt antal

RFSL: Riksförbundet för homosexuellas, bisexuellas och transpersoners rättigheter

RFSU: Riksförbundet för sexuell upplysning

SFI: Svenska för invandrare

SRHR: Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter

SPSS: Statistical package for the Social Sciences

STD: Sexually transmitted disease/ sexuellt överförbar sjukdom

STI: Sexually transmitted infection/ sexuellt överförbar infektion

SÄS: Södra Älvsborgs sjukhus

UM: Ungdomsmottagning

VG: Västra Götaland

VGR: Västra Götalandsregionen

VKV: Våld i nära relationer

WHO: World Health Organization

WAD: World AIDS Day

Innehållsförteckning

1. INLEDNING.....	3
2. DET PREVENTIVA OCH HÄLSOFRÄMJANDE ARBETET I VÄSTRA GÖTALAND.....	5
Göteborgs storstadsregion	5
Verksamheter	5
Erbjudna insatser och berörda målgrupper.....	5
Insatser som efterfrågas av målgruppen ungdomar och unga vuxna.....	6
Verksamheternas mål och perspektiv	6
Skaraborg.....	6
Verksamheter	6
Erbjudna insatser och berörda målgrupper.....	7
Insatser som efterfrågas av målgruppen ungdomar och unga vuxna.....	7
Verksamheternas mål och perspektiv	7
Fyrbodal.....	7
Verksamheter	7
Erbjudna insatser och berörda målgrupper.....	8
Insatser som efterfrågas av målgruppen	8
Verksamheternas mål och perspektiv	8
Södra Älvsborg.....	9
Verksamheter	9
Erbjudna insatser och berörda målgrupper.....	9
Insatser som efterfrågas av målgruppen ungdomar och unga vuxna.....	9
Verksamheternas mål och perspektiv	9
Sammanfattning.....	10
3. CENTRALA BEGREPP OCH PERSPEKTIV	11
Hälsofrämjande och prevention.....	11
Primärprevention och risk.....	12
Sexuell hälsa och ohälsa	12
Sexualitet som en social konstruktion	13
Teorin om sexuella script	14
Kärleksideologi	14
Queer.....	15
Intersektionalitet	16
4. METOD	17
Kartläggning.....	17
Tillvägagångssätt	17
Urval och avgränsningar	18
Bortfall.....	18
UngKAB09	18
Tillvägagångssätt	18
Urval och avgränsningar.....	21
Bortfall.....	22
Kunskapsöversikt.....	23
Tillvägagångssätt	23
Urval och avgränsningar.....	24
Bortfall.....	25
Problem med vår studie	25
Etisk diskussion	26
Studiens giltighet och användbarhet	27
Ansvarsfördelning.....	27

5. RESULTAT	28
UngKAB09	28
Ungdomar och unga vuxna i Västra Götalandsregionen	28
Efterfrågade insatser, kunskaper och tillgångar	30
En fördjupad beskrivning på efterfrågad kunskap	32
En fördjupad beskrivning på önskad tillgång	36
Efterfrågade insatser	38
Vilka efterfrågar insatserna?	42
Är preventionsbehovet olika beroende på vilken grupp du tillhör?	43
Respondenternas synpunkter på det preventiva och hälsofrämjande arbetet med STI/hiv och SRHR-frågor	46
Kunskapsöversikt	50
Utvärderingar av olika preventionsprogram	50
Skolundervisningens utformning	51
Hur det preventiva arbetet med STI/hiv bör utformas	53
Skyddsfaktorer och riskfaktorer	55
Kunskaper, attityder, beteenden och sexuell identitet	57
6. EN STRUKTURERAD ANALYS	59
Målgruppen efterfrågar grundläggande preventiva insatser i arbetet med sexuell hälsa	59
Grundläggande preventiva insatser	59
Kunskap om STI/hiv och säkrare sex	60
Kunskap om relationer	61
Samtalsinsatser	62
Det preventiva och hälsofrämjande arbetet skapar behov hos vissa specifika målgrupper ..	62
Kön, sexuell läggning och bostadsort	63
Sexuell hälsa på lika villkor	63
Målgruppen efterfrågar fler perspektiv på sexualitet och sexuell hälsa från aktörerna	64
Det STI/hiv-preventiva och hälsofrämjande arbetet domineras av en biomedicinsk syn på sexuell hälsa och sexualitet	64
En varierad kunskap om STI/hiv, säker sex och relationer saknas i det preventiva och hälsofrämjande arbetet	65
Den sexuella hälsan och sexualiteten formas i samtalet	66
Sexuell hälsa och sexualitet på (o)lika villkor	67
Sexuell hälsa, ett behov eller en rättighet?	68
7. Avslutande diskussion	70

REFERENSLISTA

Bilaga 1. Intervjuguide

Bilaga 2. Blocksökning

1. INLEDNING

Ungdomar och unga vuxnas sexuella liv och hälsa har sedan länge varit föremål för det sociala arbetet. Både som målgrupp och som fenomen, då sexualitet och hälsa inbegriper föränderliga sociala möten och beteende som kan generera konsekvenser för framtiden. När statistiken över smittsamma könssjukdomar sammanställs vid årens början tenderar klamydiainfektioner att återkomma som ett orosmoln. År 2011 rapporterades totalt 37 293 fall av klamydia-smittade personer jämfört med 22 267 smittade 2001, tio år tidigare. Av de 22 267 smittade var 5 842 rapporterade från Västra Götalandsregionen. I likhet med övriga landet var detta en ökning då 3 757 rapporterades smittade tio år tidigare (Smittskyddsinstitutet.se, 2011a).

Åldersgruppen ungdomar, 15–19 år och gruppen unga vuxna, 20–29 år, fortsätter att över tid stå för den största andelen smittade. Enligt Smittskyddsinstitutet stod gruppen ungdomar 2010 för 32 procent och de unga vuxna stod för 54 procent av de smittade (Smittskyddsinstitutet.se, 2011a). Vid en jämförelse mellan män och kvinnor tenderar också kvinnor ligga lite högre än män. Liksom klamydiainfektionens ökade antal, så verkar även hivinfekterade att öka år från år. År 2010 rapporterades 465 hivinfekterade personer, varav 217 personer smittats mellan personer av motsatt kön, 122 stycken mellan män som har sex med män och 27 stycken smittade via intravenöst missbruk. Totalt har det sedan början på 1980-talet rapporterats 9 400 hivinfekterade personer i Sverige. Av dessa lever ca 5 300 i Sverige idag. Medianåldern vid anmälan av hivinfektion ligger på 37 år och de flesta rymms inom åldersgruppen 30–39 år (Smittskyddsinstitutet.se, 2011b).

Det verkar som att det inte bara är andelen smittade av STI–sexuellt överförd infektion–, eller hiv som hägrar i debatten kring ungdomar och unga vuxnas sexuella hälsa. Även andra frågor dyker upp såsom skolans sex- och samlevnadsundervisning, oönskade graviditeter och abortantal, användande av kondomer och hälsan bland HBTQ-personer, homo-bi-trans- och queerpersoner. Inte alltför sällan talar vuxna om en brist på kunskap hos ungdomar och unga vuxna, vilket kan tolkas som orsak till risktagande i sexuella relationer. Det pågår också en debatt kring vilka aktörer som har ansvaret för de preventiva och hälsofrämjande insatserna och hur de bör utformas och erbjudas. Bland annat har ungdomsmottagningarna kritiserats för begränsade öppettider, skolans sex- och samlevnadsundervisning som undermålig och pinsam och svårigheter att veta vart man skall vända sig när man har blivit för gammal att besöka ungdomsmottagningen. Problem uppstår; männen är svåra att nå, HBTQ-personer känner sig förbisedda. Varför är det på det viset och varför är det så svårt att prata om sex och relationer? Och sällan är frågan om sexuell hälsa en enkel nöt att knäcka.

När det gäller STI/hivprevention så bör den vila på kunskap om målgruppen men någonting verkar idag fattas då den inte råder bot på den ökade andelen smittor. Studien UngKAB09 är den största enkäten i sitt slag i Sverige, riktad till ungdomar och unga vuxna (Tikkanen m.fl. 2011). Syftet med UngKAB09 var att undersöka kunskapen och kunskapsbehovet hos målgruppen kring sexualitet, STI/hiv, förekomst av sexuella risker och vilka eventuella grupper som tar mer risk än andra (Tikkanen m.fl. 2011). Ett av resultaten i UngKAB09 var att de ungdomar och unga vuxna som hade erfarenhet av att utsätta sig för sexuella handlingar som innefattar en risk så uppgav de sig i något högre utsträckning ha en kontakt med det preventiva arbetet i jämförelse med de som inte utsatte sig för sexuell risk (Tikkanen m.fl. 2011).

Vi ser detta som problematiskt, det preventiva arbetet med STI/hiv och SRHR- frågor finns ute i praktiken men vad är det som gör att de verksamheterna inte förmår att påverka spridningen av STI/hiv? Å ena sidan finns ungdomar och unga vuxna med ett behov, å andra sidan finns ett arbete. Syftet med vår uppsats är att undersöka i vilken utsträckning de möter varandra. Vem har tolkningsföreträde och vad bör man fokusera på?

Vi önskar få en ökad förståelse för dessa problem och har därför ställt oss dessa frågor;

- Vad uttrycker ungdomar och unga vuxna för behov i det preventiva och hälsofrämjande arbetet med STI/hiv och SRHR-frågor?
- Går det att urskilja insats-, och kunskapsbehov hos särskilda grupper, så som ålder, kön, bostadsort, bakgrund, sysselsättning och sexuell läggning?
- Hur överensstämmer ungdomar och unga vuxnas egna önskemål om insatser med utbudet av preventiva och hälsofrämjande insatser i Västra Götalandsregionen?
- Vilka perspektiv bör det preventiva och hälsofrämjande arbetet med STI/hiv och SRHR-frågor grundas på för att främja ungdomar och unga vuxnas sexuella hälsa i Västra Götalandsregionen?

Uppsatsen bygger på sju delar. Till en början presenteras en översiktlig kartläggning över det preventiva och hälsofrämjande arbetet med sexuell hälsa i Västra Götalandsregionen. Vidare redovisas centrala begrepp och perspektiv för denna uppsats, ett metodkapitel presenterar för läsaren tillvägagångssättet, en resultatdel följt av en analys och avslutande diskussion.

2. DET PREVENTIVA OCH HÄLSOFRÄMJANDE ARBETET I VÄSTRA GÖTALAND

I detta avsnitt presenteras vår kartläggning av de verksamhetsområden som arbetar preventivt och hälsofrämjande med sexuell hälsa (STI/hiv och SRHR-frågor) inom Västra Götalandsregionen, VG-regionen. Denna inledande beskrivning söker besvara de frågor som rör vilka verksamheter som finns i regionen, vilka insatser de erbjuder, vilka insatser som regionens verksamheter ser efterfrågas från målgruppen ungdomar och unga vuxna, samt vilka perspektiv de grundar sitt arbete på. Kartläggningen bygger på intervjuer med nyckelpersoner, informanter. Kartläggningen presenteras efter länsdelarna Göteborgs storstadsregion, Skaraborg, Fyrbodal och Södra Älvsborg. Denna uppdelning har av enkelhet gjorts enligt de upptagningsområden som respektive informant representerat vid intervjutillfället.

Göteborgs storstadsregion

Här beskrivs vilka verksamheter som erbjuder invånarna preventiva och hälsofrämjande insatser för sexuell hälsa inom Göteborgs storstadsregion.

Verksamheter

I Göteborgs storstadsregion är verksamheterna inom landstinget bland andra ungdomsmottagning, vårdcentral, gymmottagning, mödrahälsovård, barnmorskemottagning, MUM–Mottagningen för Unga Män, abortmottagning, gynekologisk öppenvård, Sexualmedicinskt centrum, infektionskliniken, beroendekliniken, VKV–Våld i nära relationer, Hiv-preventionsenheten och Haga-mottagningen för missbrukande kvinnor. Sahlgrenska sjukhuset har bland annat resurser för akut omhändertagande vid våldtäkt och det finns en pågående uppbyggnad av tjej–killmottagning på Minimaria som är ett samarbete mellan beroendekliniken och Sexualmedicinskt centrum, samt en pågående utredning över möjligheten att bygga upp en verksamhet med resurser att ta emot traffickingoffer. Privata aktörer är bland andra andrologiska mottagningen Andiuskliniken. Inom kommunerna finns verksamheter bland andra skola, ungdomsmottagning, skolhälsovård, Prostitutionsgruppen Göteborg och KAST–Köpare Av Sexuella Tjänster. Social Resursförvaltning erbjuder också kompetensutveckling, information och samverkan, via sin verksamhet Social utveckling. Det finns också frivilliga verksamheter, ideella organisationer. Dessa är bland andra RFSL–Riksförbundet för homosexuellas, bisexuellas och transpersoners rättigheter, RFSU–Riksförbundet För Sexuell Upplysning, Positiva Gruppen Väst, Kärleksakuten och Arabiskt initiativ. Internet är också en arena som rymmer preventiva och hälsofrämjande insatser för sexuell hälsa. Inom Göteborgs storstadsregion är dess insatser bland andra klamydiatest på nätet. Ungdomsmottagningarna erbjuder hemsidor med information och Hiv-preventionsenheten har en hemsida under uppbyggnad kring SRHR tillsammans med Pedagogiskt centrum.

Professioner inom ovan nämnda verksamheter består bland andra av barnmorskor, kuratorer, psykologer, gynekologer, psykolog för HIV-patienter, sjuksköterskor, läkare, folkhälsovetare, statsvetare och socialantropologer.

Erbjudna insatser och berörda målgrupper

Det är mestadels vård som erbjuds invånarna i Göteborgs storstadsregion. Varje insats borde också innebära prevention. Prevention och vård hör ihop menar informanten. När det gäller sexualiteten så är den tabubelagd och det finns många olika verksamheter som är inblandade i ämnet och har alla sina egna glasögon att studera ämnet med. Sexualiteten får sällan fokus i insatserna och männen hamnar ofta i skymundan. Inom missbruksvården får sexualiteten sällan synas och många gånger kan det vara den som ligger till grund för ett destruktivt beteende, exempelvis tidigare övergrepp. Kunskapen ser olika ut över de många verksamheter som är inblandade.

Män vänder sig oftast till hudmottagningen eller ungdomsmottagningen. Klamydiatest på nätet används mest av kvinnor, men när männen bättre än andra verksamheter.

Insatser som efterfrågas av målgruppen ungdomar och unga vuxna

Här menar informanten att det saknas insatser riktade till män och HBT-personer. De mest riskutsatta för klamydia är också svåra att nå. Samtal med målgruppen kring vilka preventivmedel som bör användas. Exempelvis får männen sällan lära sig hur kondomen fungerar. Oönskade graviditeter är ett nedprioriterat ämne trots att Sverige har högst abortantal i Norden. Internet används flitigt av målgruppen och bör användas mer av verksamheterna, bland annat då männen uttrycker att det är bekvämare att chatta på nätet med någon professionell. Informanten ser en önskan att gå ifrån riskbeteendet och börja tala om den sexuella praktiken och därmed se till helheten av problemet som är i fokus under mötet mellan professionell och den som söker för ett problem. Verksamheterna borde också arbeta för en gemensam kunskapsbas och där man kan hänvisa till varandra i större utsträckning i det fall verksamheten inte kan bistå den sökande med den hjälp som efterfrågas. Informanten saknar också ett preventivt arbete för riskgruppen missbrukande och våldsutsatta ungdomar.

Verksamheternas mål och perspektiv

Ett önskemål är att anlägga ett rättighetsperspektiv snarare än ett behovsperspektiv. Med ett behovsperspektiv har man angett sig att veta vilket behov en individ har utan att ha frågat individen vad behovet är. SRHR-frågor borde vården arbeta mer med så varje insats bör innehålla prevention.

Skaraborg

Nedan följer en beskrivning av de verksamheter som erbjuder invånarna preventiva och hälsofrämjande insatser för sexuell hälsa inom Skaraborg. Verksamheternas insatser, målgrupp, perspektiv och önskemål.

Verksamheter

Inom länsdelen Skaraborg omnämns verksamheter inom Landstinget vara bland andra ungdomsmottagning, barnmorskemottagning, vårdcentral, gymmottagning, hudmottagning, förlossning, STD-mottagning och smittskyddet. Dessa verksamheter möter direkt eller indirekt målgruppen med insatser gällande STI/hiv-prevention och/eller SRHR-frågor. Andra verksamheter som omnämns är utvecklingsenheten Hälsoäventyret Oasen som är ett inspirationsnätverk inom sex- och samlevnad, vilket vänder sig till yrkesverksamma. Inspirationsnätverket har som målsättning att utveckla, stärka och sprida det hälsofrämjande arbetet för barn och unga i Västra Götaland. Vänder sig till vuxna genom fortbildning, handledning, nätverk, seminarier och inspiration samt barn och unga i upplevelsebaserade möten.

Verksamheter inom kommunen som riktar sig till målgruppen är skolan där sex- och samlevnadsundervisningen sker. Även inom kommunen finns ett nätverk, Kraftsamlarna, som här arrangerar utvecklingsdagar för yrkesverksamma. Andra verksamhetsområden som kan tänkas omfatta STI/hiv-prevention och SRHR-frågor är ideella organisationer och insatser via internet. Bland ideella organisationer finns RFSL etablerat. Via internet erbjuder ungdomsmottagningarna i Skaraborg en hemsida.

Inom dessa verksamheter arbetar bland annat läkare, barnmorskor, kuratorer, psykologer, sjuksköterskor, distriktsläkare, gynekologer, allmänläkare, lärare och ideella personer. Verksamheterna samverkar bland annat genom forumet Sexuell hälsa/STI-gruppen. Här finns representanter från samtliga verksamheter, primärvård, ungdomsmottagning, gyn, folkhälsan, skolhälsovård, infektion- och hudmottagning, labb och smittskydd.

Tanken är regional och för att få ett större SRHR-perspektiv i verksamheterna med mer fokus på önskade graviditeter. Målet är att ta ett gemensamt grepp kring frågan och ta dessa till diskussion.

Erbjudna insatser och berörda målgrupper

I de ovan nämnda verksamheterna erbjuds målgruppen insatser i form av provtagning, smittspårning, behandling och utåtriktat arbete i form av upplysning rörande STI/hiv. Ungdomsmottagningarna i Skaraborg arbetar enligt det regionala inriktningsdokument för UM i VGR när det gäller det utåtriktade arbetet i högstadiet. Här bedrivs också arbetet redan i årskurs sex. I Skaraborg berör de utåtriktade insatserna bland annat ett SRHR-perspektiv och jämlikhet- och rättighetsfrågor. Verksamheterna ämnar rikta sig till länsdelens alla medborgare. Ungdomsmottagningarna riktar sig specifikt till individer mellan 13–25 år. Från 25 år och uppåt är det främst primärvård och STD-mottagning som tillhandahåller insatser för ändamålet. I länsdelen har ett pilotprojekt för HBT-diplomering av verksamheterna familjehälsan, barnavårdscentral, mödravårdscentral och ungdomsmottagning i Lidköping genomförts.

Insatser som efterfrågas av målgruppen ungdomar och unga vuxna

Verksamheter som bedriver testning och smittspårning upplever bland annat att när ett bra möte med målgruppen sker, så efterfrågas också mer tid för samtal från medborgaren. Målgruppen efterfrågar också i relation till detta, större tillgänglighet till verksamheterna, enklare att boka tider på exempelvis nätet och lättare att hitta verksamheterna. En brist som också uppmärksammats genom målgruppen är att då man passerat 25 år så blir det svårt att veta till vilken verksamhet de skall vända sig rörande frågor om sexualitet och sexuell hälsa och att insatser inom detta område då tycks ta slut. Ett annat område som efterfrågas från målgruppen är en jämställd vård. Med detta menas att verksamheterna som ämnar vända sig till samtliga medborgare också skall göra just det och tydligt visa det. Bland annat att verksamheterna utformas för både män och kvinnor. Som det ser ut idag är verksamheterna mer styrda efter kvinnornas behov än männens. Att döma från undersökningar från män önskas inte verksamheter särskilt för män, däremot att verksamheterna vänder sig till båda könen.

Verksamheterna efterfrågar själva bättre verktyg för att tidigare kunna identifiera risktagande bland målgruppen. Bland annat som berör livsstilsfrågor och livsvillkor, samt vid sexuellt risktagande och alkoholintag.

Verksamheternas mål och perspektiv

Verksamheterna i Skaraborg har som mål att bedriva en jämlik vård och där det bland annat är önskvärt att HBT-diplomera samtliga verksamheter. Målet är också att arbeta för att färre skall bli sjuka och därmed arbeta mer förebyggande och upplysande, att öka kunskapen på de flesta områden, bland annat förbättrad kondomkunskap och frisk- och riskfaktorer. Här önskas också ett större SRHR-perspektiv i verksamheterna och att stärka detta. Tydligare definiera vad sexuell hälsa är och tydliggöra ett rättighetsperspektiv på detta.

Fyrbodal

Här beskrivs de verksamheter som erbjuder invånarna preventiva och hälsofrämjande insatser kring sexuell hälsa inom Fyrbodal, deras insatser, målgrupp, perspektiv och önskemål.

Verksamheter

De verksamheter som arbetar med STI/hiv-prevention och SRHR-frågor inom Fyrbodal är främst ungdomsmottagningarna och till viss del även mödravårdscentral och den lokala smittskyddsenheten. STD-mottagningar finns också representerade inom länet, men anses arbeta mer med tertiärprevention än primärprevention.

Inom kommunen finns förutom ungdomsmottagningar även skolan som aktör. SFI–Svenska För Invandrare och fritidsgårdarna i länet arbetar delvis preventivt vid tillfällen när kurser eller temadagar anordnas. Inom länet finns också verksamheten Hälsokällan arbetar bland annat med fortbildning av yrkesverksamma som arbetar med frågor rörande sexuell hälsa.

Ideella organisationer inom denna länsdel är bland andra RFSL och RFSU. Här finns också kyrkan delaktig under dagar som exempelvis WAD–World Aids Day. Via internet erbjuder bland andra RFSL en lokal hemsida, likaså Smittskyddsenheten vars hemsida vänder sig till hela VG-regionen.

Inom dessa verksamheter arbetar bland andra läkare, barnmorskor, sjuksköterskor, kuratorer, psykolog, pedagog, folkhälsoplanerare och fritidspedagoger. Verksamheterna samverkar bland annat genom den lokala STI/sexuell hälsagrupper, vid temadagar som klamydiamåndag och WAD. Gemensamma utbildningsdagar anordnas också, exempelvis tillsammans med Hälsokällan där yrkesverksamma erbjuds kondomsamtalsutbildning.

Erbjudna insatser och berörda målgrupper

De nämnda verksamheterna inom Fyrbodals kommun bedriver bland annat ett utåtriktat arbete och individuell rådgivning ute på skolor och i klasserna. Det utåtriktade arbetet kan också röra sig om aktiviteter på temadagar som kärleksdagar, WAD eller klamydiamåndagen, men också studiecirklar för ensamkommande flyktingbarn. STD-mottagningarna erbjuder främst provtagning, smittspårning och behandling. Forum sexuell hälsa erbjuder insatser riktade till yrkesverksamma 1–2 gånger om året då mödravårdscentral, gyn, skolsköterskor och ungdomsmottagningar bland annat erbjuds nätverkande och föreläsningar i önskat ämne.

Ungdomsmottagningarna vänder sig till målgruppen ungdomar och unga vuxna mellan 12–25 år. Unga vuxna över 25 år hänvisas sedan till vårdcentralen eller barnmorskemottagningen. Barnmorskemottagningen vänder sig till kvinnor, varpå männen hänvisas till vårdcentralen. RFSL vänder sig till hela målgruppen.

Insatser som efterfrågas av målgruppen

Ungdomarna i länsdelen efterfrågar lättillgängliga ungdomsmottagningar med längre öppettider och enkelt att komma till, där de kan få hjälp med det mesta och relativt omgående. Tanken med ungdomsmottagningarna är att dessa skall jobba tvärprofessionellt och psykosocialt, men i dagsläget går mycket tid åt testning. Verksamheterna upplever en vilshenhet hos unga vuxna som nått en ålder av 25 år, då de inte längre vet var de skall vända sig. Kvinnorna vänder sig efter ett tag till barnmorskemottagningen inom primärvården, men det finns dessvärre ingen naturlig mottagning för männen. Verksamheterna upplever att målgruppen önskar att deras verksamhet finns mer där målgruppen befinner sig.

Verksamheternas mål och perspektiv

Ungdomsmottagningen är den verksamhet som tydligt har definierat förebyggande arbete mot STI och oönskade graviditeter, SRHR och ett arbete för livsstilsfrågor så målgruppen kan ges möjlighet att göra goda val. Inom primärvårdens vårdcentraler är sexuell hälsa som ämne mindre i jämförelse med exempelvis andra områden som kol eller hjärt- kärlsjukdomar. Inom dessa verksamheter hamnar fokus på testning och bot och mindre kring samtal om sexuell praktik eller hur andra sjukdomar kan påverka sexualiteten som sådan. Ett samlat grepp kring SRHR-frågor efterfrågas av verksamheterna och en större helhetssyn på sexuell hälsa. Som det ser ut idag finns ingen ansvarig för SRHR- frågor inom vården.

Södra Älvsborg

Nedan följer en beskrivning av de verksamheter som erbjuder invånarna preventiva och hälsofrämjande insatser för sexuell hälsa inom Södra Älvsborg.

Verksamheter

I länsdelen Södra Älvsborg finns det inom SÄS–Södra Älvsborgs sjukhus, en ganska stor STD-, och hudmottagning. Här finns också barn- och mödravårdcentral, ungdomsmottagning och primärvårdens vårdcentraler. Frågor kring STI/hiv-prevention och SRHR-frågor hamnar till viss del även hos länets gymmottagningar. Inom kommunen bedrivs arbete på skolor inom ramen för sex- och samlevnadsundervisningen. Inom den ideella verksamheten finns RFSL representerat. Södra Älvsborg har ingen lokal klinisk verksamhet via internet, däremot finns information vad gäller upplysning och föreningsverksamhet.

Inom dessa verksamheter finns yrkesverksamma som läkare, barnmorskor, sjuksköterskor, kurator, gynekolog, mikrobiolog, venereolog, distriktsläkare och frivilliga personer. Verksamheterna samarbetar bland annat genom den lokala STI/sexuell hälsagruppern där nyckelpersoner från de olika verksamheterna träffas. På STD-mottagningen i Borås är man behjälplig med smittspårning från olika vårdcentraler. Aktiviteter brukar gemensamt anordnas kring exempelvis WAD, då mellan RFSL, STD-, och hudmottagningarna och hiv-prevention.

Erbjudna insatser och berörda målgrupper

Insatser som erbjuds är exempelvis utåtriktad verksamhet via ungdomsmottagning på bland annat skolor och under olika kampanjer. Individuella möten och preventiva samtal sker, både vad gäller förebyggande av STI och graviditeter. Vårdcentraler erbjuder testning, provtagning och uppföljning. Ideella verksamheter arbetar mycket med kampanjer och medlemsverksamhet.

Verksamheternas målgrupper som sådan är uppdelad. Ungdomsmottagningarna vänder sig till ungdomar och unga vuxna mellan 12–25 år. RFSL vänder sig till allmänheten, medan exempelvis barn- och mödravårdcentraler och gynekologisk mottagning främst vänder sig till kvinnor. Unga vuxna över 25 år finner sällan en självklar verksamhet att vända sig till vid frågor om sexuell hälsa. De verksamheter som vänder sig till unga vuxna över 25 år är STD-mottagningen eller vårdcentralen.

Insatser som efterfrågas av målgruppen ungdomar och unga vuxna

De insatser som upplevs efterfrågade av målgruppen är bland annat möjligheten att samtala kring problem rörande den sexuella hälsan. Till stor del erbjuder verksamheterna i första hand insatser i form av testning. Då vårdcentralerna har flera områden inom sjukvården får sexuell hälsa en mindre roll. Verksamheter som arbetar med ungdomar i missbruk saknar sexualitet på agendan i deras arbete. STD- mottagningen upplever sig behöva barnmorska som kan diskutera preventivmedel i relation till förebyggande arbete med oönskade graviditeter.

Verksamheternas mål och perspektiv

Visionen är ett gott omhändertagande och ett likvärdigt bemötande. Att arbetet bedrivs både medicinskt och psykosocialt.

Sammanfattning

- ⤴ Det finns ett stort antal verksamheter och professioner som arbetar med sexuell hälsa bland ungdomar och unga vuxna i VG- regionen. Här försöker flertalet perspektiv samsas i arbetet.
- ⤴ Informanterna i länsdelarna ser att sexualiteten är ett tabubelagt ämne och som tillsammans med den sexuella hälsan får en mindre roll inom hälso-, och sjukvården.
- ⤴ SRHR- frågor anses vara ett nedprioriterat ämne i det preventiva och hälsofrämjande arbetet med sexuell hälsa, jämfört med de STI/hiv- preventiva insatserna.
- ⤴ Informanterna ser ett större fokus på sekundär och tertiärprevention (bot av sjukdom och smittspårning) än primärprevention (förebyggande). En önskan finns att primärprevention ska finnas med vid alla insatser.
- ⤴ Målgruppen efterfrågar enligt informanterna en självklar verksamhet att vända sig till med sina frågor efter 25 års ålder, en självklar verksamhet att vända sig till som man och lättillgängliga mottagningar.

3. CENTRALA BEGREPP OCH PERSPEKTIV

I detta kapitel redovisas sju centrala begrepp och perspektiv som vi finner användbara att analysera utifrån vår uppsats frågeställning.

Hälsofrämjande och prevention

Den direkta översättningen av engelskans "health promotion" är hälsopromotion, som i vissa sammanhang också benämns vid "hälsofrämjande", health (hälsa) och promote (främja). Korp (2004) har i sin bok sammanställt en rad internationella beskrivningar och diskussioner kring vad hälsopromotion innebär och betydelsen av det. Hälsopromotion å ena sidan syftar till att främja den goda hälsan och låta brukarna av dessa insatser få ny makt att benämna sin hälsostatus, men att det å andra sidan också finns en risk att verksamheter av olika slag ges ett tolkningsföreträde kring vad god hälsa innebär (Korp, 2004). I det avseendet saknas en entydig teoretisk grund att stå på, vilket innebär att begreppet i sig är väldigt tillåtande i så många avseenden att det är svårt att finna ett gemensamt syfte och mål med denna avsikt och praktik. Författaren menar vidare att om hälsopromotion i förlängningen ska kunna bära frukt, behöver de aktörer som använder sig av begreppet hälsopromotion, gemensamt bryta ned begrepp som hälsa och främjande, för att sedan gemensamt bygga upp en tydlig och klar målbild med tillhörande teoretisk grund (Korp, 2004).

David Seedhouse (2004) talar om hur de mångsidiga perspektiv som hälsopromotion erbjuder ger möjlighet att samverka, i stället för att utesluta varandra. Dessa bör inte ses som en begränsning, snarare en fördel, främst för de brukare som möter de insatser som hälsopromotion har att erbjuda. Hälsopromotionens varierade perspektiv ger brukaren möjlighet att också vara delaktig i formuleringen kring sin egen hälsostatus och också möjligheter att reflektera och formulera vilka insatser som är fördelaktiga för just denne (Seedhouse, 2004). Författaren menar att enkelsidiga perspektiv skapar ett begränsat synsätt då man väljer att studera ett fenomen med enbart "sina egna glasögon", eller som han beskriver det, modeller att tänka kring. Vilket därmed sällan erbjuder brukaren att själv formulera ett problem, då "en sanning" redan presenterats för denna. Seedhouse (2004:52) menar här att det inom hälsopromotion är viktigt att ständigt fråga sig vad som saknas i modellen och varför vissa saker har valts och andra valts bort. Han menar, "Various pieces of evidence + various sorts of options = a health promotion plan"(Seedhouse, 2004:59).

För att undvika att hälsopromotionen blir bunden till en politisk förförståelse och agenda, måste verksamheter som arbetar med detta perspektiv besluta om en sak, en gemensam teoretisk grund (Seedhouse, 2004:79, 133f.). Skall evidensbaserad fakta driva hälsopromotion, skall värden driva hälsopromotion, eller skall man låta dessa båda konsekvent få driva hälsopromotion gemensamt.

Finns det då någon skillnad mellan hälsopromotion och prevention? Downie, Tannahill och Tannahill menar att promotion och prevention är två perspektiv som egentligen strävar mot ett gemensamt mål, en upplevelse av välbefinnande hos en individ, och att det i denna strävan krävs ett arbete att främja (promote) hälsa och att bevara hälsa där vi förebygger (prevent) sjukdomars uppkomst eller återkommande (Downie, m.fl., 1996, ref i Korp, 2004). Socialstyrelsen formulerar beskrivningen av hälsofrämjande och förebyggande arbete som två sidor av samma mynt. De presenterar det hälsofrämjande arbetet och prevention som två arbetssätt som bör komplettera varandra. Detta genom att förebygga oönskade konsekvenser av en individs sexualitet, exempelvis oönskade graviditeter eller könssjukdomar och samtidigt stärka det som håller oss friska och välmående, exempelvis att stärka självkänslan, lusten och glädjen kring vår sexualitet. Arbetet kan ske både på individ och gruppnivå menar Socialstyrelsen (2009). När vi pratar om arbetet med sexuell hälsa i denna uppsats så syftar det till det preventiva och hälsofrämjande arbetet. Idag har arbetet med STI/hiv-prevention flyttats från Socialstyrelsen till Smittskyddsinstitutet.

Primärprevention och risk

Begreppet prevention kan ses ur olika nivåer. Dessa brukar benämnas primär och sekundär prevention. Med primär prevention menas preventiva insatser riktade till en större grupp av individer, exempelvis i form av sex- och samlevnadsundervisning eller andra insatser där samtal förs kring sexuell hälsa och sexuellt beteende i syfte att förebygga ett sexuellt beteende som riskerar oönskade konsekvenser. Dessa samtal kan också föras med enskilda individer. Sekundär prevention å sin sida innebär insatser som avser att begränsa och minska en redan oönskad händelse, exempelvis en smittöversföring. Exempel på detta kan vara ungdomsmottagningar eller testmottagningar som erbjuder möjlighet till testning och smittspårning av könssjukdomar (Socialstyrelsen, 2009).

Risk kan ses på två sätt, det medicinskt rationella och det sociokulturella. Lupton (1999) beskriver "the health belief model", likt den medicinskt rationella, som ett dominerande sätt att se på risk inom det hälsofrämjande arbetet. Risk innebär att riskundvikande är rationellt och risktagande är irrationellt handlande. Beteendet går från A till B, vetskapen om att en risk föreligger vilket följs av ett riskundvikande handlande. Det sociokulturella förhållandet till risk innebär att risken definieras efter kulturella kontexter och normer. Detta innebär att individer, eller grupper av individer kan "göra" risk till en risk, eller inte till en risk (Lupton, 1999). Vi väljer att se på risk enligt det sociokulturella förhållningssättet, att samtliga är potentiella risktagare.

Sexuell hälsa och ohälsa

Sexuell hälsa och ohälsa definieras ofta utifrån ett medicinskt perspektiv vilket får tolkningsföreträde i preventionsarbetet, hävdar Helmius (2010). Hon menar att detta perspektiv ofta tenderar till att fokusera på risker och problem som behöver överbryggas eller förhindras, snarare än att fokusera på det friska och hälsomedvetna. Som ett resultat av detta byggs preventionsarbetet upp efter normen att arbeta med "rädslor för" i stället för det ungdomar och unga vuxna skall vara "rädda om" och på vilket sätt detta bäst skall ske (Helmius, 2010).

Hälsa och ohälsa kan definieras enligt två olika diskurser menar Alexandersson och Medin (2000), den biomedicinska och den humanistiska diskursen. Den biomedicinska diskursen utgår ifrån ett reduktionistiskt synsätt som innebär att man separerar delarna från sin helhet. Kropp och själ är två olika delar och hälsa innebär att kroppens delar fungerar normalt och är frånvarande från sjukdom. Den humanistiska definitionen fokuserar på hälsa som en samverkan mellan individ och den kontext denne lever under och verkar i. Hälsa som frånvaro av sjukdom ses som begränsad och otillräcklig. Hälsan påverkas enligt den humanistiska diskursen av hurvida en individ har förstågan och förutsättningarna att förverkliga det som anses viktigt för denne, socialt, kulturellt och ekonomiskt, samt om individen har ett beteende som den trivs med och känner en känsla av sammanhang. En sjukdom kan vara en orsak till ohälsa, men ohälsan i sig beror på hur individen uppfattar sin eventuella sjukdom. Ohälsa kan råda utan sjukdom och sjukdom kan råda utan att det för individen innebär ohälsa (Alexandersson och Medin 2000).

WHO–World health organisation, som ofta får stå som refererad frontfigur i sammanhang då begreppet hälsa skall definieras, ger på sin hemsida ett exempel på en möjlig formulering på vad sexuell hälsa kan innebära;

"It is a state of physical, emotional, mental and social well-being in relation to sexuality, and not merely the absence of disease, dysfunction or infirmity. Sexual health requires a positive and respectful approach to sexuality and sexual relationships, as well as the possibility of having pleasurable and safe sexual experiences, free of coercion, discrimination and violence. For sexual health to be attained and maintained, the sexual rights of all people must be respected, protected and fulfilled." (WHO.se 2010a)

Arbetet med denna beskrivning startade på WHO:s convened international technical consultation on sexual health i januari 2002, mellan flera internationellt inblandade ”experter” och har alltsedan dess ständigt varit under arbete. WHO är noga med att förklara att denna formulering inte bör ses som WHO:s definition på vad sexuell hälsa innebär, då det ännu inte är en gemensamt vedertagen definition.

Sexualitet som en social konstruktion

WHO finns ofta refererad under begreppet sexualitet i litteratur rörande arbetet med ungdomar och unga vuxnas sexuella liv. Liksom beskrivningen av vad sexuella hälsa kan innebära, så menar WHO att även den beskrivning som ges angående sexualitet inte bör ses som deras vedertagna definition. Här får den dock ges utrymme som ett exempel på hur sexualitet kan formuleras;

“Sexuality is a central aspect of being human throughout life and encompasses sex, gender identities and roles, sexual orientation, eroticism, pleasure, intimacy and reproduction. Sexuality is experienced and expressed in thoughts, fantasies, desires, beliefs, attitudes, values, behaviours, practices, roles and relationships. While sexuality can include all of these dimensions, not all of them are always experienced or expressed. Sexuality is influenced by the interaction of biological, psychological, social, economic, political, cultural, ethical, legal, historical, religious and spiritual factors.”
(WHO.se 2012b)

Sexualitet kan enligt Hansson (2007) förstås genom sexualitetscirkeln. Sexualitetscirkeln består av tre olikartade men samverkande komponenter, den biologiska, den psykologiska och den sociala. Den biologiska komponenten innebär att varje individ föds med förmåga att utveckla en sexualitet. Sexualiteten växer fram genom vår pubertala och hormonella utveckling. Den psykologiska komponenten innebär det individuella behovet och förmågan att vara med sin sexualitet och som sker känslomässigt utvecklande. Den tredje komponenten är den sociala och innebär de kulturella, traditionella och samhälleliga normer som tillåter individen att ha tillgång till sin sexualitet. Dessa tre komponenter kan inte var för sig förklara eller uttrycka en persons sexualitet enligt, utan är beroende utav varandra och påverkas genom varandra (Hansson, 2007).

Lewin (2010) förklarar att uttrycksformerna för människans sexualitet är socialt konstruerade, medan sexualiteten till stor del fungerar biologiskt. Genom det samhälle vi lever i lär vi oss på vilket sätt, när, var och hur det är okej för oss som människor att agera sexuellt. Hur dessa uttrycksformer ter sig och vad som accepteras som ett legitimt sexuellt beteende varierar mellan samhällen och tidpunkter, men också mellan grupper som agerar inom det gemensamma samhället (Lewin 2010). De spelregler som socialt formas i grupperna ses enligt Lewin (2010) ofta som naturligt givna då de internaliseras och skapas som normer för vad naturlig respektive onaturlig sexualitet är. Trots att de ”naturliga” spelreglerna är socialt konstruerade så ses det inte som självfallet enkelt för de spelande att bryta eller försöka förändra spelreglerna.

Genom att överskrida eller handla utanför normerna för den ”naturliga” sexualiteten så riskerar denne att frysas ut, eller ses som något oönskat. Genom de normer som sätts upp inom grupper av samhällen så agerar vi också i regel med de personer som finns inom gruppen (Lewin 2010). Vi söker tillfälliga sexuella kontakter eller partners på de sociala ytor vi delar inom gruppen, samt agerar sexuellt genom de normer som finns där just då. Genom detta urval kan det därför bli svårt att se och ibland förstå andra gruppers sexuella förhållningssätt. Ett sexuellt beteende skapas inom gruppen och styrs där av också genom normerna i gruppen. Lewin (2010) poängterar att det är svårt att förändra ett sexuellt beteende av den anledningen att de normer och sociala påtryckningar som bygger sexualiteten samverkar med vårt psykologiska jag.

Detta innebär att personer ställer sitt eget handlande i jämförelse med andra personers handlande och då väljer man att följa det ”naturliga” beteendet. Så länge det egna sexuella beteendet inte överskrider gränserna så finns det därmed ingen anledning att förändra sitt beteende. Det krävs att andra personer gör det först (Lewin 2010). Detta medför att kunskap kring sexuellt riskbeteende i sig självt inte är ensamt verksamt för att sexuellt riskbeteende ska förändras. Det är sällan som personer jämför sitt beteende med riskutsatthet och placerar sig själva i statistiken av antalet smittade av exempelvis klamydia. I fall då personer jämför sig så sker detta i jämförelse med de personer vi samspekar med och som betyder något för oss. De personer som vi delar bakgrund med, liknande erfarenheter, har liknande sociala positioner och som bekräftar vår normalitet (Lewin 2010).

Helmius (2010) utvecklar det ytterligare. I ungdomsåren blir den sociosexuella utvecklingen mest central. Hon menar att det är under dessa år som individen knyter an känslor, normer, värderingar och mening till en sexuell handling. Därför är det viktigt att skilja på att ungdomar, unga vuxna och vuxna inte menar samma saker med sina sexuella handlingar. Det är således här den sociala konstruktionsaspekten på sexualitet blir central då denna visar på en konstruktion och omkonstruering av sexuell innebörd mellan tid och rum (Helmius 2010).

Teorin om sexuella script

En teori som genom tiderna haft stor betydelse för forskning kring sexualitet är sociologerna John Gagnon och William Simons *sexuella script*. Begreppet kan beskrivas som ”et teoretisk rammeverk som identifierer med *hvem* vi kan ha sex, *när* och *hvor* vi kan ha det, *hva* vi kan gjøre, og *hvorfor* vi kan gjøre det.” (Pedersen 2005:20) Simon och Gagnon menar att:

“Scripts are a metaphor for conceptualizing the production of behaviour within social life. Most of social life most of the time must operate under the guidance of an operating syntax, much as language is a precondition for speech. For behaviour to occur, something resembling scripting must occur on three distinct levels: cultural scenarios, interpersonal scripts, and intrapsychic scripts.” (Simon och Gagnon 2007:31)

Det är i samhället som de kulturella föreställningarna finns om hur man bör bete sig inom alla områden. Här finns olika uppställda normer vilka individerna som lever i samhället förväntas rätta sig efter. I det intrapsykiska scriptet formas individens egna önskemål, begär, och fantasier i den privata världen. Denna åtrå ska processas så att den passar i det kulturella scenario som individen lever i, en process som Simon och Gagnon benämner som det interpersonella scriptet. I individens möte med dess omgivning formas alltså lämpliga samhällsmedborgare, vars privata begär innefattas i den kulturellt accepterade. (Simon och Gagnon, 2007)

Kärleksideologi

Häggström-Nordin (2009) beskriver kärleksideologin som att sexuella handlingar legitimeras av romantik, kärlek eller förälskelse. Den västerländska sexuella normen präglas av kärleksideologin på så vis att en ”god” och ”normal” sexualitet grundar sig på synen att ett samlag är en kärlekshandling till den man älskar. Utifrån detta perspektiv är sexuella handlingar mer socialt accepterat och okej i fasta relationer än det är att ha tillfälliga sexuella relationer.

Forsberg (2006) menar att kärleksideologin har en dominerande roll i det svenska samhället och att så har fallet varit under större delen av 1900-talet. Men ungdomar är uppfinningsrika och har korta förhållanden som gör att de kan agera ganska fritt sexuellt inom dessa relationer. På så sätt kan ungdomar ha sex utan att bryta sina normer. Om vi ser på sexualitet som en social konstruktion så påverkar samhällseliga förändringar de sexuella idealen.

Häggström-Nordin (2009) pekar på ett flertal studier som visar att kärleksidealets storhetstid är förbi och att unga idag har en mer frikopplad syn mellan kärlek och sexualitet samt sexuella handlingar. Det pågår med andra ord en förändring där kärleksidealet idag inte är lika starkt som det varit.

Men detta skapar också en problematik i sökandet av sexuell identitet, individerna måste också förhålla sig till antingen den ena där sexuella handlingar är mer socialt accepterat utanför en relation eller så är det en kärlekshandling till en person. Att normen där kärleksideologin tappar sin roll som dominerande leder också till fler tillfälliga sexuella kontakter, ökat sexuellt risktagande och fler partners då ett mer tillåtande ideal framträder (Forsberg 2006).

Queer

Queer är ett omtvistat begrepp som har olika innebörder beroende på vem man frågar. Ambjörnsson (2006) menar att begreppet är ett "[...]samlingsnamn på olika kritiskt granskande perspektiv på sexualitet." (Ambjörnsson 2006:37). Hon formulerar det även som "[...]ett kritiskt förhållningssätt till det normativa." (Ambjörnsson, 2006:27). Författaren beskriver queer vidare som ett "[...] redskap att ifrågasätta samhällets för givet tagna sanningar, vare sig det handlar om genus, sexualitet eller annan form av normalitet." (Ambjörnsson, 2006:9).

Ur ett queerteoretiskt perspektiv råder det en viss rangordning i samhället där heterosexualitet är den norm som värderas högst i det västerländska samhället, vilket benämns som heteronormativitet. I motsats till detta finns alltså de som faller utanför den heterosexuella ramen. Sexualiteten ses som en social organisering vilken är socialt, historiskt och kulturellt skapad (Ambjörnsson, 2006). Dessutom är det även en viss form av sexualitet som är mest önskvärd framför andra. Rubin (2007) menar att sexuella handlingar struktureras utifrån ett hierarkiskt system.

Sex inom äktenskapet mellan två personer av olika kön i syftet att avla barn är det som står ohotat överst på pyramidens topp. Föraktade sexuella handlingar är de mellan homosexuella män som inte har en relation med varandra eller sex som innefattar exempelvis pengar, pornografi eller sexleksaker (Rubin, 2007).

Men heteronormativitet handlar inte endast om sökande av sexuell identitet, det är också av samhällelig betydelse och yttryck av makt. Queerforskare har ett intresse för dessa processer och denna makt- och definitionskamp är dold och handlar om föreställningar som är giltiga i en viss tid och rum (Ambjörnsson, 2006).

"Like gender, sexuality is political. It is organised into systems of power, which reward and encourage some individuals and activities, while punishing and suppressing others. Like the capitalist organization of labour and its distribution of rewards and powers, the modern sexual system has been the object of political struggle since it emerged and as it has evolved. But if the disputes between labour and capital are mystified, sexual conflicts are completely camouflaged." (Rubin, 2007:180)

Intersektionalitet

Intersektionalitet har kommit att bli ett analytiskt verktyg inom exempelvis socialt arbete, vars betydelse innebär ”korsning” eller ”skärningspunkt”. Syftet med intersektionalitet är att göra det möjligt att uppmärksamma och analysera tillfällen då maktstrukturer och kategorier, så som kön, etnicitet, sexualitet och klass sammanfaller i mötet mellan individer. Intersektionalitet syftar inte enbart till att exempelvis dikotomierna ”man” och ”kvinna” inom kategorin kön, utan belyser samtidigt att det inom begreppet ”kvinna” ryms maktstrukturer som skapar en konstruktion och därmed individens situation (Mattson, 2010). De olika kategorierna gör det möjligt att skapa ojämlikhet då varje kategori för med sig en föreställning om hur individens situation ser ut. Att därmed se på varje kategori som sammansatt med flera kategorier, gör det möjligt att se olikheterna som varje individ bär på gentemot varandra (Mattson, 2010).

”Intersektionalitetens sprängkraft ser vi främst som utvecklandet av ett teoretiskt perspektiv som kopplar makt och ojämlikhet till individens möjligheter att agera som subjekt inom ramen för samhällets strukturer, institutionella praktiker och rådande ideologier.” (de los Reyes och Mulinari, 2010:16).

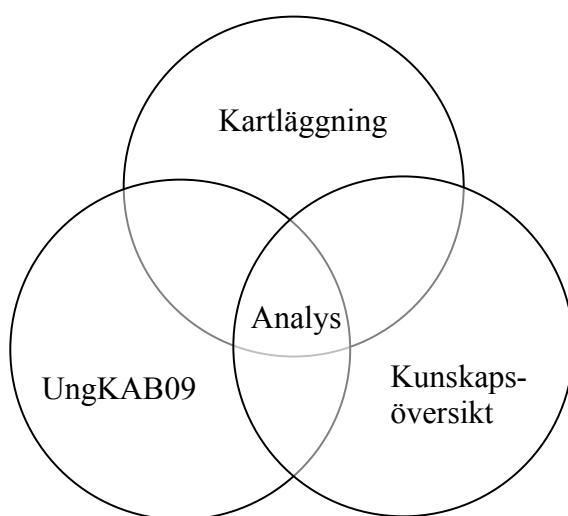
Intersektionalitet är inte bara ett analysverktyg som går att applicera på förståelsen av makt mellan grupper av individer, utan också i förståelsen av makt mellan institutioner och individer eller grupper av individer. Författarna menar att begreppet är användbart för att kunna urskilja på vilket olika samhällsliga institutioner och deras verksamhet genomsyras av en ojämlig samhällsordning i fråga om den kunskap, politik och ideologi som formar verksamhetens arbete. Denna maktordning går sedan att urskilja i mötet mellan institutionen och dess målgrupp, där ojämlikheter riskerar att reproduceras och institutionaliseras (de los Reyes och Mulinari 2010).

Kategorierna kön, klass och etnicitet är de kategorier som ofta anses vara de enda bärande för de strukturella ojämlikheterna som intersektionalitet ämnar belysa, dock kan kategorier som ålder, funktionsnedsättning och sexualitet också användas. Att göra denna åtskillnad mellan kategorier handlar här om skillnaden mellan att vara underordnad och avvikande. Mattssons (2010) slutsats är att de sistnämnda kategorierna bör anses centrala beroende på i vilket syfte analysen görs och hur varje given situation ser ut där en maktrelation skall avtäckas. Konsekvensen av en maktrelation och den ojämlikhet som kategorier av kön, klass, etnicitet, sexualitet, men också ålder och funktionsduglighet kan orsaka är skapandet av ”den Andre” (Mattson, 2010).

Detta innebär att förhållandet som verksamheten har till sin klient kommer ge konsekvenser för vilket bemötande, vilken förståelse och vilka insatser som kommer riktas gentemot klienten. Klientens upplevelse av mötet kommer visa sig i behovet av att förhålla sig till de normer som denne erbjuds och därmed leva upp till normen alternativt att klienten gör ett motstånd mot erbjudandet. Anledningen till att verksamheterna skapar och reproducera ”den Andre” kan ses som orsak av att verksamheter som arbetar med socialt arbete har ett behov av att tillrättalägga det som avviker för att fånga det tillbaka till det som anses ” normalt”. Behovet av denna skiljelinje av avvikande och normalt kan också härledas till behovet av skiljelinjen mellan exempelvis socialarbetaren och klienten (Mattsson, 2010).

4. METOD

Denna uppsats bygger på en inledande beskrivning i form av en kartläggning och två huvudsakliga delstudier som var för sig innebär olika analysmetoder. Till en början har vi utfört en översiktlig kartläggning över det arbete med STI/hiv-prevention och SRHR-frågor som bedrivs i Västra Götalandsregionen, VG-regionen. För denna datainsamling har vi använt oss av informantintervjuer med utvalda nyckelpersoner. Det huvudsakliga resultatet utgår ifrån ett redan insamlat datamaterial från enkätstudien UngKAB09. Materialet är främst av kvantitativ karaktär, men innehåller också fritexter. För denna dataanalys har analysverktyget SPSS–Statistical Package for the Social Sciences– använts. För de tillkommande fritexterna har en textanalys genomförts. Slutligen har en internationell forskningsöversikt utförts där vi till vår hjälp har använt oss av systematiska blocksökningar i databaserna Social services abstract, PsychInfo och ERIC. Nedan följer en beskrivande modell och en mer detaljerad beskrivning av förfarandet.



Kartläggning

Här beskrivs det tillvägagångssätt vi haft för vår kartläggning, för att sedan fortsätta med vilka urval och begränsningar som gjort. Slutligen diskuteras bortfall i datainsamlingen.

Tillvägagångssätt

Vi har i denna uppsats genomfört en kartläggning som inte bör läsas som en delstudie, utan som en bakgrund till studien. Dock bör den ses som en datainsamling som senare analyserats tillsammans med våra delstudier. Syftet var att få en första överblick över vilka verksamhetsområden som arbetar med de aktuella frågorna, samt en överblick över hur deras arbete med målgruppen ser ut. Esaiasson m.fl. (2004) beskriver hur sådana ”vittnesuppgifter” på ett smidigt sätt kan insamlas genom informantintervjuer. Då sådan information inte syftar till att på ett djupare plan användas som studieobjekt, respondenter, utan snarare bidrar till en beskrivande bild av helheten. Informantintervjuer med utvalda nyckelpersoner ansågs därmed lämpliga för detta ändamål. En intervjuguide utformades med övergripande frågor inför dessa intervjuer (se Bilaga 1 Intervjuguide). Nyckelpersonerna kontaktades via e-post med förfrågan att delta och tid för intervju bokades efter hand. En första intervju genomfördes den 2012-04-27 och därefter ytterligare tre intervjuer den 2012-05-21, 2012-05-24 och 2012-05-30.

Dessa fyra intervjuer skedde med fyra olika intervjupersoner inom fyra olika länsdelar, Göteborgs storstadsregion, Fyrbodals, Södra Älvsborg och Skaraborg. Detta för att ringa in verksamheterna inom hela regionen. Den första intervjun genomfördes i ett möte där intervjutillfället spelades in, transkriberades och sedan sammanställdes till en läsvänlig text.

De övriga tre intervjuerna har av praktiska skäl genomförts över telefon och samtalet antecknats ned. Texten har sedan redigerats i läsvänlig form och därefter e-postats till intervjupersonerna för genomläsning och kommentarer. Detta moment genomfördes då intervjun ej spelats in och därför riskerat missförstånd eller att innehåll missats att anteckna ned.

Urval och avgränsningar

Då kartläggningen ämnar ge en kortfattad och överskådlig bakgrund av arbetet med STI/hiv-prevention och hälsofrämjande arbete med SRHR-frågor så har intervjutillfällena begränsats till fyra individer, en inom varje länsdel. Anledningen till att vi valde Hiv-preventionsenheten, en verksamhet inom landstinget, som vår utgångspunkt är deras uppdrag att samordna och stödja aktörer inom och över regiongränser i det förebyggande arbetet med STI/hiv, hepatit och oönskade graviditeter (Hivprevention, 2012). På så sätt har vi ringat in arbetet i hela regionen med ett begränsat antal informanter.

Bortfall

Det bortfall som kan ha skett under detta moment är att eventuell information, exempelvis verksamheter eller erbjudna insatser inte har delgivits oss under intervjuerna.

UngKAB09

Här beskriver vi först det tillvägagångssätt vi haft för vår analys av UngKAB09, för att sedan fortsätta med vilka urval och begränsningar som gjorts. Slutligen diskuteras bortfall under analysförfarandet.

Tillvägagångssätt

Detta resultat bygger på sekundärdata från studien UngKAB09. Resultatet utgörs dels av två frågor av kvantitativ karaktär, fråga 60 "Vad tycker du att du behöver mer kunskap om?" och fråga 61 "Vad av följande vill du ha tillgång till?". Samt en fråga som utgörs av fritextsvar, fråga 63 "Har du några ytterligare synpunkter eller något du vill tillägga så finns det utrymme för det här. Här får du gärna också ge synpunkter på hur man kan förbättra det förebyggande arbetet mot hiv och andra könssjukdomar". Dessa frågor ryms under enkätens avslutande del som berör kontakten med det förebyggande arbetet med hiv och andra könssjukdomar och andra hälsofrämjande insatser (Tikkanen m.fl. 2011: Bilaga Enkätformulär s. 23f.). Resultatet av de två första frågorna har analyserats i flera olika steg genom analysprogrammet SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) och den sista frågan har textanalyserats. Vi börjar med att presentera de kvantitativa analyserna och avslutar med textanalysen.

Beskrivande statistik

Det första steget i vårt analysförfarande är att "lära känna" vårt material och på ett enkelt sätt presentera för läsaren en beskrivning av hur materialet ser ut ur ett åldersmässigt, könsmässigt, demografiskt, och socialt perspektiv. Till vår hjälp har vi använt oss av korstabeller som är en form av bivariat analys. Vanligtvis redovisas beskrivande data genom univariata analyser, exempelvis genom en frekvenstabell, där beskrivningen sker genom att en variabel åt gången redovisas för att på så sätt beskriva vilken spridning eller variation som finns i ett datamaterial (Djurfeldt m.fl. 2010). Vi har i detta fall frångått den principen och valt att beskriva vårt datamaterial genom korstabeller, där åldersgrupper fungerar som beroende variabel i genomskärning av de oberoende variablerna kön, bostadsort, bakgrund, sysselsättning och sexuell läggning, så kallade bakgrundsvariabler. Åldersgrupperna ungdomar och unga vuxna är ett språk som ofta används som arbetskategori inom arbetet med sexuell hälsa. Att då använda sig av korstabeller där åldersgrupp beskriver materialet kan därför vara av intresse för läsaren.

Djurfeldt m.fl. (2010) beskriver hur bivariata analyser, exempelvis korstabeller, har som syfte att påvisa och beskriva eventuella samvariationer eller samvariationer. Detta är dock inte vad vår inledande korstabell syftar till, utan ämnar endast ge en beskrivande bild av datamaterialet.

De variabler som redovisas i vår första korstabell utgörs endast av kategoriska variabler så som kön (man/kvinna/annat), åldersgrupp (ungdom/ung vuxen), bakgrund (född i Sverige/utländsk bakgrund), sysselsättning (studerande/yrkesarbetande/icke sysselsatt) och bostadsort (Göteborg/annan större ort/landsbygd). Dessa variabler är alltså kvalitativa variabler på nominalskalenivå, vilket betyder att variablerna saknar behov av rangordning. Antingen är respondenten i den ena eller andra kategorin, en kategorisering som kan beskrivas utan inbördes ordning, utan att förlora i värde. (Djurfeldt m.fl. 2010) Variabeln åldersgrupp (ungdom/ung vuxen) är en omkodning av den exakt angivna åldern, alltså en kvotskala (Djurfeldt m.fl. 2010). Åldersgruppen ungdomar utgörs således av respondenter mellan 15–19 år och åldersgruppen unga vuxna av respondenter mellan 20–29 år. Anledningen till att denna omkodning genomförts är att det ger oss möjligheten att korstabulera den information som kvotskalan ålder gav oss, med andra kategoriska variabler, vilket inte hade varit möjligt om variabeln använts som kvotskala (Greasly, 2008). Skillnaden mellan ”född i Sverige” och ”utländsk bakgrund” menas att utländsk bakgrund gäller första/andra generationens invandrare. Vi är medvetna om att en person med utländsk bakgrund således fortfarande kan vara född i Sverige.

Signifikanstest (korstabell)

I vår andra korstabell har vi börjat intressera oss för de svarsalternativ (variabler) som presenteras i enkätens fråga 60 och fråga 61 (se tabell 2.). På dessa frågor har respondenterna möjlighet att välja en eller flera av svarsalternativen (Tikkanen m.fl. 2011: Bilaga Enkätformulär s.23f.). Dessa svarsalternativ utgörs, liksom bakgrundsvariablerna, av kvalitativa variabler på nominalskalenivå. Vi undersöker om det finns en samvariation mellan respondenternas bakgrundsvariabel och deras svarsalternativ, detta genom våra korstabeller. Vid dessa korstabuleringar har chitvå-tester utförts för att kunna säkerställa om den eventuella samvariationen mellan variabler är representativ för populationen och inte beror på slumpen. Chi-två testet testar ifall vår hypotes om en viss samvariation beror på slumpen eller om det verkar finnas en förväntad samvariation (Djurfeldt m.fl. 2010). Via vårt chitvå-test får vi fram ett resultat som kallas signifikansnivå. Denna signifikansnivå bör ligga på .05 eller mindre. Detta innebär att risken för att slumpen förekommer inte överstiger 5 procent (Djurfeldt m.fl. 2010). De resultat som kan anses signifikant är markerade med *, det vill säga att vi vid dessa resultat kan förvänta oss att risken för att resultatet beror på slumpen är under 5 procent.

Faktoranalys

De svarsalternativ som presenteras under fråga 60 och 61 har för oss varit intressanta ur ett annat perspektiv än endast samvariation (korstabeller). Det är intressant att undersöka huruvida det finns en relation mellan de olika svarsalternativen i förhållande till att respondenterna getts möjlighet att svara på ett eller flera alternativ. För detta ändamål har en faktoranalys genomförts. Pallant (2010) beskriver faktoranalysen som en teknik vars syfte är att söka mönster i ett större datamaterial, till skillnad från andra metoder vars syfte är att söka statistiska samband eller skillnader. Vi har under detta moment slagit ihop de erbjudna svarsalternativen under fråga 60, kunskaper och 61, tillgångar, då vi anser att de båda uttrycker ett önskemål om insatser i det hälsofrämjande och preventiva arbetet med STI/hiv och SRHR-frågor. Det intressanta för oss har här varit den så kalla laddningen. Laddningen förklarar för oss hur starkt svarsmönstret är mellan olika alternativ. Det lägsta värdet på en laddning bör ligga på .3 (Pallant 2010), vilket vi i vårt material har använt som vägledning. För att försäkra oss om att en faktoranalys har varit möjlig att genomföra på vårt datamaterial så har två väsentliga moment tagits i beaktande.

Ett exempel på dessa moment är från vår första faktoranalys; Det första har varit huruvida vårt datamaterial har varit tillräckligt stort. Pallant (2010) rekommenderar ett datamaterial på minst 150 respondenter, men gärna 300. I vårt fall rymmer vårt datamaterial 3261 respondenter. Det andra kriteriet handlar om ifall datamaterialet är tillräckligt starkt för att bära giltighet. Detta mäter vi med hjälp av Bartlett's test of sphericity, vilket bör ha en signifikansnivå (giltighetsnivå) på p.05 (Pallant, 2010). I vårt fall hamnar detta test på p.00, vilket håller en tillräcklig giltighetsnivå. Vårt andra mätinstrument har varit KMO–Kaiser-Meyer-Olkin–som mäter huruvida datamaterialet är adekvat att använda. Gränsen för ett användbart datamaterial bör här ligga över .6 (Pallant, 2010). Vårt datamaterial landar på .852, vilket låter passera som ett fullgott datamaterial.

Vi har i vår första faktoranalys gjort en generell sökning efter mönster. Sedan har vi genomfört ytterligare faktoranalyser där vi haft våra bakgrundsvariabler i åtanke för att eventuellt kunna urskilja svarsmönster inom kategorierna kön, åldersgrupp, bakgrund, bostadsort, sysselsättning och sexuell läggning. Vi har under dessa moment använd oss av möjligheten att filtrera respondenterna, alltså koncentrerat oss på svarande beroende på vald kategori. Vid detta moment upptäckte vi att det fanns outliers (avstickare) vilket hindrade vår analys. Pallant (2010) beskriver här att faktoranalyser är känsliga för så kallade outliers som orsakar extremvärden, vilka exempelvis kan raderas eller koda om. I vårt fall handlade våra outliers om vissa respondenter som valt att inte svara på frågan (så kallade missings), men som vid kodning råkat hamna bland de svarande. Dessa outliers kodades således om så de inte längre fanns med i materialet bland de svarande.

Via vår faktoranalys har vi kunnat sammanställa olika kluster (grupperingar, ej att sammanblanda med klusteranalys). I ett ytterligare steg ville vi undersöka om det fanns vissa samband mellan bakgrundsvariablerna och de framträdande klustren i vår första generella faktoranalys, varpå vi genomförde korstabeller mellan de funna klustren och respektive bakgrundsvariabel.

Logistisk regression

Som ett sista steg i vår kvantitativa analys har vi valt att använda oss av logistisk regression. Med hjälp av en logistisk regression kan vi predicera, antaga, om en beroende variabel, alltså en bakgrundsvariabel, som exempelvis kön, är en bakomliggande faktor till de efterfrågade insatserna och i sådana fall i vilken utsträckning. Till exempel kan vi se i vårt material att oddset för att du väljer grundläggande preventionsinsatser är 1,44 om du är kvinna än man (se tabell 6).

Vi har valt en binär logistisk regression där den beroende variabeln är kategorisk och dikotom, alltså innehåller två kategorier exempelvis kön där man/kvinna finns representerad. För detta ändamål har vi varit tvungna att koda om de variabler som innehållit fler än två alternativ inom kategorin. Detta moment har också inneburit att vissa alternativ inom bakgrundsvariabeln har genererat för få träffar för att vara mätbara och har därför valts bort (Pallant, 2010). Kategorier som slagits samman är homo och bisexuell, studerande och annan sysselsättning, samt boende i annan större ort och landsbygd.

I denna analysmetod finns tre viktiga begrepp presenterade. Det första är vårt p-värde, vilket representerar en signifikansnivå som skall ligga på .05 för att räknas som signifikant. De siffror markerade med * visar på en signifikansnivå under .05 (Pallant, 2010). Det andra är vår oddskvot, eller oddsratio, vilket är det värde som är resultatet av vårt antagande att det finns en skillnad i efterfrågan på en viss insats, beroende på om du är exempelvis man eller kvinna (Pallant 2010). Exempelvis kan vi i tabell 6. se att oddset är 1,44 att du väljer klustret grundläggande preventionsinsatser om du är kvinna än om du är man. Det tredje begreppet är KI (95%)–konfidens intervall–, vilket innebär att storleken mellan det lägsta och högsta angivna värdet är inom den omfattningen som vi kan vara 95 procent säkra på anger korrekt värde på vår oddskvot (Pallant, 2010).

Om vi återgår till exemplet i tabell 6. bakgrundsvariabel kön, kan vi se att KI är 1,221 (lägsta värdet)–1,659 (högsta värdet). Detta innebär att det korrekta värdet med 95 procent säkerhet ligger mellan 1,221 och 1,659.

Textanalys

Denna analysmetod har genomförts på de fritextsvar som lämnats under fråga 60, 61 och 63. Tillvägagångssättet i tolkningsarbetet med fritextsvaren kan beskrivas som en helhetsanalys och därefter en delanalys (Holme och Solvang, 1997) Med helhetsanalys menas att forskare läser texten i sin helhet för att finna nyanser i materialet. Det ska också ses i sitt sammanhang som frågorna är ställda. I ett sådant arbete nyanserar sig problemområden, teman där vissa knyter samman till arbetets syfte och frågeställningar medan andra som saknar sådan relevans sorteras undan. Dessa problemområden, i detta arbete kallat för kluster, som kommer ur helhetsanalysen blir sedan till grund för delanalyser där nyanser i klustren har utmärkts.

Vi har till varje fråga gjort en innehållsanalys dels genom helhetsanalys, dels genom att delanalysera dessa fritexter i VG- regionen, något som vi i första hand tolkat och analyserat varsin fråga för att i efterhand tillsammans föra en diskussion kring varandras tanke sätt.

Fråga 63 i UngKAB09 bygger enbart på fritextsvar. Vi har tolkat dessa svar först enskilt och därefter sorterat in svaren i kluster. Vi har sedan gemensamt gått igenom de skapade klustren, för att skapa fasta övergripande kluster. De enskilda skapade klustren visade sig vara rörande lika, vilket ledde till en enkel överenskommelse. Vid ett fåtal tillfällen visade sig indelningen olika, men vid diskussion så har det visat sig att vi haft samma tankegångar. Sedan sökte vi i varje kluster efter eventuella underkluster. Dessa underkluster har sedan gemensamt fastställts. Vi har slutligen kodat de teman vi funnit i fråga 63 till siffror för att sedan genomföra korstabeller, utan statistiska uträkningar. Detta för att kunna ge en mer utvecklad beskrivning över de svarande.

Urval och avgränsningar

Studien UngKAB09 har genomförts enligt mixed mode design, där samma enkät har använts vid två sorters urval, representativt urval och självselekerat urval. Studien som helhet vände sig till ungdomar och unga vuxna mellan 15–29 år. Det representativa urvalet vände sig till 6 000 individer inom varje åldergrupp 16, 20, 24 och 28-åringar, totalt alltså 24 000 personer. Enkäten sändes till dessa via post och totalt svarade 5 673 vilket medför en svarsfrekvens på 24 procent. Det självselekerade urvalet innebär att enkäten lades ut på nätet och där respondenterna själva väljer om de vill delta eller inte. 9 942 respondenter svarade på enkäten via detta urval. Totalt antal respondenter uppgår till 15 615 personer i hela landet (Tikkanen m.fl. 2011).

Vi har i denna uppsats valt att avgränsa studiens resultat till respondenter inom Västra Götalandsregionen vilket uppgår till totalt 3 261 individer. Anledningen till att vi intresserat oss av just Västra Götalandsregionen är för att detta är en stor region med både storstad och landsbygd och med verksamheter där mycket händer inom det hälsofrämjande och preventiva arbetet med STI/hiv och SRHR-frågor.

Vi har i vår uppsats valt ut ett antal av de bakgrundsvariabler som presenterats i forskningsstudien UngKAB09. Dessa har varit kön, ålder, sysselsättning, bostadsort, bakgrund och sexuell läggning. Vi har med andra ord medvetet valt bort andra bakgrundsvariabler som presenterats, bland andra vilka man bor med, religionens påverkan och utbildningsnivå (se Tikkanen m.fl. 2011:Bilaga Enkätformulär).

Anledningen till att vi inte valt att ta med samtliga bakgrundsvariabler handlar om tids och utrymmesmässiga skäl.

Att vi valt ut just de bakgrundsvariabler som presenteras i vår analys är att vi funnit dessa mest intressanta i förhållande till vårt syfte. Anledningen till att i valt kön, åldersgrupp och sexuell läggning har gjorts med utgångspunkt i vår förförståelse att verksamheter som arbetar med hälsofrämjande och preventiva insatser med STI/hiv och SRHR-frågor ofta särskiljer på dessa bakgrundsvariabler. Vi har också fått uppfattningen att utbudet av insatser skiljer sig åt beroende på bostadsort, varpå denna variabel fyller ett syfte att undersöka. Orsaken till att vi valt sysselsättningsgrad handlar om att vissa preventionsinsatser är knuten till en viss arena, exempelvis skolan och att det efter avslutad skolgång eventuellt kan finnas en begränsning på insatser. Frågan om bakgrund kan ses som en standardfråga i kvantitativa sammanhang.

Till en början hade vi som önskemål att undersöka om religion var av betydelse för vår undersökning, men det visade sig att det i Västra Götaland var 98 procent som ansåg att religion inte påverkade deras liv i tillräckligt stor utsträckning. Därför ansåg vi att den variabeln inte gav ett tillräckligt stort utfall i våra mätningar och den valdes bort. Vi har inte heller varit intresserade av att studera utbildningsnivån i förhållande till våra studerade frågor av den anledningen att vi tror att sysselsättning har större påverkan än utbildningsgrad.

Bortfall

Det har i vissa frågor vid UngKAB09 funnits ett internt bortfall. Detta gäller just vid den frågan som behandlats och därför är det totala antalet (n) olika vid de flesta tabellerna. Detta kan bero på att respondenter inte svarat på just den frågan, eller valt att hoppa av och inte slutföra enkäten.

Vi har under den kvantitativa analysen ett visst bortfall vad gäller variabler. Dessa bortfall har skett i samband med att variabler har omkodats och därmed behövs välja bort av praktisk genomförbara skäl då dessa har bestått av ett för begränsat antal för att kunna beräknas. Dessa har varit under kategorin sexuell läggning där gruppen ”inget av ovanstående alternativ” och under kategorin kön har alternativet ”annat” valts bort. Dessa kategorier bör inte ses som oviktiga i sammanhanget, utan har av praktiskt genomförbara skäl behövt åsidosättas. Under fråga 60 och 61 finns ett svarsalternativ ”Annat” redovisat. Dessa svarsalternativ är de fritextsvar som vi valt att genomföra en textanalys på. Vi har därför valt att välja bort dessa ur det statistiska momentet av den anledningen att vi anser de vara mer intressanta ur ett textmässigt perspektiv än ett statistiskt.

Under fråga 63, som består av enbart fritextsvar, så har ett antal fritextsvar valts bort. Dessa är 261 kommentarer om enkätens utformande eller hälsningar till enkätens författare som vi inte valt att vidare analysera då de inte bidrar till vårt syfte med denna uppsats.

Kunskapsöversikt

I detta avsnitt beskrivs utförligt det tillvägagångssätt vi haft för att göra en systematisk kunskapsöversikt. Därefter beskrivs delstudiens urval, avgränsningar och slutligen bortfall.

Tillvägagångssätt

Vi har gjort sökningar i tre databaser utifrån vad som kallas för blocksökningar. Med detta menas olika block där varje block är sökordet tillsammans med framtagna synonymer som sätts samman i olika databassökningar (Daneback och Plantin, 2008). Till exempel har vi ett block utifrån ordet "ungdomar" där vi med databasen också inkluderat så många relevanta synonymer som möjligt i sökningen. De fyra olika blocken har sedan använts i sökningar i databaserna (se Bilaga 2, Blocksökning).

Den 18 februari 2012 gjordes en blocksökning i databasen Social Service Abstract och en blocksökning i PsychInfo. Vi använde oss då av tre block; ungdomar, sexualitet och sexuella handlingar och preventioner/interventioner/metoder inklusive testning (se Bilaga 2, Blocksökning). I Social Service Abstract resulterade det i 741 stycken träffar i ett första skedet och 138 träffar i ett andra urval och i PsychInfo blev antalet träffar 605 stycken. Efter en andra genomgång och urval slutade antalet på 154 stycken.

Nästa sökning gjordes 19 februari 2012 i Social Service Abstract och PsychInfo, även de med tre block. Dessa var; ungdomar, sexualitet och sexuella handlingar och kunskap/attityder (se Bilaga nummer Blocksökning). I Social Service Abstract framkom 745 träffar och efter ett andra urval var 240 träffar fortfarande aktuella för vår studie. I PsychInfo blev träffantalet 756 stycken och efter ett andra urval valdes 209 stycken av dem vidare för vår studie.

Vi gjorde även två blocksökningar i databasen ERIC den 11 mars 2012. Dessa två sökningar gjordes med samma block som i de två tidigare sökningarna beskrivna ovan (se Bilaga 2, Blocksökning). Här gav detta ett resultat om 2 347 träffar med blocket kunskap/attityder som granskades utifrån samma kriterier som sökningarna i databaserna Social Services Abstract och PsychInfo. Efter vidare urval var 347 artiklar intressanta för vårt arbete. I blocksökningen preventioner/interventioner/ metoder inklusive testning gavs 1 458 träffar. Av dessa var 224 träffar intressanta i förhållande till uppsatsens syfte och frågeställning.

Metodiskt gick vi tillväga som så att vi med den första träffen i varje sökning gick igenom dem grovt genom att läsa rubriker. Vi fick på så vis fram det andra urvalet med 1 312 träffar från totalt sex blocksökningar i de tre valda databaserna. Efter ytterligare en genomgång av rubriker och i vissa fall även abstract så återstod 759 träffar i ett tredje urval som vi ansåg relevant vår uppsats syfte och frågeställningar. Dessa blev slutligen, efter att kopior raderats, 633 stycken. Anledningen till att det bildats kopior kan ha varit att de funnits med i olika klustersökningar, publicerats i flera tidningar eller att vi har valt ut dem flera gånger vid olika tillfällen.

Vi ansåg det som viktigt att ha tillgång till sökträffen, som i de flesta fall är en artikel, i sin helhet. Därför lades de 633 träffarna in i dataprogrammet EndNote och genom Göteborg universitetsbibliotek blev 276 träffar tillgängliga i PDF-format. Därefter undersökte vi om de övriga texterna var tillgängliga på annat sätt, då i Göteborgsområdet, genom att eftersöka dem universitetsbibliotekets databas och i databasen Libris. I 17 artiklar fanns det en URL-länk så några blev tillgängliga elektroniskt via Göteborgs universitetsbibliotek. Av resterande 340 träffar fanns 323 tillgängliga, antingen genom Göteborgs universitets bibliotek eller genom databasen Libris.

Det totala antalet träffar, och alltså det fjärde urvalet, är 606 stycken vilket blev för stort för att vara hanterbart. Vi valde då att avgränsa vårt material ytterligare och det slutliga urvalet blev då 339 träffar. Det visade sig då i vissa fall att den träff som gjorts i någon databas och som vi sedan valt vidare har varit felaktigt länkad då vi laddat ner den och vi fick alltså ner fel artikel. Vårt slutliga resultat baseras slutligen på 288 artiklar.

Vi har vidare arbetat med dessa 288 träffar genom att läsa deras abstract. Ur den läsningen har vi kunnat urskilja fem olika ämnesområden som vi sedan delat in träffarna i. Detta är sedan vad vi framställer som resultatet av vår kunskapsöversikt. Varje ämnesområde har lästs enskilt från de andra ämnesområdena. Vi har använt oss av vad Holme och Solvang (1997) beskriver som en helhetsanalys och sedan en delanalys (se en mer ingående beskrivning i vårt avsnitt om textanalys) i vårt tolkningsarbete med denna kunskapsöversikt. Metodologiskt sett så skapade vi ett dokument för varje ämnesområde där vi samlade alla artiklarnas abstract. Utifrån dessa dokument har vi flertalet gånger läst alla abstract och ibland resultatet i artikeln, färglagt, minnesantecknat, delat in och satt olika resultat mot varandra. Detta för att försöka förstå vad artiklarna främst har för budskap till läsaren, vilket resultat och slutsats som vill förmedlas. Vi har också slumpmässigt valt ut några artiklar inom varje ämnesområde, upp till fem stycken, som vi läst i sin helhet. Dessa artiklar har sedan används som exempel inom sitt ämnesområde.

Urval och avgränsningar

Vi har valt oss av att använda oss av tre databaser i den här uppsatsen för vår systematiska kunskapsöversikt. Både Social Service Abstract och PsychInfo är de databaser som främst publicerar forskning och artiklar inom socialt arbete och därför valde vi dem i första hand. Dessutom har vi valt att göra sökningar i databasen ERIC som är inriktad på pedagogisk publicering för att just eventuellt få en pedagogisk infallsvinkel på vårt syfte med uppsatsen. Ett annat alternativ hade varit att använda oss av databasen PubMed för att få en medicinsk inriktning, men på grund av tid- och utrymmesskäl så valde vi bort PubMed.

Avgränsningar som gjordes i ett första skede var att engelska artiklar mellan 2007–februari 2012 inkluderades. Vidare inkluderades i den andra urvalsprocessen sökträffar som har handlat om relevant åldersgrupp, ungdomar 15–19 år eller unga vuxna 20–29 år. Träffar som handlat om prevention, sexuellt riskbeteende, kunskap bland unga, utveckling, programutvärderingar av preventionsprojekt, attityder och beteende, STI/hiv bland ungdomar eller unga vuxna inkluderades också. I detta skede har träffar som handlat om en viss grupp, exempel afro-amerikanska ungdomar, också inkluderats. Detta då det verkar vara tradition att dela in målgrupperna i vad som beskrivs som ”raser”. Vad som däremot inte inkluderats har varit träffar som handlat om någon definierad riskgrupp sexuella riskbeteende, såsom missbrukare eller män som har sex med män.

I en snävare avgränsning och ytterligare genomläsning har sedan ett mer noggrant urval gjorts. Vi har främst riktat uppmärksamheten mot abstract men i några fall även träffens resultat då vi inte kunna utläsa syftet i arbetet. De träffar som vidare varit relevanta har vi tolkat att de handlat om någon av vår uppsats frågeställningar men de ska också vara relevanta och intressanta för det preventiva arbetet i Sverige och VG-regionen. Det finns intressanta preventionsprojekt i delar av världen som inte går att applicera eller vars resultat inte bedöms vara möjligt att överföra till det svenska samhället eller till den avgränsade del som Västra Götalandsregionen är. Vissa utvalda artiklar kanske inte uppfattas som relevanta, men i dessa fall handlar det om ett generellt resultat i artikeln som är intressant för vårt arbete snarare än i vilken kontext den är framtagen.

På grund av vår begränsade tidsram och utrymmet i vår uppsats så har en avgränsning varit att sökträffen, som i de flesta fall är en artikel, ska vara lättillgänglig i sin fulltext. De träffar som vi inte kunnat nå i Göteborg med omnejd har därför valts bort.

Vidare fick det stora träffantalet med 606 träffar oss att avgränsa oss ytterligare med ett urval att sökträffen skulle vara publicerad mellan januari 2009 och februari 2012.

Slutligen har vi valt att inte inkludera träffar som vi tolkat i första hand handlat om olika riskgrupper eller riskbeteende. Vi har heller inte valt att göra en separat blocksökning utifrån begreppet risk. Detta motiverar vi med att vi anser att preventivt med STI/hiv-frågor är något som bör gälla alla samhällsmedborgare, vilket också är vårt förhållningssätt i hela denna uppsats, vad ett preventivt arbete för alla är en grundtanke hos oss. Trots detta förhållningssätt och trots att vi inte valt att inkludera risk i vårt urval av sökträffar så har vi ändå osökt fått träffar som handlar om risk, som riskbeteende eller riskgrupp och då har vi också redovisat detta i vår systematiska kunskapsöversikt. Detta då vi inte anser oss ha grund för att välja bort dem.

Bortfall

I kunskapsöversikten så har bortfallet varit relativt litet. Det har i vissa fall varit fel artikel som länkats till den träff vi fått i våra blocksökningar och den har heller inte varit tillgänglig på annat vis. Det kan handla om cirka 40 träffar som inte varit tillgängliga.

Problem med vår studie

Vi har i arbetet med denna uppsats ställs inför ett antal problem vilka vi sökt hantera för att öka trovärdigheten i dess resultat. För det första så är ämnet sexualitet något som är känsligt. Detta har vi även märkt på de olika reaktioner som uppstår då vi svarar på frågan vad vår uppsats handlar om, somliga ser ut som frågetecken, andra blir genuint nyfikna, ytterligare andra avvisar genom att byta ämne till att prata om väder i stället för kondomer. När det gäller vår uppsats så består den i huvudsak av sekundärdata vilket inneburit att vi inte varit i direkt kontakt med målgruppen. Utifrån det drar vi slutsatsen att valet av ämne inte under arbetets gång kan uppfattas som stötande av den de berör, ungdomar och unga vuxna.

Att vi diskuterar ett helt verksamhetsområde utifrån fyra informanter som dessutom kommer från samma organisation kan ses som problematiskt. Verksamheter kanske inte känner igen sig i den givna beskrivningen. Men det är en generell och övergripande beskrivning som söker övergripande problem. Då Hivpreventionsenheten i VGR har som arbete att samordna verksamheter anser vi därför dessa det främsta valet av informanter.

Att utföra en innehållsanalys av de textsvar som frågor i UngKab09 har ställts inför flera olika problem längs vägen. En problematik som vi varit tvungna att hantera under arbetets gång är svårigheten att tolka vad respondenterna till enkäten säger med sin text. Därför vill vi betona att de analyser som görs är en tolkning och ingen absolut sanning. Då materialet är en anonymiserad enkät kan vi inte heller vända sig till respondenterna för att få bekräftat att det som uttolkas är det faktiska innehållet som respondenten vill förmedla i sitt svar.

Även när det gäller kunskapsöversikten så är tolkningsprocessen är en kritisk fas i ett forskningsarbete och det är svårt att värja sig från både övertolkning, feltolkning och det går heller inte att säkerställa att mottagaren eller läsaren tolkar författarnas slutsatser så som de är menade att uppfattas, menar Holme och Solvang (1997). Det är alltså viktigt att vi författare har förmågan att föra vidare de slutsatser som arbetet påvisar på ett sätt som gör att läsaren förstår vad som menas och att vi också varken feltolkar eller övertolkar i de textanalyser som vi utför. Vi har för avsikt att uttrycka oss på ett enkelt sätt som även kan förstås av en läsare som saknar djupare förkunskaper både när det gäller ämnet sexualitet och när det gäller statistiska analysmetoder. Men det är här viktigt att poängtera att då vi pekar på skillnader eller likheter bygger det på en statistisk signifikans genom chitvå-test, Bartlett's test of sphericity (p-värde) eller konfidens intervall (KI).

Ett möjligt problem skulle kunna vara maktrelationen mellan uppsatsens författare och uppsatshandledare, då huvudresultatet bygger på uppsatshandledarens egna forskningsresultat. För att undvika problem med trovärdigheten i denna resultatdel, har handledaren endast överlämnat data-materialet, vilket uppsatsens författare har analyserat utan handledarens inblandning i analyserna.Handledning har endast skett vid förståelsen av uträkningar av detta material.

Vidare ställs kunskapsöversikten för problem då vi kan ha feltolkat deras huvudsakliga resultat vilket kan resulterat i ett snedvridet urval. Detta kan bero på den förförståelse som vi författare går in med i arbetet med vår uppsats. Vi vidhåller dock att vårt försök grundar sig i att även beskriva de studier som inte stöder vårt resultat i de andra delstudierna, något som kan vara en kritik mot andra studier vilka endast väljer studier som stöder deras eget resultat. Vår förförståelse försöker vi bena ut i kommande etiska diskussion nedan.

Etisk diskussion

Vi ska titta lite närmare på de etiska betänkligheter vi har ställts inför i samband med denna uppsats. En etisk diskussion kring oss som författare till uppsatsen, med vilken förförståelse och vilket förhållningssätt vi gått in i detta arbete och hur det kan ha påverkat vårt resultat och analys. Hur vi hanterat materialet hur vi förvaltat det och om det finns en förtrogen forskning.

Ett av de uppdrag som åligger den som utför en studie är att försöka lyfta erfarenheter, relatera och formulera dessa till gemensam kunskap. Uppgiften blir på så sätt att belysa människors erfarenheter och koppla dessa till den omgivande verklighetens förutsättningar. En förutsättning i detta arbete är att förhålla sig kritisk till både sin undersökning och tolkning (Eliasson, 1995). Under arbetets gång har vi gått från ett naivt neutralt förhållningssätt både till målgruppen och verksamheterna. Inledningsvis trodde vi oss kunna göra, enligt uppdraget, en fördjupad objektiv bild av målgruppens behov och verksamheternas utbud av insatser i det hälsofrämjande och preventiva arbetet med sexuell hälsa.

Under arbetets gång har vi kommit att bli mer förtrogna målgruppen än verksamheterna och deras perspektiv, då målgruppen har kommit att bli huvudpersonerna i dramat. Vi vill få en bild av var problemet finns att STI/hiv fortfarande inte minskar i smitta. Förhållningssättet är att vi i första hand utgår från ungdomar och unga vuxna, deras behov. Ett sätt att försöka värja sig mot att ta parti och därmed förhålla sig kritisk i sin studie av verkligheten är att vända sig till teorier och begrepp (Eliasson, 1995).

Den som utför en studie bär alltid med sig egna erfarenheter och perspektiv som föranleder på vilket sätt vi förhåller oss, vilka frågor vi ställer och hur vi analyserar vårt resultat i vår studie. (Eliasson, 1995). Förförståelsen har påverkat våra val av vilka bakgrundsvariabler som vi valt i detta arbete. Rapporten UngKAB09 har påverkat oss och gett oss en förförståelse för ämnet. Vårt huvudfokus är socialt arbete och med samhällsarbete som bakgrund, makronivå, gör att vi har ett större perspektiv av det preventiva arbetet riktat till alla och inte riktat till enskilda utmålade riskgrupper. Påverkat vårt urval och hur vi ser på prevention och hälsofrämjande arbete upplyft från individ- och grupp-nivå till en samhällelig rättighet och ett rättighetsperspektiv där alla är potentiellt riskutsatta.

De informanter som har intervjuats har inför intervjun delgivits uppsatsens syfte, konfidentialitet, och frivilligt deltagande, detta för att följa de givna forskningsetiska kraven (codex.vr.se) som önskas i en intervjusituation. Enkätstudien UngKAB09 granskades och bifölls av Etikprövnings-nämnden i Göteborg (Tikkanen m.fl. 2011). Då vi har använt oss av studiens resultat har vi hanterat materialet varsamt så att ingen utomstående kunnat få tillgång till materialet.

Studiens giltighet och användbarhet

Kvale (1995) beskriver validitet som forskarens hantverksskicklighet. Vi kan anse att vår uppsats har en relativt god intern validitet. Detta grundar vi på att vi har valt flera metoder och del-studier för att svara på våra frågeställningar i arbetet och att dessa har varit relevanta för att också undersöka dessa frågeställningar. Eliasson (1995) beskriver att olika metoder passar mer eller mindre bra för det som studeras. Metoden kan man värdera på så vis att man anser att den lösa den problemformulering som ställs i arbetet. Resultaten från delstudierna stöder i många fall varandras utsagor. Styrkor som vi anser studien har är att delstudierna ofta stöder varandra i sina utsagor, och backas upp av informanternas beskrivningar från fältet. Den statistiska signifikansen där den finns pekar på att de resultat som uppvisas inte beror på slumpen bland de cirka 3261 respondenter som svarat. Vad som är en svaghet är att det inte är grundat på ett representativt urval. Styrkor i kunskapsöversikten är att vi författare tolkar det vi läser i de allra flesta fall på samma sätt. Vi har arbetat enskilt men vid sammankomster funnit våra tolkningar vara lika i en form av forskar-triangulering. En svaghet kan vara att urvalet kan ses som subjektivt och att det kan ha påverkats av oss negativt om vi missuppfattat någon träff, alltså att vårt urval skulle vara snedvridet.

Vi kan inte generalisera men vi kan påvisa ett fenomen utifrån de resultat som framkommit i vår uppsats. Vår studie är intressant då den kartläggning och de två delstudierna vi gjort i mångt och mycket stöder varandras resultat. På så sätt kan den vara värd att ta hänsyn till. Den ger en antydning till hur det preventiva arbetet idag ser ut i Västra Götaland, vad ungdomar och unga vuxna efterfrågar när det gäller sexuell hälsa och STI/hiv prevention och den ger en fingervisning om hur sexualitet som ämne angrips i internationell forskning. Graden av generalisering är upp till läsaren att bedöma utifrån det perspektiv denna tar den till sig.

Ansvarsfördelning

Vårt mål har varit en jämn fördelning av arbetet där delar skrivits gemensamt och andra delar författats på varsitt håll, men då fördelats jämnt mellan oss. Johanna Andersson har haft huvudansvaret för kartläggningen med tillhörande metodkapitel. Sandra Östlundh har ansvarat för kunskapsöversikten och dess metodkapitel, medan vi bär det gemensamma ansvaret för analyserna av UngKAB09. Johanna Andersson har författat metodkapitlet för denna analys. Resterande delar, centrala begrepp och perspektiv, analys och slutliga kommentarer är skrivet gemensamt, samt blocksökningarna i databaserna.

5. RESULTAT

I detta avsnitt presenteras de resultat som framkommit av i våra två delstudier. Resultaten består av två huvudsakliga delar, en kvantitativ analys med tillhörande textanalys av delar från studien UngKAB09, samt en internationell kunskapsöversikt där vi sammanfattar vad forskningsfältet redovisar gällande STI/hiv-prevention och SRHR-frågor.

UngKAB09

I detta kapitel kommer vi redovisa det kvantitativa resultat som kommit fram av våra analyser i SPSS. Genom att använda material från UngKAB09 finner vi svar på några av uppsatsens frågeställningar, vad ungdomar och unga vuxna i Västra Götaland har för behov av preventiva insatser och om det finns några specifika grupper som har behov av en viss insats mer än någon annan. Här kommer vi även redovisa de fritextsvar som finns i materialet. Resultaten grundar sig på det befintliga datamaterialet i forskningsstudien UngKAB09. Dessa frågor rör kontakten med det förebyggande arbetet mot hiv och andra könssjukdomar, samt vilka tips och råd som målgruppen önskar förmedla för att förbättra det preventiva arbetet med STI/hiv-prevention och SRHR-frågor. Resultatet kommer att presenteras i fem delar. Till att börja med så beskriver vi respondenterna för att ge en bild av vilken bakgrund dessa har, så som ålder-, och könsfördelning, bostadsort, sysselsättningsgrad, bakgrund och sexuell läggning. Dessa bakgrundsvariabler går som en röd tråd genom hela avsnittet då det är de som vi undersöker i våra analyser. Vidare går vi in på två frågor som rör efterfrågade insatser i form av kunskaper och tillgångar. Här presenteras även de fritextsvar som tillhör respektive fråga. I den tredje delen går det att läsa om vilka kluster av efterfrågade insatser som vi utläser i materialet. Till denna del går det också att finna en beskrivning över vilka de respondenterna är som faller inom dessa svarsmönster. I en fjärde del presenterar vi i vilken utsträckning olika grupper av respondenter tenderar att efterfråga vissa insatser jämfört med andra grupper, för att sedan i den femte och sista delen presentera tips och råd från respondenterna, för att förbättra den preventiva arbetet i Västra Götalandsregionen. Till vår hjälp har vi använt oss av korstabeller, faktoranalys, logistisk regression samt textanalys.

Ungdomar och unga vuxna i Västra Götalandsregionen

Inledningsvis kommer vi här att beskriva lite bakgrundsfakta av de ungdomar och unga vuxna som finns i materialet. De bakgrundsfakta det kommer röra sig om är kön, bostadsort, bakgrund, sysselsättning och sexuell läggning. Denna beskrivning görs i form av en korstabell där varje bakgrundsvariabel är fördelad på åldersgrupp. Åldersgrupp kommer vidare att vara den redovisade bakgrundsvariabel som vi återkommande fokuserar på i våra tabeller. De svarande i materialet kommer fortsättningsvis benämnas respondenter. I Västra Götalandsregionen har totalt 3261 stycken enkäter besvarats.

Tabell 1. Beskrivning av data. Andelar i kolumnprocent (n = Totalt antal)

Bakgrundsvariabel	Ungdomar 15–19 år	Unga vuxna 20–29 år	Totalt i Västra Götaland
Kön n=3166			
Kvinna	53	53	53
Man	47	47	47
Bostadsort n=3261			
Göteborg (inkl. krans- kommuner)	61	75	71
Annan större ort	20	16	17
Mindre ort eller landsbygd	19	9	13
Bakgrund n=3252			
Utländsk bakgrund	19	20	20
Född i Sverige	81	80	80
Sysselsättning n=3252			
Studerande	85	39	53
Yrkesarbetande eller annan sysselsättning	7	43	32
Icke sysselsatt	8	18	15
Sexuell läggning n=3242			
Heterosexuell	83	83	83
Homosexuell	2	3	3
Bisexuell	12	10	11
Inget av ovanstående alternativ	3	4	3
Totalt	100	100	100

Vad vi kan se i vårt material är att åldersgruppen unga vuxna är ungefär dubbelt så stor till antalet, 2 245 respondenter, i jämförelse med ungdomsgruppens 1 016 respondenter. Detta medför inga problem i en analys av materialet då varje grupp är tillräckligt stor för en jämförande analys. Inom varje åldersgrupp är könsfördelningen jämt fördelad mellan män (47 procent) och kvinnor (53 procent).

Av de svarande ser vi att en betydande större andel är bosatta i Göteborg med kranskommuner. Det är mer än dubbelt så många som bor i Göteborgsområdet (71 procent) jämfört med antalet inom större ort (17 procent) eller landsbygd (13 procent). Inom gruppen unga vuxna är det endast 10 procent som bor på landsbygden, medan det inom gruppen ungdomar är ca 20 procent som är bosatta på landsbygden. I övrigt är skillnaderna små mellan åldersgrupperna i förhållande till var i Västra Götaland de är bosatta.

Vi läser i tabellen att fyra av fem (80 procent) respondenter är födda i Sverige. En av fem (20 procent) har uppgett att de har utländsk bakgrund. Det finns inga skillnader mellan ungdomsgruppen eller unga vuxna.

Den största delen av de svarande finner vi vara studerande, arbetande eller sysselsatta på annat vis (53 respektive 32 procent) både inom gruppen ungdomar och unga vuxna. Inom gruppen ungdomar ser vi att den största andelen, hela 85 procent, är studerande. Detta är ett förväntat resultat då denna grupp representerar högstadie-, och gymnasieålder. Inom gruppen unga vuxna är fördelningen relativt jämn mellan studerande (39 procent) och yrkesverksamma (43 procent). Vad som skiljer de två grupperna åt är andelen icke sysselsatta bland unga vuxna står för nästan en femtedel (18 procent) av de svarande medan ungdomarna står för en knapp tiondel (8 procent) inom åldersgruppen.

När det gäller sexuell läggning så svarade åtta av tio (83 procent) att de ser sig själva som heterosexuella och vi ser inga skillnader mellan åldersgrupperna. Likaså är det en jämn procentfördelning av de som benämner sig som bisexuell, homosexuella eller som väljer att inte definiera som något av alternativen utifrån åldersgrupp.

Huvudsakliga resultat:

- ⤴ Två tredjedelar av respondenterna i vårt material är unga vuxna.
- ⤴ Det är lika många kvinnor som män som svarat på enkäten.
- ⤴ Den största andelen bor i Göteborg med kranskommuner, 70 procent.
- ⤴ Fyra av fem är födda i Sverige.
- ⤴ 92 procent av ungdomarna har någon form av sysselsättning,
- ⤴ 82 procent av de unga vuxna har någon form av sysselsättning.
- ⤴ Åtta av tio ser sig själva som heterosexuella.

Efterfrågade insatser, kunskaper och tillgångar

Nedan kan vi läsa hur ungdomar och unga vuxna har svarat på vilka insatser i form av kunskap och tillgångar de efterfrågar i det preventiva och hälsofrämjande arbetet med sexuell hälsa. Inledningsvis redovisas korstabeller över bakgrundsvariabler och de svarsalternativ som finns i fråga 60. ”Vad tycker du att du behöver mer kunskap om?” Och fortsätter sedan med fråga 61. ”Vad av följande vill du ha tillgång till?”.

Frågorna ligger i en avslutande del av enkäten som inleds med beskrivningen:

”Nu kommer några frågor om dina kontakter med förebyggande arbete mot hiv och andra könssjukdomar samt vilka hälsofrämjande insatser du vill ha tillgång till.”

(Tikkanen m.fl. 2011:Bilaga Enkätformulär s.23f.)

Vi väljer att fördjupa oss i dessa två frågeställningar för att besvara arbetets frågeställningar om uttryckta preventionsbehov och för att undersöka om, och i sådana fall vilka, oberoende bakgrundsvariabler som kan tänkas påverka vilka insatser som efterfrågas. Redovisningen är uppdelad efter fråga och efter respektive fråga följer fritextsvar.

Vilken kunskap efterfrågar ungdomar och unga vuxna?

Nedan redovisar vi vilken kunskap respondenterna efterfrågar. Under denna fråga har de svarande kunnat välja ett eller flera alternativ. Resultatet redovisas i en korstabell uppdelat på åldersgrupp, men ytterligare analys har gjorts inom respektive bakgrundsvariabel och redovisas i löpande text. Resultat som är signifikant har markerats med *.

Tabell 2. Vad tycker du att du behöver mer kunskap om? Andel i kolumnprocent n=3084

Svarsalternativ	Ungdomar 15–19 år	Unga vuxna 20–29 år	Totalt i Västra Götaland
Hur man får en relation att fungera bra	51	50	51
Hur det är att leva med hiv	50*	36*	41
Hur andra könssjukdomar smittar	43*	36*	38
Hur hiv smittar	42*	31*	31
Hur man hittar någon att inleda en relation med	34*	29*	30
Hur man talar om risker för könssjukdomar med en sexpartner	32 *	26*	28
Hur man flirtar/raggas	30*	27*	28
Hur man undviker att kondomen går sönder	36*	22*	27
Säkrare sex	27*	17*	20
Hur man undviker oönskade graviditeter	27*	14*	18

*signifikant vid 0.05

Vad vi kan se i den här tabellen är att det respondenterna mest önskar sig mer kunskap om, 51 procent, är hur man får en relation att fungera bra. Detta är ett resultat som är oberoende av kön, ålder, bostadsort, sysselsättning, bakgrund och sexuell läggning. Även andra alternativ som rör relationer; hur man hittar någon att inleda en relation med, hur man talar om risker för könssjukdomar med en sexpartner och hur man flirtar/ raggas önskar drygt en fjärdedel av respondenterna mer kunskap om. När vi ser på bakgrundsvariabeln åldersgrupp visar det på en större uttryckt önskan om preventiva kunskaper bland ungdomarna än bland unga vuxna som grupp, exempelvis hur man undviker oönskade graviditeter. Denna önskan är även statistiskt signifikant i alla påståenden förutom Hur man får en relation att fungera bra.

Kön

Det finns en signifikant men liten skillnad mellan män och kvinnor, där 36 procent av männen respektive 25 procent av kvinnorna önskar mer kunskap om hur man hittar någon att inleda en relation med. 38 procent av männen och 19 procent av kvinnorna önskar mer kunskap om hur man flirtar/raggas vilket vi också ser är en signifikant skillnad mellan könen där män efterfrågar mer kunskap än kvinnor.

Det är däremot 33 procent av kvinnorna som önskar mer kunskap om hur man talar om risker för könssjukdomar med en sexpartner jämfört med 22 procent av männen, och 46 procent av kvinnorna och 34 procent av männen som önskar mer kunskap om hur det är att leva med hiv, även detta signifikanta skillnader. Slutligen ser vi att en signifikant likhet mellan könen när det gäller kunskap om hur man undviker oönskade graviditeter. Vid resterande påståenden finns ingen skillnader mellan kvinnor och män, ett resultat som inte visar på signifikans.

Bostadsort, bakgrund och sysselsättning

Ingen av bakgrundsvariablerna bostadsort, bakgrund eller sysselsättning påvisar någon skillnad på hur respondenterna svarat. Dessa verkar alltså inte påverka ett uttryckt kunskapsbehov.

Sexuell läggning

Om vi slutligen tittar på sexuell läggning som bakgrundsvariabel så uppstår små men signifikanta skillnader mellan de som uppger sig vara heterosexuella och de som ser sig som homo- eller bisexuella. Det är 50 procent av homo- eller bisexuella som vill ha mer kunskaper om hur det är att leva med hiv i jämförelse med 39 procent av heterosexuella. Homo- eller bisexuella uttrycker också ett lite större behov av kunskap, 34 procent, om hur man talar om risker för könssjukdomar med en sexpartner i jämförelse med 27 procent av heterosexuella. Vi kan däremot se ett större önskemål bland heterosexuella, 29 procent, när det gäller kunskap om hur man flirtar/raggas jämfört med 24 procent av homo- eller bisexuella. I övrigt så finns inga skillnader i hur respondenterna har svarat beroende på deras sexuella läggning.

Huvudsakliga resultat:

- ⤴ Den största efterfrågade kunskapsinsatsen är Hur man får en relation att fungera bra.
- ⤴ Efterfrågan är också stor om att veta mer om hur det är att leva med hiv samt hur hiv och andra könssjukdomar smittar.
- ⤴ Ungdomar önskar generellt mer kunskap om preventiva insatser.
- ⤴ Män uttrycker mer kunskapsbehov om hur man hittar någon att inleda en relation med och hur man flirtar/raggas jämfört med kvinnor.
- ⤴ Kvinnor önskar mer kunskap om hur man talar om risker för könssjukdomar med en sexpartner och hur det är att leva med hiv i jämförelse med männen.
- ⤴ Bostadsort, bakgrund eller sysselsättning påvisar inga skillnader i respondenternas önskan om mer kunskaper.
- ⤴ Homo- eller bisexuella uttrycker större behov av kunskap om hur det är att leva med hiv, samt hur man talar om risker för könssjukdomar med en sexpartner jämfört med heterosexuella.

En fördjupad beskrivning på efterfrågad kunskap

I avsnittet ovan kunde vi urskilja vilka kunskaper som målgruppen efterfrågar och ifall dessa kunskapsbehov verkar vara beroende av vilken bakgrund respondenterna har. Nu följer en delvis fördjupad beskrivning över efterfrågade kunskaper, men även vissa önskemål som går utöver de fasta alternativ som tidigare redovisats. Vid genomgången av fritextsvaren framträder tre huvudsakliga teman tydligt. Dessa fokuserar på kunskap kring personens psykologiska hälsa, kunskapsinsatser som fokuserar på det lustfyllda med sexualiteten snarare än det riskfyllda, samt en mer nyanserad bild av det kunskapsflöde som erbjuds.

Den psykologiska hälsan

Ett flertal respondenter uttrycker en saknad på kunskap som rör den inre världen. Mestadels talas det om svårigheter med relationer, hur man finner någon att dela sin tid med, hur man får relationen att fungera bra, men också hur man kommer över en relation som inte har fungerat.

”Allmänt hur man får till en bra relation som kan utvecklas”

kvinnna 26 år

”hur man hanterar en förälskelse i en kompis”

man 18 år

”hur man hanterar otrohet i ett nytt försök”

kvinnna 16 år

”hur man helar ett krossat hjärta”

kvinnna 16 år

”hur man hittar en partner som passar just mig”

kvinnna 22 år

”hur man kan jobba med sig själv i en relation”

kvinnna 20 år

”hur man kommer över rädslan för sex efter första gången man blev sårad..”

kvinnna 22 år

Den psykologiska hälsan menar respondenterna också kan beröra värderingar i mötet med andra människor. Det handlar om vikten av kunskap kring sitt egna värde och andras.

”Diskussion om vad man mår bra av, vad man vill säga ja och nej till när det kommer till sex.”

kvinnna 24 år

”etik och moral”

man 20 år

”hur man förstår hur andra upplever en situation”

man 26 år

Innebörden med psykologisk hälsa beskriver också respondenterna behovet av kunskap för att förstå de inre lustarna eller ett icke önskvärt beteende. Beskrivningen av detta rör sig mellan vad som upplevs som motstridigt med de normer som de behöver förhålla sig till, eller ett pågående beteende som strider mot den egentliga önskan. Här talas det också om känslan för fördomar och tabubelagda ämnen som önskas beröras.

”förbjudna lustar”

man 18 år

”Hur man blir av med porren, vill inte hålla på med skiten”

man 18 år

”hur man talar om fördomar och föreställningar rörande sexualitet, t.ex. varför vaginalt samlag har så stort fokus och alla tabun som finns kring erektionssvårigheter.”

kvinnna 28 år

Vissa uttrycker också kunskap om självkänedom, självkänsla och självförtroende. Det handlar bland annat om att våga stå upp för sig själv, att hantera sig själv och det som händer i kropp och knopp.

”hur man hanterar alla nya känslor i puberteten”

man 23 år

”Hur man inte ska gå för gruppträck utan gå sin egen väg som t.ex. inte ha sex för tidigt för man kan ångra det.”

man 16 år

”hur man finner sann trygghet när man är osäker på sig själv”
kvinna 21 år

”hur man lär sej att säga JA, och/eller NEJ, utifrån vad man själv verkligen vill.”
kvinna 28 år

Den friskmedvetna sexuella hälsan

Flera av de svarande väljer att fokusera på det lustfyllda i sexuell hälsa. Det är uttryck som lämnar riskerna åt sidan och fokuserar i stället på hur man ska uppnå tillfredsställelse.

”att ge sin partner njutning”
man 20 år

”Hur man blir gravid”
kvinna 20 år

”hur man kan få orgasm med sin partner”
kvinna 22 år

”hur man skaffar barn i samkönade relationer”
kvinna 24 år

Här pekar respondenterna på kunskapsinhämtningen kring hur man faktiskt blir med barn och inte hur man ska undvika det. Respondenterna efterfrågar fokus på det tillfredsställande. De svarande framför alltså bristen på kunskap kring det lustfyllda med den sexuella hälsan.

En nyanserad sexuell hälsa

En stor del av de fritextsvar som finns beskriver en efterfrågan på kunskap ur ett mer nyanserat perspektiv. De ger uttryck för att bilden av den sexuella hälsan har för snäva ramar och en viss begränsning i informationen. Till exempel vill respondenterna lära sig mer om smittorisker, olika sexpraktiker och en faktamässig information.

”jag vill ha en sannare bild av könssjukdomar och inte moralsmörjan man blir matad med i skolan. Hur stor är risken med sjukdomarna på riktigt, vad kan man göra åt dem, hur lätt smittar de (blir man verkligen garanterat smittad för att man har oskyddat sex”
kvinna 23 år

”att kyssar, smek, slickar, massage, beröring etc. också kan vara sex”
kvinna 28 år

” analsex och olika fetischer”
kvinna 18 år

Enkätsvaren beskriver ett behov av att kunskapsförmedlingen bör vara faktamässig och fri från värderingar. Beskrivningen belyser att informationen också bör vara varierad och innehålla fler perspektiv än vad som redan erbjuds.

”Andra könssjukdomar än de ”vanliga””
man 24 år

”mer (neutral) information om alternativa läggningar (queer, transsexuella, fetischer, bdsm, asexuella osv)”
man 29 år

”synen på sex generellt och historiskt och varför det är ett något tabubelagt ämne”
man 24 år

Likaså önskar respondenterna en mer reflekterande kunskap där sexuell hälsa lyfts upp i ett större sammanhang. Det framgår i textsvaren att det önskas kunskap kring ämnet som inte enbart fokuserar på hur man förebygger hiv och andra könssjukdomar, utan där man också talar om andra existentiella frågor rörande sexuell, reproduktiv hälsa och rättigheter.

”hur man kan hitta bra komma ut-strategier, även som vuxen”
man/queer 24 år

”sex med funktionshinder”
kvinna 21 år

”Mer snack kring relationer, närhet, respekt, självkänsla o gränssättningar kopplat till hälsa”
kvinna 28 år

Vilka tillgångar efterfrågar ungdomar och unga vuxna?

Nu är det dags att titta på vilka tillgångar målgruppen efterfrågar och ifall dessa efterfrågade insatser verkar vara beroende av vilken bakgrund vår målgrupp har.

Tabell 3. Vad av följande vill du ha tillgång till? Andel i kolumnprocent N=3082

Svarsalternativ	Ungdomar 15–19 år	Unga vuxna 20–29 år	Totalt i Västra Götaland
Kondomutdelning på platser där man träffas (t. ex. På festivaler)	58*	51*	53
Lättillgänglig mottagning för sexuell hälsa	46	56	53
Information på internet om hiv, andra könssjukdomar och säkrare sex	34	37	36
Undervisning om hiv, andra könssjukdomar och säkrare sex	32*	22*	25
Chatta med en rådgivare på internet om hiv, andra könssjukdomar och säkrare sex	24	25	24
Samtalskontakt med någon professionell om sexualitet och hälsa	21*	24*	23
Broschyrer om hiv, andra könssjukdomar och säkrare sex	27*	19*	22
Samtala med andra om frågor/problem kring sexualitet och hälsa	23	20	21
Tala med en rådgivare om hiv, könssjukdomar och säkrare sex	16	15	15

**signifikant vid 0.05*

Vi kan se i tabell 3. att det är kondomutdelning på platser där man träffas (t. ex. på festivaler) och lättillgänglig mottagning för sexuell hälsa, båda 53 procent vardera, som respondenterna främst önskar tillgång till.

Därefter efterfrågar drygt en tredjedel av de som svarat på enkäten i VG-regionen att de önskar tillgång till information om hiv och andra könssjukdomar via nätet. Ungefär var fjärde till var femte önskar tillgång till undervisning, att chatta med en rådgivare, samtalskontakt med någon professionell eller samtala med andra om hiv, andra könssjukdomar, säkrare sex, sexualitet och hälsa. 15 procent önskade tillgång till en rådgivare om hiv, könssjukdomar och säkrare sex.

Vad vi också kan utläsa i tabell 3. är att det finns skillnader mellan vad det önskas tillgång till beroende på vilken åldersgrupp man fokuserar på. Ungdomarna efterfrågar mer kondomutdelning på platser där man träffas, undervisning samt broschyrer om hiv, könssjukdomar och säkrare sex i jämförelse med unga vuxna. Detta resultat är även statistiskt signifikant. Unga vuxna efterfrågar i större grad en lättillgänglig mottagning för sexuell hälsa och efterfrågar i lite högre grad information via internet, en skillnad som däremot saknar signifikans.

Kön och bostadsort

När vi tittar på skillnader utifrån kön ser vi att kvinnor i allmänhet efterfrågar samtliga alternativ i högre utsträckning än vad män gör förutom kondomutdelning på platser där man träffas. Det är ett signifikant resultat som vårt material visar och tittar vi på bostadsort finns där också signifikanta skillnader. De som bor i Göteborg med kranskommuner efterfrågar i högre grad lättillgänglig mottagning för sexuell hälsa, kondomutdelning, samtala med någon professionell, samtala med andra om frågor/problem kring sexualitet och hälsa och även tala med en rådgivare eller chatta med en rådgivare om hiv, andra könssjukdomar och säkrare sex. Detta är i en jämförelse med de som bor i annan stad eller landsbygd i VG-regionen.

Sysselsättning, bakgrund och sexuell läggning

Varken sysselsättning eller bakgrund påvisar några skillnader. Det är snarare så att likheterna är stora. Men om vi tittar på sexuell läggning så vill homo-eller bisexuella i större utsträckning ha tillgång till samtliga alternativ på insatser. Den största skillnaden är att 19 procent av heterosexuella efterfrågar att samtala med andra om frågor/problem kring sexualitet och hälsa och 31 procent av homo-eller bisexuella önskar tillgång av samma insats. Övriga insatser efterfrågas i cirka tio procent högre utsträckning bland homo-eller bisexuella än bland heterosexuella.

Huvudsakliga resultat:

- ⤴ Kondomutdelning på platser där man träffas (t.ex. På festivaler) och lättillgänglig mottagning för sexuell hälsa är de insatser som mer än hälften av alla respondenter efterfrågar.
- ⤴ Drygt en tredjedel av respondenterna önskar information på nätet om hiv, andra könssjukdomar och säkrare sex.
- ⤴ Ungefär var fjärde till var femte önskar tillgång till undervisning, att chatta med en rådgivare, samtalskontakt med någon professionell eller samtala med andra om hiv, andra könssjukdomar, säkrare sex, sexualitet och hälsa.
- ⤴ Bakgrundsvariablerna kön och sexuell läggning är de variabler som påvisar de största skillnaderna i vad respondenterna vill ha tillgång till.

En fördjupad beskrivning på önskad tillgång

Här framträder fyra tydliga teman som berör och fördjupar ämnen samtal, sex- och samlevnadsundervisning, preventivmedel och mottagningar för sexuell hälsa.

Den lättillgängliga och öppna mottagningen

Ett återkommande tema bland de svarande är önskemålet om den lättillgängliga mottagningen för sexuell hälsa.

Respondenterna pekar på bristen av ett inkluderande perspektiv på de redan existerande mottagningarna, svårigheten att nå fram och bristen på respekt när man väl kommer dit.

”Tillgänglighet är A och O, har flera gånger låtit bli att testa mig enbart för att jag inte kommer fram till sjukvården, det är ständigt upptaget på telefon och finns inga lediga tider.”

kvinnor 24 år

”TREVLIIG personal på exempelvis ungdomsmottagningarna. Som yngre upplevde jag det jobbigt/pinsamt att gå dit, utan att behöva bli otrevligt bemött. Vilket tyvärr verkar ganska vanligt.”

kvinnor 24 år

”Vård- och gynnottagningar för lesbiska”

kvinnor 24 år

”HBTQ-inkluderande personal i skola, vård och omsorg”

cisperson och kvinnor 26 år

”bra om ALLA kunde gått till den framtida ”sexmottagningen””

kvinnor 20 år

”ungdomsmottagning som inte bara är för unga”

man 25 år

Preventivmedel

När det kommer till frågan om tillgång finns det en majoritet av fritextsvar som berör tillgängligheten på preventivmedel.

”billiga preventivmedel”

kvinnor 22 år

”vart man kan köpa femidomer till rimliga priser”

kvinnor 24 år

”gratis kondomer”

man 22 år

”kondomer hemskickat i brevlådan regelbundet”

kvinnor 16 år

”sänkt pris/gratis kondomer till allmänheten. Gratis är gott vilket främjar användandet av kondom för allmänheten”

kvinnor 20 år

Texterna beskriver både tillgängligheten av preventivmedel på exempelvis helger, men också priserna. Vid flera tillfällen nämns också saknaden av preventivmedel som inte innehåller så mycket hormoner, samt mer information kring hur exempelvis p-piller fungerar och hur säkert det är.

Samtalets betydelse

Behovet av samtalsmöjlighet beskrivs ofta i textraderna från materialet. Detta gäller bland annat tillgången på samtalsmöjligheter, samt vilken typ av samtal som efterfrågas.

”Större tillgänglighet till samtal med sexrådgivare”

man 29 år

”Telefonrådgivning om sexualitet med expert”

kvinnor 24 år

”samtalskontakt med normkritisk öppensinnad professionell om sexualitet och hälsa”

kvinnor 29 år

Samtal beskrivs också på ett annat sätt, nämligen som det viktiga samtalet kring sex och sexuell hälsa i det offentliga rummet. Här menar respondenterna att det är viktigt att samtala kring ämnet för att undvika ett tabubeläggande.

”...men eftersom det är sånt som verkligen behövs, så borde det finnas mer i vardagen att prata om såna här saker.”
kvinnor 17 år

”En mycket mer öppen offentlig dialog om sex och självkänsla”
man 27 år

”Ut med informationen. Sex ska vara ett öppet samtalsämne...Allt behöver bara få komma ut, lättillgängligt för ungdomar, eller ja för ALLA!”
kvinnor 23 år

”Öppnare debatt om porr/sexmissbruk och samhällets/medias roll och skuld i det”
man 24 år

Sex- och samlevnadsundervisningen

En kritik lyft tydligt upp rörande sex- och samlevnadsundervisningen i skolorna. Flera textsvar belyser avsaknaden av undervisning, begränsningarna och risken med att inte använda skolan som forum för kunskapspridning.

”bättre sexualupplysning i grundskolan”
kvinnor 19 år

”BÄTTRE SEXUALUNDERVISNING I SKOLORNA”
kvinnor 24 år

”Mer undervisning i skolorna och inte bara overheads på könsorgan. Mer samtalsforum för dagens unga får inte information från skolan utan från andra mindre kunniga inom riskfaktorer.”
kvinnor 24 år

”skolan borde bli bättre på detta även under gymnasietiden”
icke angivet 28 år

Efterfrågade insatser

En faktoranalys hjälper oss att urskilja vilka enskilda svarsalternativ av kunskaper och tillgångar som verkar höra ihop med varandra och på så sätt bilda kluster. Vi väljer att benämna dessa grupper av svarsalternativ vid kluster, men detta ska inte förväxlas med begreppet kluster i samband med metoden klusteranalys. För att upptäcka vilka alternativ som hör ihop måste vi titta på den så kallade laddningen. De redovisade laddningarna berättar för oss vilka olika alternativ som verkar efterfrågas gemensamt och i vilken utsträckning detta önskas. Ju starkare laddningen är och hur nära den ligger mellan alternativen, desto mer hänger svarsalternativen ihop, korrelerar med varandra. Till exempel kan vi se på det första klustret nedan, Grundläggande preventiva insatser, där det första svarsalternativet om kondomutdelning på platser där man träffas hör starkt ihop med lättillgänglig mottagning för sexuell hälsa då de både laddar starkt och ligger när varandra i laddningens styrka. Med andra ord visar detta att en person som angett det första alternativet även markerat det andra och tvärtom. I klustret finns också information på internet om hiv, andra könssjukdomar och säkrare sex, men laddar inte lika starkt som de andra två och hänger alltså inte ihop lika mycket.

Vi väljer att sätta samman båda frågornas svarsalternativ i detta statistiska moment då både kunskap och tillgång gemensamt definierar insatser. I en analys av samtliga svarande finner vi fyra olika kluster av svarsmönster vad gäller efterfrågan på kunskaper och insatser. I redovisningen beskrivs dessa kluster fördelat på bakgrundsvariabler. Inledningsvis görs en redovisning över vilka kluster som kan urskiljas tillsammans med dess innehåll.

Efter detta följer en beskrivning över hur klustren ser ut inom bakgrundsvariablerna åldersgrupp, kön och sexuell läggning, bostadsort, bakgrund och sysselsättning.

Tabell 4. Faktoranalys över insatser.

Kluster	Laddning
1. Grundläggande preventiva insatser	
Tillgång: Kondomutdelning på platser där man träffas (tex. på festivaler)	.841
Tillgång: Lättillgänglig mottagning för sexuell hälsa	.706
Tillgång: Information på internet om hiv, andra könssjukdomar och säkrare sex	.424
2. Kunskap om hiv, andra könssjukdomar och säkrare sex	
Kunskap: Hur hiv smittar	.834
Kunskap: Hur andra könssjukdomar smittar	.768
Kunskap: Hur det är att leva med hiv	.658
Tillgång: Broschyrer om hiv, andra könssjukdomar och säkrare sex	.430
Kunskap: säkrare sex	.426
Tillgång: information på internet om hiv, andra könssjukdomar och säkrare sex	.418
3. Relationskunskap	
Kunskap: Hur man hittar någon att inleda en relation med	.868
Kunskap: Hur man flirtar/raggat	.847
Kunskap: Hur man får en relation att fungera bra	.638
4. Samtalsinsatser	
Tillgång: Samtalskontakt med någon professionell om sexualitet och hälsa	.845
Tillgång: Samtala med andra om frågor/problem kring sexualitet och hälsa	.826
Tillgång: tala med rådgivare om hiv, andra könssjukdomar och säkrare sex	.661

I vår faktoranalys framträder fyra kluster med varierat antal svarsalternativ inom respektive kluster. I det första klustret grundläggande preventiva insatser kan vi se att de respondenter som efterfrågar tillgång på kondomutdelning på offentliga platser också tenderar att efterfråga lättillgängliga mottagningar för sexuell hälsa. Dessa två alternativ ligger närmast varandra i laddningens styrka, vilket indikerar att det finns ett tydligt mönster att de hänger samman i ett svarsmönster. Svarsmönstret får också sällskap av insatsen om information på internet om hiv, andra könssjukdomar och säkrare sex.

I vårt andra kluster kunskap om STI/hiv och säkrare sex kan vi se att ett flertal svarsalternativ verkar korrelera, alltså hänger samman med varandra. Starkaste sambandet kan vi se mellan de tre första alternativen, kunskap om hur STI/hiv smittar och hur det är att leva med hiv. Vidare kan vi också se ett mönster mellan alternativen tillgång på broschyrer om hiv, andra könssjukdomar och säkrare sex, kunskap om säkrare sex och information på internet om STI/hiv och säkrare sex.

I kluster tre som vi kallar för relationskunskaper kan vi se att de respondenter som efterfrågar alternativet kunskap om hur var man hittar någon att inleda en relation med i stor utsträckning också efterfrågar kunskap om hur man flirtar/raggar. Även här finns ett tredje alternativ i tät relation till dessa, nämligen kunskap om hur man får en relation att fungera bra.

I det fjärde och sista klustret samtalsinsatser ser vi en korrelation främst mellan två alternativ, tillgång på samtalskontakt med någon professionell om sexualitet och hälsa, samt samtala med andra om frågor/problem om sexualitet och hälsa. Dessa två alternativ har sällskap av ett tredje som rör rådgivning om hiv, andra könssjukdomar och säkrare sex.

Ungdomar och unga vuxna

Tre kluster av svarsmönster med starka samband kan urskiljas bland ungdomarna där det finns en stark tendens att respondenterna uppger önskemål om tillgång till preventiva insatser. Det finns inga specifika önskemål bland insatsen tillgång, då de svarande tenderar att välja samtliga alternativ förutom insatsen kondomutdelning. Vad gäller insatsen kunskap går det däremot att urskilja två kluster bland gruppen ungdomar. Det ena klustret efterfrågar kunskapsinsatser gällande relationer, så som hur man hittar någon att inleda en relation med, hur man flirtar/raggar och hur man får en relation att fungera bra. Det andra klustret gäller kunskap gällande STI/hiv. Här handlar det om hur STI/hiv smittar, hur det är att leva med hiv och kunskap om säkrare sex.

Det finns skillnader och likheter i svarsmönstren mellan ungdomar och unga vuxna. I likhet med gruppen ungdomar uppstår ett kluster rörande relationskunskaper även i gruppen unga vuxna. Till skillnad från ungdomarnas tendens att välja samtliga svarsalternativ bland tillgångar, finns det bland de unga vuxna ett kluster som specifikt innefattar insatser om samtalsmöjligheter med en professionell vad gäller sexuell hälsa, samtal kring frågor rörande sexualitet/hälsa, STI/hiv och säkrare sex. Här finns också ett kluster som specifikt fokuserar insatser vad gäller kondomutdelning på offentliga platser, lättillgänglig mottagning för sexuell hälsa och information på internet om STI/hiv och säkrare sex. De unga vuxna särskiljer sig även från ungdomarna då det går att finna ett kluster som efterfrågar kunskap på hur man undviker oönskade graviditeter, hur man undviker att kondomen spricker och kunskap om säkrare sex.

Kön och sexuell läggning

Vid en närmare analys fördelat på kön kan vi se att det främsta klustret bland männen berör samtalsmöjligheter. De män som väljer svarsalternativet samtalskontakt med någon professionell om sexualitet och hälsa verkar också välja alternativen samtala med andra om frågor/problem kring sexualitet och hälsa, samt tala med rådgivare om hiv, andra könssjukdomar och säkrare sex. Till skillnad från männen berör det främsta klustret bland kvinnor en rad insatser rörande information på internet, broschyrer och undervisning om hiv, andra könssjukdomar och säkrare sex, kondomutdelning på offentliga platser, chatta med en rådgivare på internet om hiv, andra könssjukdomar och säkrare sex, samt lättillgänglig mottagning för sexuell hälsa. Oavsett kön så framträder även ett kluster rörande relationskunskaper.

När vi skiljer på sexuell läggning framträder en skillnad i de efterfrågade insatserna vad gäller efterfrågan på kunskap eller tillgångar. Bland de heterosexuella framträder det tydligaste klustren inom insatsen kunskap. I detta kluster ligger fokus på tre efterfrågade kunskapsinsatser rörande hur hiv smittar, hur andra könssjukdomar smittar och hur det är att leva med hiv. Bland de homo-, och bisexuella däremot framträder det främsta klustret bland insatsen tillgångar. I detta kluster hamnar fokus i stället på information på internet, broschyrer och undervisning om hiv, andra könssjukdomar och säkrare sex, samt kondomutdelning på offentliga platser. Gemensamt för de båda framträder ett kluster som berör samtalsinsatser och i likhet med övriga bakgrundsvariabler så framträder också här ett kluster som berör relationskunskaper.

Bostadsort

I en uppdelning mellan bostadsort så går det att finna tydligare svarsmönster bland de svarande i Göteborgsområdet än bland de svarande på annan större ort eller mindre ort och landsbygd. Bland de boende i Göteborgsområdet finns det en tydlig svarsfrekvens mellan efterfrågad insats om kunskap rörande hur STI/hiv smittar och hur det är att leva med hiv. Här kan vi också se ett svarsmönster där de svarande som uttrycker ett behov av kondomutdelning på offentliga platser också tenderar att svara på behov om lättillgängliga mottagningar för sexuell hälsa och information på internet om STI/hiv och säkrare sex. Ett svarsmönster som enskilt uppträder i Göteborgsområdet jämfört med andra bostadsorter är insatser om kunskap kring hur man skyddar sig mot oönskad graviditet, att kondomen går sönder och kunskaper kring säkrare sex.

De boende på större orter i Västra Götalandsregionen visar likt Göteborgsområdet på en svarsfrekvens för efterfrågad kunskap rörande STI/hiv och hur det är att leva med hiv. De som tenderar att svara på dessa alternativ väljer också alternativ som efterfrågar kunskap om hur man samtalar med en partner kring risken med könssjukdomar, tillgång till undervisning om STI/hiv och säkrare sex, samt broschyrer om detsamma.

Också boende på mindre ort eller landsbygd visar ett svarsmönster där de vill ha tillgång på undervisning och broschyrer om STI/hiv och säkrare sex. De respondenter som väljer dessa alternativ tenderar att också svara på behovet av insatser kring samtalskontakter eller möjligheten att chatta med en rådgivare på internet, samt lättillgänglig mottagning för sexuell hälsa.

Gemensamt och oavsett vart i VG- regionen respondenten bor efterfrågas kunskap på hur man flirtar/raggas, hur man hittar en partner och hur man får sin relation att fungera bra.

Bakgrund

I en uppdelning utifrån bakgrund finns det både likheter och skillnader mellan uppträdande svarsmönster. Bland första och andra generationens invandrare finns det ett svarsmönster som tydligt uttrycker en efterfrågan på insatser rörande samtal med en professionell kring sexualitet, sexuell hälsa, STI/hiv och säkrare sex.

Bland de svenskfödda ligger svarsfrekvensen tydligare mellan efterfrågad kunskap rörande STI/hiv, säkrare sex, hur det är att leva med hiv, broschyrer och undervisning i ämnet. Gemensamt för de båda bakgrundsvariablerna är efterfrågan på kunskap kring relationer och efterfrågan på lättillgängliga mottagningar och kondomutdelning på offentlig plats.

Sysselsättning

Oavsett om du är sysselsatt eller inte, eller vilken typ av sysselsättning du har, så återkommer samma svarsalternativ i liknande svarsmönster. Dessa mönster rör kunskap kring relationer, efterfrågan på samtalsinsatser, kondomutdelning och lättillgängliga mottagningar för sexuell hälsa eller insatser via internet såsom chattfunktion och information om STI/hiv och säkrare sex. Inom gruppen icke sysselsatta går det att urskilja olikheter inom bakgrundsvariabeln. I Här finns en grupp svarande där insatserna efterfrågas via internet, undervisning eller broschyrer. Den andra gruppen efterfrågar mer utåtriktade insatser så som samtalskontakter, mottagningar och kondomutdelning på offentliga platser.

Huvudsakliga resultat:

- ▲ Bland samtliga respondenter framträder fyra kluster, grundläggande preventionsinsatser, kunskap om hiv, andra könssjukdomar och säkrare sex, relationskunskaper och samtalsinsatser.

- ⤴ Ungdomar efterfrågar alla föreslagna alternativ bland preventiva insatser, dock inte kondomutdelning på platser där man träffas.
- ⤴ Bland unga vuxna framträder två huvudsakliga kluster. Ett kluster angår samtalsinsatser och ett annat innefattar kunskap om oönskade graviditeter, hur man undviker att kondomen spricker och kunskaper gällande säkrare sex.
- ⤴ Inom gruppen män rör det främsta svarsmönstret samtalsinsatser så som att samtala med en professionell om sexualitet och hälsa, samtala med andra och samtala med rådgivare om hiv, andra könssjukdomar och säkrare sex.
- ⤴ Heterosexuella svarande visar ett svarsmönster gällande kunskapsinsatser om hiv, andra könssjukdomar och hur det är att leva med hiv.

Vilka efterfrågar insatserna?

För att få en inblick i vilka respondenterna är som väljer de olika klustren så har vi gjort korstabeller med de olika bakgrundsvariablerna. De är som tidigare åldergrupp, kön, bostadsort, bakgrund, sysselsättning och sexuell läggning. Tabellen nedan redovisar faktorerna fördelat på åldersgrupp och övriga bakgrundsvariabler redovisas i löpande text.

Tabell 5. Korstabell över kluster och åldersgrupp. Andel i kolumnprocent n=3261

Kluster	Ungdomar 15–19 år	Unga vuxna 20–29 år	Totalt i Västra Götaland
1. Grundläggande preventiva insatser	68*	72*	70
2. Kunskap om hiv, andra könssjukdomar och säkrare sex	67*	62*	63
3. Relationskunskap	55	57	57
4. Samtalsinsatser	30	33	32

**signifikant vid .05*

I tabell 5. kan vi se att det inte råder någon större skillnad mellan ungdomar och unga vuxna och vad de efterfrågar för kluster. Det verkar med andra ord inte ha någon större betydelse vilken åldersgrupp du tillhör, utan dessa båda grupper efterfrågar i regel samma insatser. Vi kan också se att det första klustret grundläggande preventiva insatser och andra klustret kunskap om hiv, andra könssjukdomar och säkrare sex är signifikanta när det kommer till de ytterst små skillnaderna i åldersgrupperna. 70 procent av de svarande efterfrågar i första klustret grundläggande insatser vilket är det mest efterfrågade klustret medan fjärde klustret samtalsinsatser efterfrågas av 32 procent bland respondenterna.

Kön

Tittar vi på kön som bakgrundsvariabel så efterfrågar 74 procent av kvinnorna och 66 procent av männen klustret grundläggande insatser. Andra klustret kunskap om hiv, andra könssjukdomar och säkrare sex uppgår till 68 procent kvinnor och 58 procent av männen. När vi tittar vidare på det tredje klustret relationskunskap ser vi en jämn fördelning mellan kvinnor och män på 55 procent respektive 58 procent. I det sista och fjärde klustret samtalsinsatser efterfrågar 38 procent av kvinnorna och 25 procent av männen denna preventionsinsats.

Bostadsort

När vi sedan tittar på de svarande och var de bor så ser vi att något fler respondenter i Göteborg med kranskommuner efterfrågar grundläggande preventiva insatser än boende i på andra platser i regionen. Här uppgår skillnaden till 6 procent där 72 procent står för Göteborgsområdet respektive 66 procent av de boende i annan ort eller på landsbygden.

Det är även något större efterfrågan på klustret samtalsinsatser där 35 procent i Göteborgsområdet efterfrågar detta jämfört med 25 procent i de mindre orterna eller på landsbygden. Vad gäller klustret kunskap om hiv, andra könssjukdomar och säkrare sex och klustret relationskunskap så finns inga direkta skillnader.

Sysselsättning och bakgrund

När bakgrundsvariablerna sysselsättning och bakgrund sätts i relation till de kluster vi skapat i vårt material så ser vi inga direkta skillnader. Andelen svarande är påfallande jämnt fördelad mellan sysselsatta och icke sysselsatta, samt utifrån bakgrund.

Sexuell läggning

Här visar det sig att homo-, och bisexuella personer i en lite större utsträckning efterfrågar insatser vad gäller grundläggande preventiva insatser. Det är 75 procent av de som ser sig som homo- eller bisexuell som efterfrågar insatser i klustret medan 70 procent av de heterosexuella anger det. Tittar vi vidare på andra klustret kunskap om hiv, andra könssjukdomar och säkrare sex anger 70 procent av homo- eller bisexuella sig efterfråga detta och 62 procent av de heterosexuella respondenterna. Det fjärde klustret samtalsinsatser efterfrågar 45 procent av homo- eller bisexuella och 30 procent av de heterosexuella. Skillnaden vid samtalsinsatser uppgår till hela 15 procent, vilket är en ganska stor skillnad i materialet. Vad gäller tredje klustret relationskunskap så finns det inte heller här någon skillnad att tala om, som vid övriga bakgrundsvariabler.

Huvudsakliga resultat:

- ▲ Det är en signifikant likhet mellan ungdomar och unga vuxna i önskemål om grundläggande preventiva insatser och kunskap om hiv, andra könssjukdomar och säkrare sex.
- ▲ Det är mellan 10–13 procent fler kvinnor än män efterfrågar klustren grundläggande preventiva insatser, kunskap om hiv, andra könssjukdomar och säkrare sex samt samtalsinsatser. Dessa skillnader är också signifikanta.
- ▲ Boende i Göteborg med kranskommuner efterfrågar grundläggande preventiva insatser och samtalsinsatser i något större utsträckning än boende i annan stad eller landsbygd.
- ▲ Sysselsättning och bakgrund visar ingen skillnad när det gäller önskemål om insatser.
- ▲ Homo-, och bisexuella personer efterfrågar i större utsträckning än heterosexuella insatser rörande samtalsinsatser, kunskap om hiv, andra könssjukdomar och säkrare sex samt grundläggande preventiva insatser.
- ▲ Vad gäller fjärde klustret, relationskunskap så efterfrågas denna insats lika mycket oavsett bakgrundsvariabel.

Är preventionsbehovet olika beroende på vilken grupp du tillhör?

Vidare så vill vi undersöka om och i så fall hur mycket de valda bakgrundsvariablerna påverkar skillnaderna i de funna klustren. För detta tar vi hjälp av logistisk regressionsanalys som hjälper oss att räkna hur stora oddsen är för att den ena gruppen, exempelvis unga vuxna efterfrågar ett kluster framför ungdomar. På detta sätt kan vi ta reda på om det finns vissa bakgrundsvariabler som ökar eller minskar behovet av vissa preventionsinsatser. Den logistiska regressionen bygger på resultatet som vi fick i vår faktoranalys.

Vi kan se i tabell 6. nedan att bakgrundsvariablerna åldersgrupp, kön, bostadsort och sexuell läggning påverkar hur respondenterna efterfrågar grundläggande preventiva insatser. Kön är det som har störst betydelse för att oddset påverkas. Här kan vi se att oddset för att du som kvinna efterfrågar grundläggande preventionsinsatser är 1,44 jämfört med en man. Även bostadsort verkar här ha effekt på efterfrågan av denna insats. Vi kan också se att oddsen är större för de boende i en mindre ort eller landsbygd i VG-regionen efterfrågar grundläggande preventionsinsatser.

Detta jämfört med boende i Göteborg med kranskommuner. I likhet ökar oddsen om du uppfattar dig som homo-, eller bisexuell. Det visar sig också att oddset ökar som ung vuxen i jämförelse med ungdomar.

Tabell 6. Kluster Grundläggande preventiva insatser

Bakgrundsvariabel	p-värde	Oddsquot	95 % KI
<i>Åldersgrupp</i>			
Ungdom (referens)			
Ung vuxen	,025*	1,201	1,023–1,410
<i>Kön</i>			
Man (referens)			
Kvinna	,000*	1,423	1,221–1,659
<i>Bostadsort</i>			
Göteborg (referens)			
Annan stad eller landsbygd	,000*	1,368	1,164–1,608
<i>Sysselsättning</i>			
Icke sysselsatt (referens)			
Sysselsatt	,914	1,012	,820–1,247
<i>Bakgrund</i>			
Utländsk bakgrund (referens)			
Född i Sverige	,445	1,076	,892–1,297
<i>Sexuell läggning</i>			
Heterosexuell (referens)			
Homo/Bisexuell	,012*	1,344	1,067–1,694

*Signifikant vid 0.05

Tabell 7. Kluster Kunskap om hiv, andra könssjukdomar och säkrare sex

Bakgrundsvariabel	p-värde	Oddsquot	95% KI
<i>Åldersgrupp</i>			
Ung vuxen (referens)			
Ungdom	,006*	1,243	1,064–1,453
<i>Kön</i>			
Man (referens)			
Kvinna	,000*	1,497	1,294–1,791
<i>Bostadsort</i>			
Annan ort eller landsbygd (referens)			
Göteborg	,450	1,062	,909–1,241
<i>Bakgrund</i>			
Född i Sverige (referens)			
Utländsk bakgrund	,733	1,032	,862–1,235
<i>Sysselsättning</i>			
Icke sysselsatt (referens)			
Sysselsatt	,362	1,096	,900–1,335
<i>Sexuell läggning</i>			
Heterosexuell (referens)			
Homo/Bisexuell	,001*	1,447	1,163–1,800

*signifikant vid 0.05

I tabell 7. ovan så ser vi, i likhet med den förra tabellen, att kön är den bakgrundsvariabel som mest påverkar oddset. Men också sexuell läggning som bakgrundsvariabel påverkar oddset. I båda fallen stiger oddsen till 1,5 att om du är kvinna efterfrågar kunskap om hiv, andra könssjukdomar och säkrare sex än om du är man. Oddset är 1,4 större att du efterfrågar kunskap om hiv, andra könssjukdomar och säkrare sex om du är homo-eller bisexuell förhållande till en heterosexuell respondent. Om den svarande är en ungdom så är oddset något större att denne efterfrågar insatsen jämfört med en ung vuxen.

Tabell 8. Kluster Samtalsinsatser

Bakgrundsvariabel	p-värde	Oddsquot	95% KI
<i>Åldersgrupp</i>			
Ungdom (referens)			
Ung vuxen	,066	1,162	,990–1,365
<i>Kön</i>			
Man (referens)			
Kvinna	,000*	1,891	1,621–2,207
<i>Bostadsort</i>			
Annan stad eller landsbygd (referens)			
Göteborg	,000*	1,565	1,322–1,854
<i>Sysselsättning</i>			
Sysselsatt (referens)			
Icke sysselsatt	,400	1,091	,890–1,337
<i>Bakgrund</i>			
Utländsk bakgrund (referens)			
Född i Sverige	,119	1,156	,963–1,388
<i>Sexuell läggning</i>			
Heterosexuell (referens)			
Homo/Bisexuell	,000*	1,946	1,586–2,389

* signifikant vid 0.05

De mest anmärkningsvärda effekterna får vi inom det tredje klustret samtalsinsatser. Här kan vi se att oddset närapå fördubblas, 1,9, om du är homo-eller bisexuell än om du är heterosexuell på efterfrågan av samtalsinsatser. Vi finner även stigande odds inom bakgrundsvariabeln kön där oddset också nästan fördubblas, 1,8, om du är kvinna i en jämförelse med en man. Bor man i Göteborg med kranskommuner är oddset 1,5 i jämförelse med boende på annan ort eller landsbygd.

Vad som också går att utläsa från vår logistiska regressionsanalys är att ingen av bakgrundsvariablerna påverkar utfallet i det fjärde klustret relationer. Vi kan här se att efterfrågan på insatser rörande relationer, så som kunskap kring hur man hittar någon, hur man flirtar/raggar och hur man får en relation att fungera bra, efterfrågas oavsett vilken bakgrund man har.

Huvudsakliga resultat:

- ⤴ Bakgrundsvariablerna åldersgrupp, kön, bostadsort och sexuell läggning påverkar hur respondenterna efterfrågar grundläggande preventiva insatser. Är du kvinna eller bor utanför Göteborg med kranskommuner eller homo-eller bisexuell är oddset större att du efterfrågar insatsen.
- ⤴ Oddset är 1,4 att du som homo-eller bisexuell efterfrågar kunskap om STI/hiv och säkrare sex jämfört med heterosexuell. I likhet med kön är oddset 1,4 att du efterfrågar insatsen som kvinna än som man. Oddset ökar också (1,2) om du är ungdom jämfört med ung vuxen.

- ♣ En homo-eller bisexuell person eller en kvinna fördubblar (1,9 respektive 1,8) nästan oddsen att efterfråga samtalsinsatser. Detta jämfört med en heterosexuell person eller en man. Oddset ökar också för den som bor i Göteborg med kranskommuner med 1,5 än de som bor på annan ort eller landsbygd att man efterfrågar samtalsinsatser.
- ♣ Efterfrågan av klustret relationskunskap påverkas inte av någon av de valda bakgrundsvariablerna som vi valt att använda oss av i vår logistiska regression.

Respondenternas synpunkter på det preventiva och hälsofrämjande arbetet med STI/hiv och SRHR-frågor

I detta avsnitt kommer läsaren att ges en överblick i vad ungdomar och unga vuxna lämnat för kommentarer i form av en fritextfråga. Vi har funnit olika teman i texterna och dessa kommer att beskrivas och ges exempel på. Även olika underteman finns vilka också kommer att beskrivas kort, detta för att öka förståelsen och fånga ett djup i det datamaterial som respondenterna givit UngKAB09. I metodavsnittet för UngKAB09 finns en närmare beskrivning av hur vi gått tillväga.

Den allra sista frågan i UngKAB09 är en fritextfråga som lyder:

”63. Har du några ytterligare synpunkter eller något du vill tillägga så finns det utrymme för det här. Här får du gärna också ge synpunkter på hur man kan förbättra det förebyggande arbetet mot hiv och andra könssjukdomar”

(Tikkanen m.fl., 2011: Bilaga Enkätformulär s. 24)

Det är 648 stycken, ungefär 5 procent, av de 3261 respondenterna i Västra Götaland som valt att svara på enkätens sista fråga. Av dessa är 261 kommentarer om enkätens utformande som vi inte valt att vidare analysera då de inte bidrar till vårt syfte med arbetet. Resterande fritextsvar har varit underlag för vår textanalys och vi har funnit sex grundteman: preventiva insatser, sex- och samlevnadsundervisningen, tankar kring SRHR, möte med övriga mottagningar, möte med ungdomsmottagningar och slutligen samhällsklimat.

Preventiva Insatser

När vi läser samtliga kommentarer tolkar vi flest kommentarer kring det tema vi kallar preventiva insatser. Det rör sig om nästan 200 kommentarer och de allra flesta är gjorda av unga vuxna. I temat ser vi texter som på något sätt handlar om preventiva insatser och tre återkommande underteman framträder. Det handlar till största delen om information, dels dess utformning, dels dess innehåll. Respondenterna önskar att informationsspridning genom olika former av föreläsningar, samtalsgrupper, chatt men också informationsblad.

De önskar mer rak fakta, att de som sprider informationen inte ska vara moraliserande, informationen ska ges ”på rätt nivå”, tidigt, kontinuerligt och lättsamt. När vi ser närmare på vilken sorts information som efterfrågas är det en stor variation men också tydliga önskemål. De svarande efterfrågar mer fokus på hiv, smittvägar, STI och HBT, statistik och relationer.

”Ju mer det syns i media desto fler når man ut till!”

man, 24 år

”Seriöst så tror jag fler gratiscondomer kanske kunde hjälpa...”

man, 17 år

”Bena ut hur det är om någon med HIV hånglar med en och man har sår i munnen eller liknande.”

man, 20 år

Vi finner även två andra underteman som återkommer bland respondenternas fritextsvar. De beskriver olika metoder för att föra ut preventiva insatser. Det finns förslag om mediakampanjer, popular opinion leader, information peer to peer, återkommande kallelser för testning, införa sprututbyte för missbrukare eller lagstifta om olika former av testning eller hälsointyg för personer som vistats utomlands. Även *skydd* finns det åsikter om. Ungdomar och unga vuxna kommenterar att det är pinsamt att köpa skydd, att det borde vara gratis eller subventionerat med kondomer. Det är även svårt med storlek och hållfastheten på kondomer. Det önskas också att tillgängligheten borde öka på festivaler, krogar, hos skolsköterska och bättre tillgängligheten på annat skydd.

”vill chatta med någon som är bra på relationer. någon chat där man får prata med någon om sitt liv och hur man mår”
man, 22 år

”Kondomer är pinsamt och svårt att köpa om man är en något blyg och timid kille/tjej. De finns oftast bakom disk i butik och leder då till att man hellre inte köper, för att det är pinsamt att fråga efter dem. Tillgänglighet i varuautomater på stan/på klubben etc. skulle göra gott.”
man, 27 år

Om vi tittar lite närmare på de som lämnat kommentarer som handlar om preventiva insatser så är det något fler som uppger att de är kvinnor än män. Det är också fler till antalet som bor i Göteborg med kranskommuner än i någon annan ort eller landsbygd, vilket också stämmer överens med vårt datamaterial i övrigt. Inte heller någon av de andra bakgrundsvariablerna som vi tittat på, bakgrund, sysselsättning som utmärker sig på något sätt. Vi kan kanske se att andelen som uppger sig vara homo-eller bisexuella är något högre bland de som lämnat kommentarer än hur fördelningen ser ut bland våra respondenter i Västra Götaland.

Sex- och samlevnadsundervisningen

Nu går vi vidare till nästa framträdande tema i fritextsvaren och häruti tolkar vi in 170 kommentarer, varav två tredjedelar är gjorda av unga vuxna. Temat handlar om Sex- och Samlevnadsundervisningen och även här utmärker sig tre underteman där den största berör utformningen av undervisningen. Respondenterna önskar mer och återkommande undervisning, att undervisningen ska börja tidigare och även fortsätta på gymnasiet och vidare studier. Undervisningen ska även vara mer informativ, materialet ska vara uppdaterat och likvärdigt mellan män och kvinnor. Vidare efterfrågas mer diskussion och fokus på relationer, värderingar, normbrytande, attityder, variationer, mer balans mellan biologi och det sociala och mer om lust än fokus på risker. Kommentarer handlar också om att undervisningen ska vara avslappnad och ogenerad.

”Jag anser att man bör börja i tidig ålder på högstadiet och gymnasiet att börja prata om vikten av könssjukdomar och säkert sex men också om relationer, olika sexuella läggningar och känslor.”
man, 22 år

Här närmar vi oss också det andra undertemat som handlar om undervisning, nämligen samverkan. Respondenterna anser i vissa fall att andra än just lärarna bör komma in och undervisa och då föreslås personal från ungdomsmottagning, RFSU eller annan organisation. Exempel så som att hiv-positiva skulle föreläsa. Vem bör egentligen undervisa, undrar de för att kvalitetssäkra undervisningen. Andra respondenter menar att lärarutbildningen borde förändras, vilket är vårt tredje undertema. De menar att lärare inte hanterar undervisningen på ett tillfredsställande sätt och att de är generade eller avviker från lektionerna. Lösningen menar respondenterna är att utbilda lärarna så att de klarar av att undervisa i sex- och samlevnadsfrågor.

”utöka samarbetet mellan gymnasie/högstadiet och läkarstudenter som i t.ex. Göteborg via kärleksakuten informerar ungdomar om sex och samlevnad. Detta är absolut ingen lärare ska syssla med.”
man, 18 år

”Jag tycker att lärarna som ska undervisa i sexual kunskap borde gå en kurs innan och lära sig vad som är viktigt att lära ut.”

kvinnna, 16 år

Vi kan även se att de respondenter som lämnat kommentarer inom detta tema inte skiljer sig nämnvärt när de gäller bakgrundsvariabler som vi tittat närmare på. Det är dock en större andel kvinnor än män och fler homo- eller bisexuella som yttrat sig om vi jämför med hur fördelningarna ser ut i hela Västra Götaland. Även de boende i Göteborg med kranskommuner har kommenterat något mer än boende på andra platser.

Tankar kring SRHR

Tankar kring SRHR är nästa tema, som liksom de andra två som vi beskrivit ovan så har även denna tre underteman. Ungefär 150 kommentarer finns i detta tema varav cirka 30 är gjorda av ungdomar. Ungefär 100 kommentarer, de flesta gjorda av unga vuxna, handlar om KAB-kunskap, attityd, beteende. Här uttrycks det att kunskaper finns både bland ungdomar och unga vuxna om säkert sex, och STI, men att man ändå agerar annorlunda. Nästa undertema rör kommentarer om att det pågår en samhällsförändring, där respondenterna uttrycker kunskaper om att sexualdebuten sker allt tidigare, man har mer oskyddat sex, antalet sjukdomar ökar, sex tas oseriöst och att ungdomar ser omoraliskt och oflekterat på risker och sex. Ett tredje tema handlar om källkritik. Här beskrivs ett eget kritiskt förhållningssätt mot media, läkemedelsföretag men också internet och vårdpersonal.

”När jag var yngre kunde det hända att jag hamnade i situationer som jag inte trodde skulle leda till sexuell kontakt, som ändå gjorde det. Jag var väldigt oförberedd då och skyddade mig inte då jag inte hade förberedd med kondom och heller inte ett sätt att ta mig ur situationen.”

kvinnna, 28 år

”Jag hade sex på första dejten och blev kallad slampa. Visst det var på skoj, men det är inte okay.”

kvinnna, 19år

”Som frågan på frågan om HIV smittar via kyssar, så är detta fortfarande osäkert och med maximal otur så kan det ju faktiskt smitta så.”

kvinnna, 25 år

Även här kan vi inte se att någon annan bakgrundsvariabel än kön framträder vad gäller de som kommenterat på detta tema. Kvinnorna är här fler än männen.

Möte med övriga Mottagningar

Nu ska vi titta på ett fjärde tema som vi finner i fritextsvaren. Det finns 36 kommentarer, varav en av ungdom, som handlar om Möte med övriga Mottagningar. Här efterfrågar respondenterna insatser vid övriga mottagningar exempelvis vårdcentraler, könsmottagningar, STD-mottagningar och så vidare. Beskrivningarna belyser ett ifrågasättande vid önskan om testning, i synnerhet HIV-test, begränsade öppettider och tillgänglighet till provtagning i förhållande till ålder. Det finns brister på bra bemötande och serviceinriktning vid dessa platser, anser respondenterna och somliga vet inte var de ska vända sig för testning.

”Det är svårt att veta var man ska vända sig om man är mellan över typ 22 år.”

kvinnna, 24 år

”Att t.ex. ha fått klamydia idag gör att man får en stämpel av vårdpersonal [...] och allt för ofta är det kvinnor som lever i sin relation med sin man som skall försöka sig på att förstå mitt sexuella liv.”

man, 21 år

Det är dubbelt så många kvinnor som kommenterat än män under detta tema. De allra flesta bor också i Göteborg med kranskommuner. Två tredjedelar uppger sig vara heterosexuella och en tredjedel homo- eller bisexuella.

Möte med Ungdomsmottagningar

Vi hittar 31 stycken fritexter som handlar om ungdomsmottagningar och tio av dem är skrivna av ungdomar. Kommentarererna som respondenterna har när det gäller Möte med Ungdomsmottagningar belyser ett ifrågasättande av personalen vid önskan om testning, i synnerhet hivstest. Ungdomsmottagningarna har begränsade öppettider, anser de. Respondenterna har önskan om ett större utåtriktat arbete såsom informationsspridning och ett mer uppsökande arbete från ungdomsmottagningarnas sida, att de ska synas mer utåt. Det finns också kommentarer som pekar på att personalen ska bygga relationer till de som besöker ungdomsmottagningen och arbeta långsiktigt.

”Jag tycker ungdomsmottagningar kan åka ut till skolor och hålla föredrag/informationsutdelning oftare.”
man, 16 år

”[...] ungdomsmottagningar borde vara mer lätt tillgängliga så att man kan få tag i dem när det behövs.”
kvinna, 20 år

”Bättre öppettider på ungdomsmottagningar med ett trevligare och mer respektfullt bemötande från mottagningens sida.”
kvinna, 21 år

Vi ser även här att kvinnor, homo- eller bisexuella samt boende i Göteborg med kranskommuner i högre utsträckning har kommenterat i detta tema i förhållande till fördelningen i hela VG-regionen.

Samhällsklimat

Temat Samhällsklimat är 26 stycken kommentarer, varav sex gjorda av ungdomar, om vilket samhällsklimat som råder gällande sexualitet och sexuell hälsa. Det är fler män än kvinnor som kommenterat i det här temat och fler homo- eller bisexuella än i datamaterialet i övrigt. Respondenterna beskriver en syn på sexualitet som ett tabubelagt ämne som är svårt att tala om, genant och ”farligt”. Detta i en kontrast mot medias bild av sex som säljer, behovet av att bli av med oskulden och ”sexsamhället”. Därtill tillkommer en beskrivning av samhällets hantering av sexualitet som mer klinisk än socialt där normer hamnar på efterkälken.

”Jag är sjukt trött på att sex, könsorgan, naken hud etc. ska vara så jäkla socialt laddat. Jag är trött på ett samhälle där man kan köpa lösgodispistoler utan att nån blinkar, men om det råkar vara en godisfitta, då "rasar" föräldrarna. När ska vi få lära oss att sex är en helt naturlig del av livet och inte någonting förbjudet som man inte pratar om?”
man, 24 år

Kunskapsöversikt

I det här avsnittet av uppsatsen presenteras för läsaren en kunskapsöversikt som visar vad, och hur, den internationella forskningen publicerar om ungdomar och sexualitet, inom området kunskap, attityd eller prevention. En fördjupad urvalsbeskrivning finns i uppsatsens metodavsnitt som beskriver hur de 288 slutliga träffarna har kvalificerats in i kunskapsöversikten och hur vi vidare har arbetat för att få fram detta resultat. Detta har vi gjort för att kunna fördjupa oss i våra frågeställningar.

Ett antal olika områden inom sexuell hälsa utläser vi i det slutgiltiga urvalet: *utvärderingar av olika preventionsprogram, hur skolundervisningen bör utformas, hur det preventiva arbetet med STI/hiv bör utformas, skyddsfaktorer och riskfaktorer* och slutligen *sexuell identitet attityd och beteende*. Indelningen är inte på något vis självklar då flera artiklar behandlar olika områden och ska därför inte heller ses som definitiv, utan vi vill presentera för läsaren en överskådlig kunskapsöversikt. Nedan beskriver vi vilka teman vi funnit, vad de beskriver/deras huvudsakliga resultat, redovisa om forskningsvärlden verkar ha en likvärdig syn eller om den består av två eller flera pooler. Ett urval av artiklar får agera som exempel på sitt ämnesområde.

Utvärderingar av olika preventionsprogram

Detta ämnesområde fylls av 42 stycken olika artiklar som rör utvärderingar av olika utförda preventionsprogram. Det finns fyra artiklar här som behandlar ämnet peer to peer. Vidare finns det nio träffar som berör sexuell avhållsamhet och åtta som handlar om preventionsprogram riktade mot föräldrar eller familjen. Slutligen finns ett antal artiklar om olika former av utvärderingar som riktar sig till olika målgrupper, såsom någon definierad riskgrupp. Mångfalden av olika preventionsprogram är intressant då den kan ge en fingervisning om vilka program som utövas internationellt.

Mason-Jones m.fl. (2011) skriver i sin artikel om peer- to peer, det vill säga att de som undervisar ska vara jämnåriga med de som blir undervisade. Författarna menar att metoden är populär men att de i sin utvärdering inte finner någon signifikant skillnad mellan interventionsgruppen och kontrollgruppen när det gäller sexualdebut eller kondom användning vid senaste samlaget och att programmetoden alltså saknar effekt (Mason-Jones m.fl. 2011). O'Grady m.fl. (2009) menar däremot i sin studie att peer- to peer ökar preventivt beteende bland ungdomar exempelvis genom att ha kondomer tillgängligt.

I Maticka-Tyndale och Barnetts (2010a) översikt av 24 studier utvärderas peer- to peer program där målet är att reducera sexuellt riskbeteende bland unga. Författarna menar att "[...] these programs have demonstrated success in effecting positive change in knowledge and condom use and have demonstrated some success in changing community attitudes and norms." (Maticka-Tyndale och Barnett, 2010a:98). Vidare beskrivs i artikeln att metoden inte har lika god effekt på primär eller sekundär avhållsamhet eller antalet sexpartners. Metoden kanske kan senarelägga vissa ungdomars sexuella debutålder men peer- to peer program påverkar troligtvis inte beteendet bland de unga som redan är sexuellt aktiva, menar författarna. Sammanfattningsvis så påpekar Maticka-Tyndale och Barnett (2010a) att denna form av intervention kanske inte har bästa effekt på ungas sexuella beteende men visar på positiva förändringar när det gäller hiv- prevention i form av ökad kunskap, samhälleliga normer och användandet av kondomer.

I USA finansieras sedan 1990-talet preventionsprogram som har utgångspunkt i avhållsamhet i sin undervisning av staten (Harris och Allgood, 2009; Comprehensive Sex Education: Research and Results, 2009). I det här sammanhanget betonar det preventiva arbetet att sex är ett stort beslut, avhållsamhet är det mest hälsosamma valet och att sexuellt aktiva tonåringar ska använda kondom samt testa sig för sexuellt överförbara sjukdomar (Davis, 2009).

Gibbs m.fl. (2010) beskriver ett projekt i Sydafrika som misslyckades och beskriver svårigheterna med att program eller projekt i verkligheten och att få önskade resultat. Författarna beskriver Entabeni-projektet som trångsynt i sin undervisning i total avhållsamhet från sex, vilket inte intresserade unga som var sexuellt aktiva, utan förstärkte synen av att vuxna förnekar ungas sexualitet och avfärdade en dialog mellan unga och vuxna i projektet.

Att rikta det preventiva arbetet mot familjer eller föräldrar till ungdomar är något som förekommer i stor utsträckning i artikelträffarna. Elliot (2010) skriver i sin artikel att “[...] many parents promote abstinence because they hope it will keep their children safe and safeguard their futures.” (Elliot, 2010:239). Författarens analys grundar sig på ett antal intervjuer med föräldrar vilka snarare lär ut avhållsamhet till sina barn för att det främjar fysisk, psykisk och finansiellt välmående snarare än att det skulle vara av moraliska aspekter (Elliot, 2010). Dilorio (2011) menar att preventionsprogram till mödrar som ökar kunskapen om hiv gör att de uppmuntrar sina ungdomar till ett beteende som minskar risken att bli smittad av hiv. Campero (2011) beskriver i sin artikel att interventioner som fokuserar på föräldrar till ungdomar kan vara ett sätt som effektivt stärker ungdomars sexuella hälsa. Vidare menar Messam m.fl. (2010) att resultatet i deras studie av ett hiv- preventionsprogram för hemlösa familjer att programmet ökar kommunikationen i familjen, föräldrars övervakning av ungdomarna samt minskar föräldrars depressiva symptom. Även databaserat preventionsprogram som riktar sig till ungdomarnas föräldrar ökar kommunikationen om sex, menar Villarruel m.fl. (2010). Detta, menar författarna, då det gynnar både föräldrarna och ungdomarna i ett arbete för sexuell hälsa.

Slutligen så finns det ett flertal utmärkande preventionsprogram. Borawski m.fl. (2009) beskriver ett preventionsprogram där deltagarna efter interventionen hade en ökad kunskap om hiv, STI, kondomer men ingen effekt på sexuellt initiativtagande, antal samlag eller kondomanvändning. Författarna Han m.fl. (2011) förespråkar program i skolan för flickor och äldre tonåringar för att öka testning av klamydia och gonorré då det var de som i studien hade mest förekomst av sjukdomarna. Killoran och McCormick (2010) menar att de bästa bevisen finns för att enskilda samtal är effektivt för att förebygga sexuellt riskbeteende bland unga. Trivedi m.fl. (2009) säger att det finns ett kunskapsglapp när det gäller unga män och unga pappor och att de preventionsprogram som riktar sig till den målgruppen är problematiska då de har en stereotyp bild av unga män. Författarna efterfrågar utveckling inom det preventiva arbetet för målgruppen unga män.

Skolundervisningens utformning

Här har vi funnit 43 artiklar som handlar om sex- och samlevnadsundervisningen, sexuell hälsa, prevention inom skolans värld. Tio stycken av dem handlar helt eller delvis om vem som bör undervisa. Sedan berör 30 artiklar vad undervisningen bör innehålla och på vilket sätt detta kan läras ut, olika metodresonemang, för att de som undervisas ska ta till sig informationen bra. Här finner vi också diskussioner som rör moral, det vill säga hur en sexualundervisning kan vara moraliskt ”okej”. Slutligen så finns tre artiklar som har ett teoretisk angreppssätt kring sexualundervisningen i skolan. Vad vi finner här är artiklar som handlar om olika metoder att undervisa inom skolans värld om sex- samlevnad men ingen om hur en klassisk undervisning fungerar eller inte fungerar. Här vänder sig forskningen i ganska stor utsträckning till de unga själva för att fråga dem vad de vill veta. Det förs också resonemang kring avhållsamhet, huruvida den undervisningen är bra eller inte och här lyser de ungas åsikter med sin frånvaro i artiklarna.

”Asking teens themselves about their relationships affords researchers the ability to inform prevention programming and education by presenting relevant material that is salient and impactful and uses terminology they are familiar with.”

(Adams och Williams, 2011:1875)

I de studier som innefattar ämnet vem som bör undervisa i sex- och samlevnad återkommer en efterfrågan från ungdomar att undervisningen ska vara som kallas peer to peer. Med detta menas att undervisaren ska vara jämnårig. Allen (2009) menar att detta är det mest efterfrågade bland ungdomarna men att det framförallt är specifika ”kvaliteter” hos undervisaren snarare än vem som genomför undervisningen. En annan uppmärksam vinkel är att undervisare i sex- och samlevnad har själva en väldigt varierande grad av utbildning och förberedelse i ämnet (Fisher m.fl. 2010). Här menar man att lärarnas är i behov av mer undervisning själva, något som skulle stärka metoderna i sexualundervisningen (Eisenberg m.fl. 2010) och att lärarstudenter efterfrågar mer djup, bredd och ärlighet i sin egen utbildning som både ökar självförtroendet att undervisa och kompetensen i ämnet (Klein och Breck, 2010). Detta är också något som förespråkas av Levine och Austin (2010) när det gäller utbildning av hälsopersonal för att förbättra deras förmåga att kommunicera information om sexuell hälsa.

Adams och Williams (2011) skriver att tonåringarna i deras studie efterfrågar mer information av sina föräldrar om relationer, känslor och av sina lärare om fysiska begär. Men somliga respondenter i författarnas studie uppger att deras föräldrar förminskade deras romantiska erfarenheter, att föräldrarna inte brydde sig eller rent av bortsåg från ämnet. Då får läraren en extra viktig roll. De mest framträdande ämnena som ungdomarna i studien efterfrågade var känslomässiga och relationella behov, följt av fysiska och interpersonella behov. Med känslomässiga behov beskrivs att tonåringarna önskat sig varit mer förberedda på att relationer kan vara en känslomässig berg- och dalbana, exempelvis att det gör ont att göra slut. När det gäller relationer så ville de veta mer om hur kvinnors och mäns beteende skiljer sig åt. En romantisk relation kan påverka relationer med vänner och familj negativt, och hur man kommunicerar med sin partner om sex.

När det gäller fysiska behov så menas mer information om graviditeter, samlag och mer kunskap om sina kroppar (Adams och Williams, 2011). Respondenterna i Mkumbo:s (2010) studie visar på att efterfrågan av ämnen i undervisningen rör attityder och värderingar, fakta och information och relationer. I en annan studie efterfrågas information om hur barn blir gjorda, hur man bäst pratar om sex, hur man sätter på en kondom och när man är fysiskt och psykiskt redo för sex (O'Higgins och Gabhainn, 2010).

Connell (2008) menar att ”health-risk-morality paradigm” är det som styr sex- och samlevnadsundervisningen där avhållsamhet är det som ses som det bra och hälsosamma valet. Detta skapar ångest bland unga elever som är sexuellt aktiva, en ångest som följer med in i vuxenlivet. Författaren för in en moralisk aspekt på sexualundervisningen. Fisher (2009) visar på samma problematik att skuld påläggs homo- och bisexuella män. Elia (2010) lyfter upp aspekter på hur sex- och samlevnadsundervisningen ska bli mer inkluderande för HBTQ- studenter. Hogben m.fl. (2010) har i sin studie jämfört frekvensen av sexuellt överförbara sjukdomar med i vilken grad sex- och samlevnadsundervisningen lärde ut avhållsamhet. Där de endast undervisade avhållsamhet som säkert, och moraliskt rätt, sätt hade den högsta frekvensen av STI bland ungdomarna i undersökningen. Författarna drar slutsatsen att undervisningen om avhållsamhet inte har effekt på STI. Ett annat perspektiv på vad sex- och samlevnadsundervisningen bör innehålla framförs av Gabzdyl (2010) som menar att om ungdomar känner hopp inför framtiden och om samhället stöder dem i att vara socialt och medborgerligt aktiva så minskar ett sexuellt risktagande. Detta då ungdomarna känner att de har alternativ och möjligheter i livet vilket kan öka deras motivation att förebygga graviditeter. Sex- och samlevnadsundervisningen är av större betydelse för män än för kvinnor, menar Kontula (2010), då prestera bra i skolan generellt var en indikator på goda sexualkunskaper bland kvinnorna än antalet lektionstimmar av sexualkunskap.

Kontula (2010) diskuterar vidare metoder som ökar sexualkunskapen bland eleverna såsom rollspel, presentationer och peer to peer. Teater som metod anses även vara bra i sexualundervisningen då det skapar ett intresse för ämnet bland eleverna (Ponzetti m.fl. 2009). Att använda sig av fria associationer som metod skapar utrymme för att utveckla sexualitet från tanke till praktisk erfarenhet, menar Casemore (2010). Vad som även kan användas som metod är spelet "Name that Contraceptive" anser författaren Rosenthal (2010) är en undervisningsform som hjälper eleverna att lära sig olika sorters preventivmedel.

Jayasuriya och Dennick (2011) diskuterar vilken teoretisk grund sex- och samlevnadsundervisningen bör grunda sig på i utbildningen av medicinstudenter. De menar att det krävs av undervisningen att den ger verktyg till studenten att ha med sig i sina kommande verksamheter att samtala om sexualitet med sin patient. Om man har en strategi som sätter lärandet i centrum med en konstruktivistisk pedagogik kan man hantera sexualitet som ämne med sina patienter. Nsubuga och Bonnet (2010) beskriver att undervisningen om hiv i skolorna ska ha ett perspektiv om mänskliga rättigheter. Dessutom ska den vara anpassad efter den specifika kulturen där undervisningen utförs, föräldrar ska informeras och lärarna i skolan är de mest centrala för att skapa en effektiv undervisning om hiv. Miller och Lucal (2009) studieresultat är att teorier om genus bör inkluderas mer i skolundervisningen för att utveckla den. En studie om vilka sexuella script som finns bland kvinnor i tonåren visar ett flertal script som utmanar sex- och samlevnadsundervisningen, däribland romantiska script, lust-script, erfarenhetssökande script och känslgrundande script (Suvivuo m.fl. 2010).

Hur det preventiva arbetet med STI/hiv bör utformas

Vi har funnit 39 artiklar som behandlar prevention. Ur ett internationellt perspektiv verkar det främsta målet vara att få ungdomar och unga vuxna att använda kondom. Studier har, bokstavligen talat, vänt ut och in på kondomen, varför eller varför inte målgruppen använder den, vilka faktorer påverkar beslutet och hur samhället på bästa sätt kan arbetat preventivt med att öka kunskapen om hur man kan skydda sig mot oönskade graviditeter och STI/hiv. Detta handlar 12 artiklar om. Vad som hänger nära samman med detta är artiklar som diskuterar prevention i ett vidare begrepp, mer specifikt för frågeställningarna i vår uppsats, om hur det preventiva arbetet kring STI/hiv bör utformas för att nå ut med sitt budskap, om detta handlar 17 artiklar helt eller delvis om i vårt resultat. I övrigt behandlar de utvalda artiklarna mer specifika problematiseringar för att förbättra preventionen av STI/hiv och internet som kunskapskälla.

För att börja med artiklar som rör kondombruk så menar Alvarez och Garcia-Marques (2011) i sin studie att universitetsstudenter har en negativ bild av kondomen som oromantisk. Män som icke-verbalt påpekar önskemål om att använda kondom uppfattas som mindre romantiska än andra. Författarna uppmuntrar kvinnor att föreslå användandet av kondom, något som visar öka chanserna för att den används under samlaget. Bontempi m.fl. (2009) säger att trots kampanjer vid universitetens campus så har, främst kvinnor, oskyddade samlag något som även gällde kvinnor som tidigare testats positiv för någon sexuellt överförbar sjukdom. De menar att arbetet med sexuell hälsa vid universitetens campus bör rikta sig mot en beteendeändring och den upplevda risken, alltså en form av riskbedömning. Alkohol- eller drogbruk, vilken inställning man har till kondomanvändning och självförtroende att våga använda kondom ses som tre viktiga faktorer vilka påverkar om man skyddar sig eller inte (Khumsaen och Gary, 2009).

Vi ska titta lite närmare på Træen och Gravningens (2011) artikel. Författarna undersöker bruket och icke-bruket av kondomer bland unga heterosexuella män i Norge. Efter analys kommer de fram till att motivet till att inte använda kondom var 'Fear of Suspicion' och 'Mutual Trust'; att man var rädd för att bli misstänkt för att sprida en sexuellt överförbar sjukdom om man önskade kondom, eller så kände man tillit till sin partner och av den anledningen ansågs inte kondom var nödvändig.

Det vanligaste motivet att inte använda kondom var att paret använde annat skydd, inte hade någon att tillgå, oförberett samlag, inte lika skönt med eller var inte orolig för STI (Træen och Gravningens 2011).

”From an STI preventive healthcare perspective, rather than targeting the individual through condom campaigns, it could be more beneficial to increase the availability of free condoms in public arenas where young adults socialize and meet their partners. It is likely that the presence of condoms would also send a signal to young adults that STI is an issue to consider even in a romantic context, and thereby perhaps increase the probability of actual condom use.” (Træen och Gravningen, 2011:210f.)

Det finns svårigheter i att jämföra resultat från forskning kring STI/hiv-prevention, menar Træen och Gravningen (2011). Detta då det råder stor skillnad i hur man väljer att skydda sig. Norra Europa har stor andel som skyddar sig med p-piller, hälften av kvinnorna, medan kondomen används i mindre utsträckning. I andra delar som södra Europa men också USA använder en mindre andel p-piller men i högre utsträckning kondomer. Detta är av betydelse i sammanställning av internationell forskning, menar författarna.

Det är interventioner som ökar tillgängligheten av kondomer tillsammans med komponenter på individ-, grupp och samhällsnivå som påverkar användandet av kondomer. Detta menar Charania m.fl. (2011) och föreslår att preventionen bör grunda sig i en distribution av kondomer utifrån en strukturell interventionsnivå. O'Sullivan m.fl. (2010) menar att preventionen bör arbeta med att utmana unga att minska sitt riskbeteende genom att de ska erkänna att de utsätter sig för just en risk.

I en studie med 733 deltagande HBTQ-ungdomar är det främsta önskemålet att av professionella bli respekterade och behandlade på samma vis som andra ungdomar. I fokus låg också önskan om att preventionen i första hand ska handla om välmående och hälsopromotion framför hälsorisker. Det som deltagarna såg som minst betydelsefullt var de professionellas kön och sexuell läggning (Hoffman m.fl. 2009). Att personal inom preventivt arbete ska vara ung är det som lägst prioriteras medan det mest önskvärda är att servicen ska finnas nära hemmet och man ska kunna känna sig privat, menar Jerome m.fl. (2009). I Tolman och McClellands (2011) forskningsöversikt framställs positiva dimensioner av sexualitet som en utveckling i rätt riktning tillsammans med ett riskperspektiv. Författarna menar också att man bör frångå ett ”antingen-eller”-perspektiv och i stället uppdatera forskningsfältet kring ungdomar och sexualitet mot ett ”både-och” perspektiv, att både prata positiv och negativa saker. Silvestri och Bonis (2009) beskriver gruppen 18–24-åringar som ledarna av morgondagen. Studien visade att det fanns ett signifikant samband mellan upplevd livskvalité och självskattad hälsa. Deras studie visar att college studenter i USA har en sämre hälsa än sina jämnåriga yrkesarbetare och att det preventiva hälsoarbetet bör vara medvetna om denna skillnad mellan grupperna.

Jones och Biddlecom (2011) menar att internet inte fyller en bra funktion för att arbeta med STI/hiv-prevention. Detta då ungdomarna i deras studie inte ser internet som en trovärdig källa utan i stället har mer förtroende för skolan, familjen och i viss mån vännerna ses som pålitliga källor. Vad som uppfattades som trovärdiga källor i Lu:s (2009) studie var lärare, vänner teve, tidningar och magasin. Även Bull m.fl. (2009) drar slutsatsen att internetbaserade interventioner inte har någon effekt på i deras RCT-studie på 18–24-åringars användning av kondom.

Sexuell identitet är inte det samma som sexuella handlingar, menar Kott (2011) och bör inte heller styra det preventiva arbetet med STI bland ungdomar. Studien som artikeln grundar sig på visar att 40 procent av de sexuellt erfarna tonåringarna som haft partners av båda könen eller med kvinna och man betraktar sig som heterosexuella.

Därför bör preventionen fokusera på antalet sexpartners, av vilket kön de är, det sexuella beteendet och de risker tonåringarna utsätter sig för. En annan författare som talar om risk i samband med prevention är Cook (2009) som menar att man ska ha riktat preventionsarbete mot de som bedöms befinna sig i en högriskgrupp. Detta då strukturella faktorer tillsammans med individuella och interpersonella faktorer måste tas hänsyn till för att förstå ungdomars utövande av säkrare sex.

Skyddsfaktorer och riskfaktorer

Det är 96 artiklar som på olika sätt angriper ämnet ungdomar och unga vuxna utifrån att försöka predicera vem som riskerar att utveckla ett sexuellt riskbeteende eller utsätts för risk. Det kan också ses vara traditionellt angreppssätt inom forskningen, att finna vad som kan tolkas som en skyddsfaktor eller en riskfaktor för att bygga ett preventivt arbete utifrån dessa definitioner. Detta resultat har uppkommit utan att vi specifikt har gjort någon sökning av begreppet ”risk” i databaserna. Den största delen, 25 stycken av artiklarna, behandlar familjen och familjerelationer. Detta antingen som en skyddande faktor eller som en riskfaktor att ungdomen har eller skapar ett sexuellt riskbeteende. I samband med familjerelationer har några artiklar också undersökt jämnåriga och deras påverkan på varandra, detta ämne berör 11 artiklar helt eller delvis. Vidare så är 11 artiklar om bruk av alkohol eller droger och om det är en indikator på om ungdomar har ett sexuellt riskbeteende eller ej. Ett annat specifikt ämne som utmärker sig i urvalet av artiklar är ”hookups”, om tillfälliga sexuella kontakter och vad det ger för konsekvenser för att ha ett sexuellt riskbeteende. Om detta handlar sex artiklar. Slutligen behandlar vi 24 artiklar som diskuterar andra riskfaktorer. Vad vi saknar i artiklarnas sammanfattning, men också de utvalda artiklarna som lästs i sin helhet, är definitionen av vad författarna menar med sexuellt riskbeteende. Detta utöver definitionen att ett sexuellt riskbeteende sprider STI och hiv. Däremot definieras andra risker i materialet.

I dryga tjugotalet av artiklarna behandlas familjen och föräldrarna och studier har gjorts över hur relationen mellan dem och ungdomarna påverkar sexuellt risktagande hos ungdomarna. Coley m.fl. (2009) menar att familjeaktiviteter har en skyddande påverkan på ungdomarna i familjen. Detta då mer engagerade föräldrar, och framförallt pappor, minskar ungdomars sexuella risktagande. Även Murry m.fl. (2011) styrker i sin studie att föräldrar har en skyddande effekt för att minska ungdomars riskbeteende generellt och STI/hiv specifikt. Ballam och Granello (2011) pekar på föräldrars och lärares betydelse i att korrigerar bilden media ger av sex och sexualitet och att genom en öppen dialog med unga påverka deras beteende. Tonåringar som diskuterar kondomer med sina föräldrar använde i högre utsträckning kondom vid senaste samlaget visar en studie och drar slutsatsen att kommunikation om kondomer kan främja ett mer säkert sexuellt beteende bland ungdomar (Hadley m.fl. 2009). Men det är inte så enkelt som det verkar, menar Jerman och Constantine (2010) i sin studie som visar att två tredjedelar av föräldrarna som hade erfarenhet av att prata om sex med sin tonåring ansåg att det fanns svårigheter och att det blev pinsamt. Författarna menar vidare att resultatet visar på behov av att stöd och kunskap bör ges till alla föräldrar, oavsett ålder eller sociodemografiska faktorer. Saftner m.fl. (2011) beskriver att ungdomar som har positiva familjerelationer och relationer med jämnåriga i mindre grad rapporterade ett riskbeteende än de med dåliga familjerelationer och kompisrelationer. Även en studie gjord av Wetherhill m.fl. (2010) visar på samma resultat.

Kao m.fl. (2010) menar att interventioner bör fokusera på ungdomarnas mammor, deras anknytning till sitt barn och ungdomens uppfattningar om mammans sexuella förväntningar för att senarelägga ungdomars initiativ till sex. Det är mammorna som står för den primära hemmaundervisningen om sexualitet till sina barn, säger Hutchinson och Cederbaum (2011) men även papporna har en viktig roll och kan senarelägga sexualdebuten bland sina döttrar och minska antalet samlag. Mammor har en signifikant roll i ungdomens val av tidpunkt för sexualdebuten. De som debuterat tidigt, 15 år, upp gav signifikant sämre relation med sina mammor än andra ungdomar (Price och Hyde, 2011).

Men Longmore m.fl. (2009) lyfter i sin studie fram att interventioner riktade mot föräldrarna, föräldraomsorgen, att de är oense om dating och att föräldrarna anser att ungdomen ska vänta med sex är signifikanta prediktorer för att ungdomar tar initiativ till sexuell aktivitet. Kaye m.fl. (2009) ifrågasätter antagandet att ha föräldrar som är gifta med varandra skulle vara en skyddsfaktor från att ungdomar har ett sexuellt risktagande beteende. De menar snarare att det är större betydelse hur relationen ser ut mellan ungdomen och sina föräldrar snarare än hur relationen ser ut föräldrarna sinsemellan.

Rouvier m.fl. (2011) beskriver svårigheter hos religiösa föräldrar att acceptera att deras barn är sexuellt aktiva och att ett preventivt arbete måste ta hänsyn även till moraliska värdena inuti en familj samtidigt som man ger korrekt kunskap om preventivmedel. Elkington m.fl. (2011) har i sin studie av afro-amerikanska unga undersökt föräldrar och jämnåriga som antingen en riskfaktor (bruk av substanser, kriminellt beteende eller familjekonflikter) eller skyddsfaktor (stöd, socialt beteende, delaktig familj eller föräldrasupport) då det gäller användande av kondom och bruk av alkohol eller marijuana. Studiens resultat visar på att föräldrar och jämnåriga som en riskfaktor hade ett starkt samband med bruk av alkohol eller marijuana i nedre tonåren medan de som en skyddsfaktor hade samband med användande av kondomer.

Om vi i stora ordalag främst ser familjen som en skyddsfaktor för att unga ska hänge sig åt sex på ett säkert sätt finns det även andra perspektiv på andra skyddande faktorer i vårt material av träffar. Corbin m.fl. (2009) undersökte samband olika dimensioner av andlighet och hiv-relaterade riskfaktorer. De kommer fram till att de som ber ofta har en minskad risk att bli smittad av HIV då det har ett högre självförtroende rörande HIV och de som har en positiv världsbild har ofta normer som är positiva till säkert sex. En studie undersöker det sexuella beteendet bland studenter vid ett konservativt universitet som är anknuten till kyrkan där man anser att individer inte ska ha sex före äktenskapet (Helm m.fl. 2009). Resultatet visar att eleverna vid universitetet deltar i alla typer av sexuella aktiviteter men i en lägre grad än andra och författarna drar då slutsatsen att religiös tro och värdering kan ha framgång i att minska graden av sexuella aktiviteter.

Greaves m.fl. (2009) gör en enkätstudie om kunskaper om klamydia och sexuellt beteende bland ett urval av universitetsstudenter. Deras slutsats visar att det inte finns något samband mellan graden av kunskap om klamydia och sexuellt riskbeteende.

Flertalet studier undersöker eventuella samband mellan sexuellt riskbeteende och bruk eller missbruk av alkohol eller droger. Caldeira m.fl. (2009) har gjort en studie bland 17–20 åringar där de frågade om sexuellt beteende och alkohol- och drogbruk. Resultatet visade att sex i berusat tillstånd förutsåg sex utan kondom och många sexpartners. Collegestudenter som dricker mycket eller har många sexpartners är inte konsekventa i användande av kondomer och det preventiva arbetet bör syfta till att uppmuntra alla att alltid använda kondom vid samlag (Certain m.fl. 2009).

Ett tredje perspektiv som lyfts fram är vad som kallas för ”hookups” alltså samlag mellan personer som inte har eller förväntar sig en romantisk relation. Konsekvenserna av detta beteende bland ungdomar är något som Fielder och Carey (2010) studerat och deras resultat visar att ett hookup-beteende bland collegestudenter ger psykisk smärta för kvinnor men inte för män. Även Owen m.fl. (2010) menar att män i större utsträckning får en positiv känslomässig erfarenhet än kvinnor som haft tillfälliga sexuella kontakter. Owen m.fl. (2011) har gjort en korttidsstudie på just beteendet hookup där de fann att de som vid första tidpunkten upplevde sig vara ensamma och deprimerade upplevde vid andra tidpunkten fyra månader senare både mindre deprimerade och ensamma om de hade haft en hookup. De som däremot inte känt sig i samma grad ensamma eller deprimerade vid första tidpunkten och sedan haft en hookup inom de kommande fyra månaderna kände sig däremot i högre grad både ensamma och deprimerade än de som inte haft en hookup.

Littleton m.fl. (2009) undersökte skillnaden mellan ungdomarnas script om våldtäkt och hookup och kommer fram till att script om hookup inte inkluderade möjligheter om sexuellt utnyttjande.

Det finns andra faktorer som studerats. Bland annat så har åldersskillnader mellan sexpartnerna ett samband med antalet sexpartners, användandet av kondom och högre sexuellt riskbeteende (Bauermeister m.fl. 2009). Ashcraft (2009) menar att läskunnighet och sexualitet har ett intimt samband. I en engelsk studie visar Bell (2009) på att förlägenhet är en nyckelfaktor för sexuellt riskbeteende bland unga. Det skapar en barriär till att använda kondom, menar författaren, då det finns risk att bli förödmjukad. Detta måste också tas större hänsyn till inom det preventiva arbetet samt i vilken social kontext unga utövar sin sexualitet. Det råder ett signifikant samband mellan dejtingvåld eller tvingad till samlag och ett sexuellt risktagande, definierat som ålder vid första samlaget, kondom användande och antalet sexpartners (Alleyne m.fl. 2011). Är ungdomen en man, har en ung mamma, negativ press från jämnåriga, levde inte med båda föräldrarna i tidiga tonåren och har en fallenhet för att utsätta sig för risker så är högre risk att ungdomen har ett sexuellt riskbeteende (Moilanen m.fl. 2010).

Kunskaper, attityder, beteenden och sexuell identitet

Vi har funnit 68 artikelträffar som har en större bredd i sitt innehåll än tidigare indelningar som vi gjort i kunskapsöversikten. Av artiklarna berör åtta stycken vilken kunskap ungdomar har om sexrelaterade ämnen och 16 stycken artiklar undersöker ungdomars sexuella beteenden. Sedan finner vi 16 studier som gjorts som handlar om ungdomars attityder, främst då kring sexuell läggning. Ungefär åtta träffar i vårt material handlar om ungdomars konsumtion av och attityder kring pornografi, internet och medias roll samt en sexkultur som råder i samhället, alltså vilka sexuella script som råder och den påverkan det har på de ungdomar som lever i den. Slutligen berör tio artiklar sexuell identitet och sexualitet.

Akers m.fl. (2010) har i en studie undersökt ungas åsikter om rollen som samhällets hiv-institutioner har. De vänder sig till afro-amerikaner mellan 16–24 år vilka identifierar fyra primära organ som arbetar preventivt med HIV-frågor, religiösa organisationer, skolor, politiker och hälsoorganisationer. Respondenterna anser att religiösa organisationer brister i sitt engagemang, skolundervisningen är begränsad till undervisning om avhållsamhet, politikernas ointresse i att besluta kring hivfrågor och otillräcklig service från hälsoorganisationer.

Även studier som undersöker ungdomars sexuella beteenden finns beskrivet i materialet. Utifrån metoden information-motivation-beteende undersöker författarna Bazargan m.fl. (2010) prediktorer för sexuellt riskbeteende bland ungdomar. Resultatet visar att ju äldre ungdomen är och en attityd mot sexuell aktivitet hade ett signifikant påverkan på sexuellt riskbeteende. Författarna menar att preventivt arbete bör ha ett fokus på att främja färdigheter i beteende för att minska en negativ påverkan av jämnåriga och negativa normer. Ross och Bowen (2010) undersöker påståendet att en känd partner är en säker partner och hur det påverkar collegestudenters sexuella beslut. Författarna kommer fram till att studenterna uppfattar sitt eget agerande som säkert och menar att det preventiva arbetet bör fokusera på att få studenterna att vilja ha säkert sex framför att välja att undvika ett riskbeteende.

Negativa attityder, menar Evans (2009) kan resultera i en öppen diskriminering av andra. Författaren syftar då till heterosexuellas attityder kring accepterade sexuella beteende mellan en man och en kvinna kan leda till diskriminerande beteende mot de som inte passar i den normen. Vidare i studien menar författaren att kvinnor är mer tillåtande i sina attityder än män när det gäller HBT- personer. Internet kan vara ett stöd i sexualundervisningen då det ger stöd i ”komma ut”processer och är ett bra verktyg i arbetet mot homofobi, menar en studie av Mustanski m.fl. (2011).

Häggström-Nordin m.fl. (2009b) undersöker konsumtionen av och attityden till pornografi bland 17–21 åringar. Författarna menar att män hade en mer positiv attityd till pornografi än kvinnor och att det mest var män som konsumerade pornografi och att detta måste tas i åtanke vid rådgivning och sex- och samlevnadsundervisningen. Svedin m.fl. (2011) studerade frekventa brukare av pornografi, vilka hade en mer positiv attityd till pornografi, tittade på mer avancerad form av pornografi och blev oftare upphetsade av att titta än de som inte var frekventa brukare av pornografi. Högkonsumenter av pornografi däremot, menar författarna, kan ses som ett problematiskt beteende vilket bör uppmärksammas av lärare och föräldrar.

Bale (2011) skriver att ungdomars sexualitet påverkas negativt av att de exponeras av sexualiserat material i en alltmer sexualiserad kultur. Att heterosexuell dejting sker utifrån villkor som kulturella och interpersonella script skapar bekräftas i en studie av Eaton och Rose (2011). Författarna fann inte variation av dejting i någon stor utsträckning som skilde sig från de dominanta scripten (Eaton och Rose, 2011). Även Ferrero Camoletto (2011) beskriver att unga personer börjar sin sexuella karriär med att följa de rådande scripten om att män har sitt första samlag utan att ha en relation medan kvinnor har det som en del i en romantisk erfarenhet. Resultaten i en annan studie menar att en högre grad av utforskande i sexuell identitet predicerar sexuellt välmående medan sexuell orienteringsidentitet inte predicerar sexuellt välmående (Muisse m.fl. 2010).

I en enkätstudie så definierar respondenterna sin sexuella identitet utifrån traditionella begrepp. Av 2 300 studenter som svarat på enkäten uppgav 71 procent av de icke heterosexuella sig vara bisexuella eller homosexuella. Av de icke heterosexuella uppgav 13 procent att de ifrågasatte sin sexuella identitet och fem procent angav sig vara queer. Ungefär nio procent beskrev sig som ambivalenta i sin sexuella identitet eller flytande mellan olika begrepp eller motsatte sig att definiera sin sexuella identitet (Russell m.fl. 2009).

6. EN STRUKTURERAD ANALYS

Här presenteras för läsaren vår analys som utgår ifrån den kartläggning vi gjort och de två delstudier vårt resultat består av. Vi använder oss av de begrepp och perspektiv vi beskrivit i detta arbete som verktyg i vår analysering. Här utgår arbetet från uppsatsens syfte och frågeställningar och våra svar på dessa redovisas i den ordning som de är ställda. Här vill vi tydliggöra att vi utgår från den primära preventionen, då vi ser alla som utsatta för en potentiell risk i en sexuell situation. Detta medför att läsaren inte kan få svar på hur man bör tänka i det preventiva arbetet som utgår från definierade riskgrupper.

Målgruppen efterfrågar grundläggande preventiva insatser i arbetet med sexuell hälsa

De kunskaper och tillgångar som ungdomar och unga vuxna i UngKAB09 önskar tillgång till, skulle kunna tolkas som ett behov av insatser i arbetet med STI/hiv och SRHR-frågor. För att kunna urskilja vad målgruppen uttrycker för behov, går vi tillbaka och studerar våra kluster.

När vi studerar dessa kluster kan vi se att det som främst efterfrågas av ungdomar och unga vuxna, 70 procent, är *grundläggande preventiva insatser* i form av lättillgängliga mottagningar, kondomutdelning på offentliga platser, samt information på internet om STI/hiv. Samtidigt som Smittskyddsinstitutet varje år redovisar en ökning av klamydia och andra sexuellt överförbara sjukdomar, så efterfrågar ungdomar och unga vuxna grundläggande preventiva insatser. Vi tolkar att det någonstans finns ett problem i det preventiva och hälsofrämjande arbetet med STI/hiv och SRHR-frågor. Vi kan här konstatera ett huvudproblem. Om vi studerar de tre efterföljande klustren, där de två första efterfrågas av mer än hälften av respondenterna och det sista av en tredjedel, kan vi tolka dessa som innehållet i de grundläggande preventiva insatserna. Dessa rör sig om efterfrågade *kunskaper om STI/hiv och säkrare sex, relationskunskap* och *samtalsinsatser*. Vi tolkar detta som en konsekvens av huvudproblemet.

Grundläggande preventiva insatser

En lättillgänglig mottagning finner respondenterna som central. Till en början kan lättillgänglig tolkas i termer som fysiskt tillgänglig, att mottagningen finns, är tillgänglig nära hemmet och därmed lätt att komma till, vilket också Jerome m.fl. (2009) kommer fram till i sin studie, anses vara det viktigaste. Tillsammans med att mottagningen upplevs som en trygg plats där man kan känna sig privat. Lättillgängligheten får i vårt resultat en betydligt vidare och innehållsrik betydelse. Respondenterna lyfter tillgängligheten som ett respektfullt och likvärdigt bemötande på de mottagningar de besöker, främst av vissa grupper. Gibbs m.fl. (2010) beskriver svårigheter att nå önskade resultat inom preventionen, att fel vald information riktad till fel målgrupp kan resultera i en känsla av att vuxna förnekar ungas sexualitet. Samt att mottagningen erbjuder ett bredare perspektiv på sexuell hälsa och sexualitet utifrån det problem respondenten söker för.

Respondenterna beskriver en begränsning hos mottagningarna. Att dessa främst fokuserar på risker med sexualitet och sexuell praktik, att förhindra och bota STI/hiv, och mindre på det lustfyllda och tillfredsställande, frågan om hur man uppnår ett välbefinnande, vilket är vad besöket på mottagningen många gånger syftar till. Respondenternas behov av detta perspektiv ges stöd av att det finns ett samband mellan upplevd livskvalité och självskattad hälsa (Silvestri och Bonis, 2009). Vi tolkar detta uttryckta behov som en efterfrågan av hälsopromotion såsom Korp (2004) beskriver det. En upplevd livskvalité kan således vara ett resultat av ett mångsidigt insatsarbete, där den sexuella hälsan och sexualiteten ses på med mångfacetterade ögon. Även andra studier lyfter denna begränsning.

Där menar de att, för att uppnå goda resultat med en ökad sexuell hälsa krävs ett ”både-och” i stället för det ”antingen-eller” perspektiv, som idag tycks råda, där sexualiteten formuleras i positiva ordalag jämsides med ett risk-perspektiv (Tolman och McClellands, 2011), samt en önskan från respondenter att prevention i första hand ska handla om välmående och hälsopromotion i första hand och hälsorisker i andra hand (Hoffman m.fl. 2009). En annan tolkning vi gör är att målgruppen efterfrågar vad WHO (2012a) definierar som sexuell hälsa, där hälsofrämjande arbete lyfts fram.

Tillgänglighet på kondomer på offentlig plats är ett annat moment som respondenterna efterfrågar. De beskriver situationer som till en början inte ses som sexuellt potentiella, men som ändå resulterar i att sex förekommer och då utan skydd på grund av att kondom inte fanns tillgängligt, eller att annat skydd används. Tillgängligheten handlar också om priset, distributionen av dom som begränsad till butiker och då på prekära platser bakom disk. Traen och Gravningen (2011) beskriver ett liknande resultat i sin studie, och framhärdar därför vikten av att kondomer finns som ett tillgängligt inslag på platser där individer träffas och därmed lyfter kondomen som ett mer självklart alternativ att tillgå. De förklarar tillsammans med andra studier (Charania m.fl. 2011) hur tillgängligheten till kondomer är en av de komponenter som ökar sannolikheten att kondomer kommer till användning. Vilket vi kan tolka är en insikt som också respondenterna kommit fram till i sin beskrivning.

Tillsammans med tillgång på kondomer, efterfrågas också information om STI/hiv och säkert sex, då på internet. Denna form av informationsspridning är omtvistad i andra studier. Jones och Biddlecon (2011) menar att internet inte är, enligt deras respondenter, en tillräckligt pålitlig källa för STI/hiv prevention. Trovärdiga källor anses istället vara vänner, familj, lärare och media (Jones och Biddlecon, 2011; Lu, 2009). Utfallet av internet som källa anses inte ge någon effekt på exempelvis kondom användande (Bull m.fl. 2009). Detta är något som ändå i stor utsträckning efterfrågas av våra respondenter. En tolkning kan vara att det brister i informationsspridning från andra källor och att internet därmed ses som ett annat alternativ. Ett annat resonemang kan vara att internet idag är en form av media i samma utsträckning som tidningar och tv ansågs som media för några år sedan, vilket i detta avseende kan göra internet till en viktig del i arbetet med sexuell hälsa.

Kunskap om STI/hiv och säkrare sex

Våra respondenter beskriver ett behov på kunskap om STI/hiv och säkrare sex som en del av det preventiva och hälsofrämjande arbetet. Denna skall vara rak, seriös och ärlig fakta, där diskussioner förs om smittorisker och smittvägar och hur man bäst skyddar sig. De beskriver hur de vill bli befriade från moralpredikan, och få möjlighet att göra självständiga och kloka val, samt att kunskapen behöver förmedlas tidigt och på rätt nivå. Vi tolkar detta som att respondenterna beskriver att arbetet med sexuell hälsa styrs av normer och förväntade handlingar kopplade till dessa. I förhållande till smittvägar talar man om en mer varierad beskrivning av sexpraktiker. Utöver innehållet på kunskapen, följer också en beskrivning på vilka metoder som anses lämpliga för denna kunskapsspridning. Internet lyfts, som tidigare nämnts, som ett alternativ. Andra väsentliga arenor är sex- och samlevnadsundervisningen. Här resonerar respondenterna över vilka som bör bedriva undervisning. Vissa anser att lärare är olämpliga och bör ersättas med externa aktörer, exempelvis RFSU eller ungdomsmottagning. I de fall undervisningen genomförs av lärare, efterlyses utbildning i ämnet som ett första steg.

Både Allen (2009) och Fisher (2010) diskuterar egenskaper hos den som undervisar i ämnet. Andra metoder som lyfts av respondenterna är peer to peer, broschyrer eller att utomstående personer med erfarenhet, exempelvis att leva med hiv, föreläser. Vi skulle kunna förstå detta som att den som förmedlar kunskapen kan hantera ämnet snarare än vem eller vilken roll denne har.

Vi tolkar detta som att respondenterna i större utsträckning beskriver brister i innehållet av denna kunskap, än ett behov av kunskap som sådan.

En tolkning av detta kan vara att målgruppen inte ser kunskapen som sådan som den viktigaste källan för att minska STI/hiv, men att innehållet och förmedlingen av kunskapen påverkar hur individen upplever sig själv och sitt beteende, vilket således kan påverka beteendet. Detta resonemang kan stödjas av resultatet som visar att graden av kunskap inte påverkar sexuellt riskbeteende (Greaves m.fl. 2009; Borawski m.fl. 2009). Däremot, när en ungdom upplever att de vuxna har förtroende för deras möjlighet att göra kloka val och ges alternativ och möjlighet för detta i livet, minskar risken för sexuellt risktagande (Gabzyl, 2010). För dessa alternativ ges exempel på innehållet i sex och samlevnadsundervisningen. Där innehåller undervisningen moment av moral och förslag på hur man bör agera sexuellt, exempelvis avhållsamhet, minskar inte förekomsten av STI/hiv, utan visar på den högsta frekvensen (Hogben m.fl. 2010). Att vända sig till ungdomarna själva och förhålla sig till deras egna önskemål om relevant material och begreppsapparat och undvika moral i kunskapsspridningen, ökar sannolikheten för att ungdomar och unga vuxnas eget beteende inte angrips som problematiskt, exempelvis sexuellt aktiva och dess varierade sexpraktiker, vilket i sin tur ökar den sexuella hälsan (Adams och Williams, 2011; Elia, 2010; Connell, 2008). Här blir kunskapsförmedlaren central i hur man kommunicerar information kring sexuell hälsa. Att den informerade aktören har en utbildning som innebär en bredd, ärlighet och ett djup ökar kompetensen och självförtroendet i sin egen undervisning, vilket ofta efterfrågas av respondenterna och anses viktigt av aktörer (Eisenberg m.fl. 2010; Klein och Breck, 2010; Levine och Austin, 2010).

Kunskap om relationer

Adams och Williams (2010) pekar i sin studie på att kunskap om känslomässig och relationsmässig karaktär, följt av fysiska och interpersonella behov, är det som främst efterfrågas av målgruppen. Likaså efterfrågas attityder, värderingar, fakta och kunskap om relationer (Mkumbo, 2010). Detta är ett mönster som också går att urskilja i vår studie. Resultatet visar ett behov av relationskunskap på flera nivåer. Dels handlar det om hur man finner någon att dela sin tid med och hur man får den relationen att fungera bra. Samt relationen till andra individer där sexualitet och sexuell hälsa blir aktuell generellt, hur man skall förhålla sig till sig själv och andra ur ett moraliskt perspektiv, vetenskapen om när en situation är okej eller behovet av gränssättning. Förståelsen för hur andra tänker, grupptryck och hur man skall förhålla sig till beteenden och normer. Här börjar respondenterna tala om rättigheten till sin egen sexuella hälsa, sexualitet och andras, vilket vi tolkar berör SRHR-frågor.

Det handlar också om relationen till sig själv, både psykiskt i form av självkänsla och självförtroende, men också relationen till vad som händer i kroppen, fysiskt och känslomässigt. Vi tolkar behovet på denna kunskap som fundamental för känslan av välbefinnande och förtroendet till sig själv och andra. Det blir således genom denna kunskap som självförtroende och självkänsla byggs upp, samt grunden för en individs beteende senare i livet. Muise m.fl. (2010) bekräftar detta då deras resultat på sexuellt välmående visar sig höra ihop med en trygg sexuell identitet där utforskande blir möjlig, jämfört med en pågående orientering i sexuell identitet där individen försöker förhålla sig till omgivningen.

Till exempel talar Bazargan m.fl. (2010) om vikten av att ett preventivt arbete bör fokusera på att främja färdigheter i beteendet hos unga för att reducera negativa normer och beteenden hos varandra senare i livet. Detta då deras resultat visar på att stigande ålder och attityder på sexuellt beteende påverkar ett sexuellt risktagande.

Negativa attityder och normer leder i stor utsträckning till en ökad risk för diskriminering och oacceptabel hållning till ett varierat sexuellt beteende (Evans, 2009). Kott (2011) å sin sida, menar att man i det preventiva arbetet med sexuell hälsa bör skilja på sexuell identitet och sexuell handling. Fokus bör ligga på handling då det sistnämnda inrymmer antal sexpartners och beteende menar författaren, medan sexuell identitet inte anses göra det.

Vi förstår detta som att sexuell identitet kan innebära olika saker. I fallet med Kott (2011) kan sexuell identitet förstås som en individs sexuella preferens, medan det för Muise m.fl. (2010) kan röra sig om sexuell preferens men även en syn på sig själv med sexuella förutsättningar och agerandet av detta. Vi menar att kunskaper om interpersonella relationer, script, ökar förståelsen av beteende och normer, och blir därmed högst centrala frågor i ett lyckat preventivt och hälsofrämjande arbete med sexuell hälsa. Detta då beteendet är det som styr vår riskutsatthet. Upplevelsen av fungerande relationer till andra individer reducerar därmed ett riskbeteende (Saftner m.fl. 2011; Wetherhill m.fl. 2010).

Samtalsinsatser

Samtalsinsatser innebär för respondenterna möjlighet att tala med en professionell om sexualitet och hälsa, rådgivare kring STI/hiv och säkert sex, samt möjlighet att tala med andra om problem rörande sexualitet och hälsa. Samtalen beskrivs delvis som de faktiska samtalen med personer rörande specifika frågor och problem, men belyser också det offentliga samtalet om sexualitet och sexuell hälsa i samhället. Respondenterna pekar här på hur ett värdemässigt samtal kring ämnet kan formas vilket vi tyder som en medvetenhet hos målgruppen att heteronormativitet påverkar samtalets utformning. Sexualitet och sexuell hälsa som ett tabubelagt ämne, fångat och formulerat av bland annat media. Ur ett queerteoretiskt perspektiv kan det tolkas som att det är verksamheterna som har makten att definiera det preventiva arbetet, inte målgruppen.

Killoran och McCormick (2010) anser i sin studie att de enskilda samtalen är de som bäst förebygger sexuellt riskbeteende. Vi tolkar detta som att det är i samtalen som möjligheten ges, att tala om beteende, vilket är det som anses ligga till grund för vår riskutsatthet. Detta bekräftas av Ballam och Granello (2011) som visar på att en öppen dialog om sex och sexualitet med föräldrar och lärare, kan förändra bilden en ungdom införskaffat sig via media, och på så sätt förändra sitt beteende. Likaså en ökad frekvens av kondomanvändande då samtal kring detta genomförts med föräldrar (Hadley m.fl. 2009).

Det preventiva och hälsofrämjande arbetet skapar behov hos vissa specifika målgrupper

Ovan har vi belyst vilka behov som gemensamt efterfrågats av respondenterna i denna studie, samt vilken betydelse dessa behov har på den sexuella hälsan enligt respondenter och forskningsfältet. Vi går nu vidare och tittar på de behov som efterfrågas av särskilda grupper av ungdomar och analyserar detta.

Vi kan genom vårt resultat konstatera att det finns vissa grupper som i större utsträckning än andra efterfrågar vissa insatser.

Generellt finns det stora likheter mellan ungdomar och unga vuxnas uttryckta behov i arbetet med sexuell hälsa. En skillnad som blir tydlig är den att ungdomar uttrycker ett behov av samtliga preventiva insatser. De unga vuxna har däremot mer framträdande behov, ett som handlar om samtalsinsatser och ett rörande kunskap om säkert sex, önskade graviditeter, undvika att kondomen går sönder och skydd mot STI/hiv. Det är anmärkningsvärt att bakgrundsvariablerna sysselsättning eller bakgrund inte visar på någon skillnad i behov av prevention. De resultaten är däremot inte signifikanta men kan ändå tydas som att de variablerna inte har samma intima koppling till sexualitet. En annan tolkning vi gör är att variablerna är norm. Om vi ser sexualiteten ur en social kontext kan detta leda till att bakgrund inte ger ett förväntat utslag. Detta då sexualiteten skapas enligt och inom den bakgrund vi bär på.

Kön, sexuell läggning och bostadsort

De bakgrundsvariabler som visar på mer signifikanta skillnader är kön, sexuell läggning och bostadsort. Vid en första undersökning ser vi att fler män än kvinnor efterfrågar relationskunskaper. Jämfört med att fler kvinnor än män efterfrågar kunskap om hur man samtalar med en partner om säkert sex. Resultatet visar vidare ett framträdande behov hos vissa män att efterfråga samtalsinsatser. Dock är oddsen större att du som kvinna efterfrågar samtalsinsatser jämfört med en man.

HBTQ-personer uttrycker generellt ett större behov av insatser, främst samtalsinsatser med någon professionell om sexuell hälsa och sexualitet och grundläggande preventiva insatser. Oddsen att man som HBTQ-person efterfrågar samtalsinsatser fördubblas jämfört med om man är heterosexuell. Oddsen är också högre att man efterfrågar kunskaper om STI/hiv och säkrare sex. Textanalysen lyfter ett behov av fördomsfria mottagningar eller mottagningar för HBTQ- personer, en sex och samlevnadsundervisning sex och sexualitet som sträcker sig längre än den heterosexuella normen.

Fler boende i Göteborg med kranskommun efterfrågar grundläggande preventiva insatser så som lättillgänglig mottagning för sexuell hälsa, kondomutdelning på offentlig plats och samtala med någon professionell om sexuell hälsa och sexualitet. Dock är oddsen större att man som boende utanför Göteborg med kranskommun, efterfrågar grundläggande preventiva insatser. Oddsen för att efterfråga samtalsinsatser ökar däremot om du är boende i Göteborg med kranskommun.

Sexuell hälsa på lika villkor

Om vi studerar dessa fynd närmare, ser vi att två bakgrundsvariabler berörs av sociala kategorier hos en individ, kön och sexuell läggning. Den tredje är geografisk. Detta blir intressant på så sätt att de två sociala kategorierna kan ses som individspecifika behov, medan den geografiska kan ses som verksamhetsspecifik. Med detta menar vi att behoven som uttrycks genom bostadsort är behov som kan förändras om individen flyttar, medan de behov som kopplas till kön och sexuell läggning består oavsett vart du bor. Dessa resultat överensstämmer i stor utsträckning med vilka behov informanterna i regionen har uppmärksammat bland de unga och unga vuxna.

Jämlik och likvärdig vård blir central utifrån kön. Kartläggningen beskriver att män inte hittar en självklar verksamhet att vända sig till, då de i större utsträckning vänder sig till kvinnor. Männens upplevs som bortglömda och att deras sexualitet och sexuella hälsa inte ges samma utrymme. Flertalet artiklar vi studerat skiljer mellan män och kvinnor, snarare än att jämföra dessa.

De artiklar som lyfter könsskillnader i vår kunskapsöversikt är de som beskriver hur män upplever tillfälliga sexuella förbindelser som positiva, jämfört med att det för kvinnor genererade psykisk smärta (Fielder och Carey, 2010; Stanley och Fincham, 2010). Det visar sig också att män följer scriptet, modellen, där den sexuella debuten sker utanför en romantisk relation, medan kvinnor sexdebuterar inom en romantisk erfarenhet (Ferrero Camoletto, 2011). Studierna talar om könsskillnader i förhållande till hur individer ser på relationer och hur de agerar sexuellt i dessa. Detta blir intressant då våra resultat visar på att fler män än kvinnor efterfrågar kunskap om relationer och samtalsinsatser. Tillsammans med att informanterna upplever det som att mäns sexualitet och sexuella hälsa åsidosätts. Samtidigt beskriver Bontempi m.fl. (2009) att trots kampanjer om säkert sex vid universitetens campus så har de, främst kvinnor, oskyddade samlag, även de som tidigare testats positiv för någon STI. Detta skulle kunna relateras till att fler kvinnor än män i vår studie efterfrågar insatser som berör kunskap om att samtala om STI/hiv och säkert sex med en partner. Vi kan tolka detta som att det preventiva och hälsofrämjande arbetet följer föreställningen om hur män och kvinnor är som sexuella aktörer, vilket i sin tur leder till ett behov av en insats. Behovet skapas utifrån en föreställning vilket gör att andra insatser faller bort.

Till exempel så ser vi att utifrån forskningsresultaten framställs män som ointresserade av relationer och inte samtalsbenägna men vårt resultat visar på en efterfrågan på just dessa insatser.

Samtliga informanter talar om behovet att HBTQ-certifiera verksamheter, att HBTQ-personer saknar verksamheter att vända sig till och generellt en strävan efter jämlik vård. Liknande fynd kan vi se internationellt. Det är inte ovanligt att skuld läggs på HBTQ-personer i sex och samlevnadsundervisningen (Fisher, 2009; Elia, 2010) samt att det främsta önskemålet i arbetet med sexuell hälsa och sexualitet är att bli bemött på samma sätt som andra ungdomar i kontakten med mottagningar (Hoffmann m.fl. 2009). Vi tolkar dessa resultat som att det finns en brist i dagens preventiva och hälsofrämjande arbete som i sin tur skapar ett behov hos HBTQ-personer. Av någon anledning omfattas inte deras sexuella hälsa av de insatser som erbjuds på mottagningar och i övriga verksamheter idag. Våra resultat visar på ett omfattande behov av samtliga insatser inom denna kategori.

Den sistnämnda kategorin rör bostadsort. Detta är en variabel som inte omnämns i någon större utsträckning, varken i kunskapsöversikten eller i vår kartläggning. Om vi däremot tittar på utbudet bland aktörerna kan vi se att Göteborg med kranskommuner erbjuder ett stort antal mottagningar som ofta är målgrupp- eller problemspecifika. Samtidigt efterfrågar fler boende i Göteborg med kranskommuner lättillgängliga mottagningar som erbjuder den hjälp som efterfrågas. Vi skulle kunna tolka detta som att det med ett stort antal specifika mottagningar blir svårt att finna den mottagning man skall vända sig till med sitt problem. Oddsens är dock större att de grundläggande preventiva insatserna efterfrågas av boende på mindre ort eller landsbygd. Flertalet respondenter förtydligar också att insatserna blir färre ju äldre man blir. Detta skulle kunna förstås i relation till beskrivningen om att insatserna minskar eller tenderar att försvinna då målgruppen passerar 25 år, åldersgränsen vid ungdomsmottagningar. De regioner som omfattar en större del av landsbygd och mindre orter beskriver också att mottagningarna blir färre och omfattas i större skala av primärvården, som inte upplevs som den självklara mottagningen att vända sig till. Bland annat då sexualitet och sexuell hälsa inte är ett ämne som ges tillräckligt stort utrymme i dessa verksamheter. Individens rätt till sin sexuella hälsa blir således en fråga som avgörs av mottagningarnas resurser och synsätt eller perspektiv.

Målgruppen efterfrågar fler perspektiv på sexualitet och sexuell hälsa från aktörerna

Vi kan genom vår kartläggning och vårt resultat, se att informanter, målgrupp och forskningsfält, i stor utsträckning överensstämmer i synen på vilka behov som finns hos målgruppen. Vad vi däremot också ser är informanterna och målgruppens önskemål inte överensstämmer med de insatser som idag erbjuds. Vi ställer oss fråga hur kan vi förstå detta?

Det STI/hiv-preventiva och hälsofrämjande arbetet domineras av en biomedicinsk syn på sexuell hälsa och sexualitet

Ett sätt att förstå behovet av grundläggande preventiva insatser är att den idag grundar sig på vad Alexandersson och Medin (2000) beskriver som en biomedicinsk syn av sexuell hälsa snarare än ett humanistiskt perspektiv. Detta påminner om Helmius (2010) resonemang om vad detta perspektiv leder till, nämligen att individen ska vara "rädda för" i stället för "rädda om". Utifrån ett humanistiskt perspektiv har den sexuella hälsan ett nära samband med att individen har ett beteende och förmåga att förverkliga vad som anses viktigt, att uppnå ett välbefinnande med sin sexuella praktik. Vi tolkar detta som att mottagningarna idag är tillgängliga i frågan om att erbjuda bot och bättring, så kallad sekundär och tertiärprevention, när vår sexualitet har gett oss oönskade konsekvenser och vi drabbats av STI/hiv.

Vad respondenterna beskriver är ett behov på hälsofrämjande insatser och primärprevention, där frågan om sexuell hälsa ur positiva ordalag ges utrymme. Individerna snuvnas på rätten till hela dimensionen av sexualitetsskirkeln, där sexualitet består av både biologiska, psykologiska och sociala faktorer. Våra respondenters uttryckta behov av detta perspektiv ges stöd av Silvestri och Bonis (2009) resultat att det finns ett samband mellan upplevd livskvalité och självskattad hälsa. Ett annat exempel är behovet av ett ”både-och” i stället för det ”antingen-eller” perspektiv, som idag tycks råda i arbetet med målgruppens sexuella hälsa, där sexualiteten formuleras i positiva ordalag jämsides med ett riskperspektiv (Tolman och McClellands, 2011).

En av de grundläggande efterfrågade insatserna för att minska förekomsten av STI/hiv är tillgång till kondomer på offentlig plats. Respondenterna utvecklar sin efterfrågan på denna insats tydligt och i likhet med de resonemang som går att finna i kunskapssammanställningen (Traen och Gravningen, 2011; Charania m.fl. 2011). Gemensamt förklarar de att kondom är något som man oftast är medveten om bör användas, men att man ibland hamnar i situationer där den ändå saknas, kunskapen finns hos målgruppen. Av olika anledningar resonerar individen sig fram till ett annat beteende i en sexuell situation. Därför menar författarna och målgruppen, finns det skäl att distribuera kondomer mer offentligt och därmed göra den mer självklar i situationer där kondomen riskerar att utebli. Traen och Gravningen (2011) lyfter just tillgång till kondomer och kondom som ett första alternativ i diskussion kring vilket preventivmedel som bör användas, som mer väsentlig än reklamen av den. Till exempel används mer p-piller än kondomer i norra Europa. Kanske är det här problemet finns? Anledningen till att kondomen ändå inte används kan förstås genom den så kallade kärleksideologin som beskrivs av Forsberg (2006) och Häggström-Nordin (2009). I vår föreställningsvärld finns situationer då vi tror att risken för STI/hiv minskar, exempelvis om vi befinner oss i en romantisk relation, både långvarig eller tillfällig. Eller genom rädslan att misstänkas bära på STI/hiv om vi föreslår kondom, alternativt tror oss lita på vår sexuella partner (Traen och Gravningen, 2011). Människor har med andra ord en tankeförmåga att omvandla alla sexuella situationer till riskfria situationer, beroende på vilka som ingår i denna.

På så sätt undviker vi att tänka tanken att vi har ett riskbeteende, både om oss själva och om andra, vilket också Lewin (2010) och Ross och Bowen (2010) beskriver. Konsekvensen av detta kan med andra ord bli att individen inte känner igen sig när preventionen talar om att denna har ett riskbeteende. En sådan analys följer det resonemang som Lupton (1999) beskriver då hon talar om en annan form av rationalitet där individen antingen ser risk som just en risk eller inte.

En varierad kunskap om STI/hiv, säker sex och relationer saknas i det preventiva och hälsofrämjande arbetet

När en verksamhet har en biomedicinsk diskurs där man fokuserar på bot och bättring, ställer man sig inte frågan hur det kom sig att STI/hiv uppkom? Sex- och samlevnadsundervisningen får agera det utåtriktade preventiva arbetet som undervisar utifrån sexuella script och kärleksideologi. Då skolan hanterar det med att utveckla pedagogiker som gör att det närmar sig roliga timmen kan det ses som ett sätt att försöka hantera ett känsligt och tabubelagt ämne. Ett flertal artiklar behandlar olika metoder såsom rollspel (Kontula, 2010), teater (Ponzetti m.fl., 2009), fria associationer (Casemore, 2010) eller spel (Rosenthal, 2010). Detta kan leda till att sex- och samlevnadsundervisningen uppfattas som oseriös och eleverna tar inte informationen på allvar, vilket vi också kan se i respondenternas önskemål om en bättre sexualundervisning i skolan. Ett annat möjligt scenario är att det kan bli ett skuldbeläggande eller känslan av att man har ett onormalt/avvikande beteende om man uppfattar sig själv som att frångå de givna normerna och en känsla av att inte bli tagen på allvar. Både Connell (2008) och Fisher (2009) pekar på att undervisningen präglas av normer och moral vilket leder till ångest och skuld känslor.

Vår tolkning av respondenternas önskemål om ett bredare innehåll i den kunskap som förmedlas gällande STI/hiv och säkert sex, och den uteblivna kunskapen om relationer är en konsekvens av sexuell hälsa och sexualitet som ett tabubelagt ämne. SRHR-frågor, enligt informanterna, bedöms ha en mindre roll i dagens preventiva arbete. Informanterna beskriver att det sällan talas om sexuell praktik och sexualitet på mottagningar som arbetar med testning. En förklaringsmodell för den begränsade informationen om STI/hiv och säkert sex kan vara den som Ambjörnsson (2006) och Rubin (2007) beskriver för oss, där heteronormativiteten och dess föreställning om att en viss sexuell praktik är det som dominerar och anses okej att tala om.

Synen på sexualitet som social konstruktion begränsas till en heterosexuell modell av sexualitet och sexuell praktik genom våra script, och begränsas till en biologisk synvinkel att kunna ha sex, inte till de resterande som handlar om det psykologiska och sociala (relationsaspekten av den). Det preventiva och hälsofrämjande arbetet fokuserar inte på att stärka självkänsla hos målgruppen genom att inte prioritera arbetet med SRHR- frågor. Oavsett vilken ålder, kön eller sexuell läggning så är det en stor efterfrågan av SRHR, vilket kan ses som en konsekvens av en biomedicinsk dominans. Vi tolkar detta som att det är svårt att komma ifrån ett risktänkande preventionsarbete utifrån den biomedicinska dominerade praktiken som till stora delar saknar den psykologiska och sociala komponenten i vad Hansson (2007) kallar för sexualitetscirkeln. Den efterfrågade kunskapen om relationer som respondenterna uttrycker grundar sig i att ett SRHR- perspektiv saknar den självklara platsen.

Om vi talar om, och ser, sexualiteten och den sexuella praktiken ur ett socialkonstruktivistiskt perspektiv enligt Lewin (2010), kan vi förstå på vilket sätt den biologiska förklaringsmodellen på egen hand inte gör sig gällande om vi vill förändra ett beteende.

Om information ges ur en begränsad synvinkel blir det svårt att påverka ett sexuellt beteende hos en grupp individer som agerar sexuellt inom de normer som råder i gruppen. Lewin (2010) förklarar detta med att normerna samverkar med vårt psykologiska jag vilket innebär att sexuella handlandet jämförs med andra gruppmedlemmars vilket då också definieras som det naturliga beteendet. Detta exemplifieras av Matikka-Tyndale och Barnett (2010) som menar att peer to peer kan ge positiva förändringar på ökad kunskap, samhälleliga normer och användandet av kondomer.

På så sätt kan information kring STI/hiv och säkert sex avfärdas av ungdomar och unga vuxna om de anser att den inte gäller de själva. Till exempel pekar Suvivo m.fl (2010) på att det finns en stor variation på sexuella script, som påverkar hur individer agerar sexuellt, vilket utmanar dagens sex-, och samlevnadsundervisning. Exempelvis romantiska, lust och känslgrundande script. Gagnon och Simon (2007) förtydligar detta resonemang då de pekar på hur teorin om sexuella script förkastar mer biologiska förklaringar. Detta då biologin inte alltid kan förklara hur en individ väljer att avstå från sina drifter och agerar som sexuella aktörer, vilket snarare kan förklaras av den kultur och det samhälle individen lever under. Det sexuella livet blir således föränderligt över tid och rum. Detta resonemang skulle därmed också kunna förklara varför respondenterna i vår uppsats i så stor utsträckning efterfrågar kunskaper om relationer.

Den sexuella hälsan och sexualiteten formas i samtalet

Behovet av samtalsinsatser har i vår analys beskrivits som en av de viktiga preventiva insatserna. Detta då det är genom dessa vi kan beröra vår sexualitet och sexuella praktik, vårt beteende (Ballam och Granello, 2011; Killoran och McCormick, 2010). Samtalen beskrivs som privata, med någon professionell eller någon annan, och som offentligt, det samhälleliga samtalet. Informanterna beskriver hur de upplever att när ett lyckat samtal genomförs så efterfrågas insatsen mer av målgruppen. Respondenterna beskriver hur samtalet kring sexualitet och sexuell hälsa upplevs som tabubelagt, vilket är en beskrivning i likhet med informanternas upplevelse.

Informanterna beskriver vidare att samtal kring sexualitet och sexuell praktik i viss mån är frånvarande i dagens preventiva arbete inom vissa verksamheter. Hur kan vi då förstå det efterfrågade behovet och beskrivningen av denna insats? Om ser på sexualiteten som social konstruktion enligt Lewin (2010), finner vi att det är i mötet med andra människor som uttrycksformerna för sexualiteten konstrueras. Det är via vårt omgivande samhälle vi skapar oss en uppfattning om vad som anses okej i ett sexuellt beteende. Vi kan på så sätt förstå att det är genom samtalet som sexualiteten och den sexuella praktiken benämns och formuleras och får innebörd. Det blir i samtalet med andra som det egna och andras sexuella beteende och sexualitet kan förstås och förändras. Vi kan på så sätt förstå behovet av samtalsinsatser, då det är dessa som ger förståelse för individens sexuella liv. Vi kan på så sätt också förstå på vilket sätt respondenter och informanter belyser problematiken med en tabubelagd sexualitet och sexuell praktik, då det är samtalet om den och i interaktion med andra som den görs legitim. Lewin (2010) förklarar detta när han beskriver hur det sexuella beteendet skapas inom en grupp, dessa internaliseras och styrs sedan via de skapade normerna. Att vi berörs av samtal menar också Helmius (2010) beror på att vi i ungdomsåren knyter an känslor, normer och värderingar till sexuella handlingar.

Sexuell hälsa och sexualitet på (o)lika villkor

Vår analys av framträdande behov hos särskilda grupper har givit oss bilden av att dessa behov skapas i mötet mellan mottagning och individ, genom en brist på insatser riktade till alla oavsett kön eller sexuell läggning eller annan social kategorisering.

Om vi vänder oss till begreppet intersektionalitet kan vi förstå detta resonemang som en fråga om makt och tolkningsföreträde hos vissa grupper, vilket gör det möjligt att skapa och reproducera bilden av "den Andre" (Mattson, 2010). För att förstå vilka de dominerande kategorierna rör sig om kan vi vända oss till Ambjörnsson (2006) och Rubin (2007) som beskriver hur normer skapas genom dominerande grupper, exempelvis heteronormen. Hos våra respondenter uppstår de mest framträdande behoven hos HBTQ-personer och män, detta återspeglas också i informanternas beskrivning av utmärkande behov. Detta skulle kunna ses som den konsekvens Mattson (2010) beskriver, när individer gör motstånd mot de erbjudna insatser som formats efter föreställningen om en given identitet och dess medföljande sexuella praktik och sexualitet. Respondenterna beskriver hur synen och informationen på sexualitet och sexuell praktik begränsas till endast en viss form, där sexualitet och sexuella praktik utanför den traditionsenliga ramen, den heteronormativa, inte ses som självklar. Därav skapas ett behov av dessa insatser hos grupper som faller utanför den normativa ramen, exempelvis HBTQ-personer. Genom att skapa arenor för att tillgodose dessa behov, exempelvis mottagningar specifikt för HBTQ-personer, normaliseras behovet, vilket misslyckades i den ursprungliga verksamheten. Detta kan förklaras i behovet av att tillrättalägga avvikande till normalt (Mattson, 2010).

Traditionellt sätt, anses mannen vara norm i hur vi formulerar vårt samhälle. I detta fall vittnar respondenter och informanter om att männens behov inte tillgodoses. Informanternas verksamhetsbeskrivning visar att de flesta verksamheter är uppbyggda efter föreställningen om kvinnors behov, vilket kan förklara denna behovsefterfrågan. Med ett intersektionellt perspektiv kan vi här förstå att den kunskap som institutionerna, verksamheterna, dominerar av ett kvinnligt perspektiv. Föreställningen om det kvinnliga och manliga behovet ställs således också här på sin spets, då kvinnor sannolikt efterfrågar mer kunskap om att tala om STI/hiv med en partner och fler män än kvinnor efterfrågar samtalsinsatser.

Författarna de los Reyes och Mulinari (2010) erbjuder oss också en förklaring på behovet som uppstår av grundläggande preventiva insatser beroende på bostadsort. De menar att individens möjligheter begränsas av samhällets struktur och institutionernas maktövertag genom de formade ideologierna.

Vår analys säger oss att efterfrågan på grundläggande preventiva insatser kan ses i ljuset av hur verksamheterna väljer att formulera sexuell hälsa och sexualitet, eller inte gör det, vilket genom en intersektionell analys kan beskrivas som institutionens maktövertag på individen via deras kunskap och ideologi. Vad gäller vårt resultat är oddsen större att du på mindre ort eller landsbygd efterfrågar grundläggande preventiva insatser jämfört med Göteborg och kranskommun. Dessa är ställen där informanter och respondenter beskriver hur insatser riskerar att minska då individen passerat cirka 25 års ålder och utgörs mestadels då av hälso- och sjukvården. Inom denna verksamhet anses sexualitet och sexuell hälsa vara ett nedprioriterat ämne jämfört med andra sjukvårdsrelaterade frågor. Individen ställs därmed i beroendeställning till hälso- och sjukvårdens erbjudna insatser och deras perspektiv på sexualitet och sexuell hälsa.

Sexuell hälsa, ett behov eller en rättighet?

Vi har i vårt resultat kunnat utläsa att informanterna lyfter ett behov av större fokus på SRHR-frågor i arbetet med sexuell hälsa. Detta lyfts även av våra respondenter då de beskriver ett behov av ett bredare perspektiv på sexuell hälsa och sexualitet, där lust och tillfredsställelse får lika stort utrymme som risk i det preventiva och hälsofrämjande arbetet. Här pekar vårt resultat även på hur sexualitet och att sexuell hälsa upplevs som tabubelagt och att dessa är nedprioriterade ämnen inom hälso- och sjukvården. Informanterna, så väl som respondenterna beskriver hur HBTQ-personer och män inte ges en självklar plats på de mottagningar som finns idag. Detta föranleder en förståelse för oss, att se att sexuell hälsa har kommit att handla om ett behov, snarare än en rättighet.

Om vi väljer att studera den sexuella hälsan genom den exemplifierade formuleringen via WHO (2012a), så ligger tyngdpunkten på just behovet av att respektera, skydda och uppfylla de sexuella rättigheterna. Dessa rättigheter handlar om att se den sexuella hälsan som mer än bara frånvaro av sjukdom, där också känslomässig, mental och social tillfredsställelse ingår, respekt mot sexualitet och sexuella relationer och där individen får stå fri från diskriminering och tvång. Det preventiva och hälsofrämjande arbetet upplevs inte av respondenterna vara till för alla, HBTQ-personer och män i första hand och insatserna möter inte den sexuella hälsan och sexualiteten ur alla aspekter av den, både den biologiska, psykologiska och sociala. För att en undervisning om sex och samlevnad skall bli så effektiv som möjligt, anses bland annat ett perspektiv om mänskliga rättigheter behöva anläggas (Nsbuga och Bonnet, 2010). Andra perspektiv som anses viktiga för att kunna hantera frågan om sexualitet inom skola och vård anses vara förståelsen om genus och användandet av en konstruktivistisk pedagogik med lärandet i centrum (Miller och Lucal, 2009; Jayasuriya och Dennick, 2011). Att våra respondenter uttrycker ett behov på insatser riktade till samtliga perspektiv av vår sexualitet skulle kunna förstås genom Suvivuo m.fl. (2010) forskningsresultat, som visar på hur flertalet varierade script, ramverk över sexuell praktik, utmanar dagens sex och samlevnadsundervisning och gör den begränsad.

Det vi funnit genom vår uppsats pekar också på hur det preventiva och hälsofrämjande arbetet inte har balans mellan medicinskt och psykosocialt arbete. Informanterna ser ett behov av en samsyn på sexuell hälsa och respondenterna beskriver hur lust och tillfredsställelse får en underordnad roll i mötet med mottagningar. Dessa utmaningar har som tidigare nämnt, lyfts av såväl Tolman och McClellands (2011) som pekar på behovet av ett ”både-och” i stället för det ”antingen-eller” perspektiv som utgör forskningen kring den sexuella hälsan idag. Dessa uttryck ger intrycket av att det finns motpoler i det preventiva och hälsofrämjande arbetet. Motpoler som önskas förenas. Å ena sidan ett arbete som bedrivs medicinskt, fokuserat på riskerna med sexuell praktik, å andra sidan ett arbete som bör bedrivas psykosocialt, ett arbete fokuserat på lusten och tillfredsställelsen med sexuell praktik och mötet mellan människor.

Dessa motpoler skulle vi kunna förstå genom det som Seedhouse (2004) identifierar som det hälsofrämjande arbetets svagaste punkt, avsaknaden av en gemensam teoretisk grund. Där evidensbaserad praktik och värdebaserad praktik gemensamt driver det hälsofrämjande arbetet framåt, i stället för var och en för sig. Risken med att använda sig av endast ett par glasögon är att verksamheten ges tolkningsföreträde i individens hälsostatus, vilket kan förklara resonemanget som tidigare redovisats, att individer riskerar att inte känna igen sig när verksamheter talar om deras sexuella liv som riskfyllt. I dessa fall har verksamheterna agerat i enlighet med Seedhouse (2004) beskrivning där en "sanning" presenterats för individen gällande dennes problem, och därmed reducerat andra möjliga alternativ. Individen har dessutom inte givits möjlighet att vara delaktig i formuleringen av sin egen hälsostatus, vilket försvårar genomförandet av ett hälsofrämjande arbete menar Seedhouse (2004). Om vi ser till beskrivningen att dagens insatser i större utsträckning fokuserade på testning och mindre på samtal kring sexuell praktik och sexualitet, kan vi se detta som att insatser i form av sekundär och tertiärprevention i enlighet med Socialstyrelsens (2009) definition, finns representerade. Dock efterfrågar respondenterna insatser som Socialstyrelsen (2009) beskriver som primärprevention, samtal kring sexuell hälsa och sexuellt beteende till en större skara personer, i syfte att förebygga oönskade konsekvenser.

7. Avslutande diskussion

Vi konstaterar i arbetet med vår uppsats att ungdomar och unga vuxna i stor utsträckning efterfrågar grundläggande preventiva insatser i det preventiva och hälsofrämjande arbetet med STI/hiv och SRHR-frågor. Insats och kunskapsbehovet är större bland män, HBTQ-personer och beroende på bostadsort. I vårt resultat påvisas inga signifikanta skillnader gällande ålder, kön, bakgrund och sysselsättning. När vi studerar i vilken utsträckning målgruppens önskemål stämmer överens med utbudet, kan vi se att sekundär och tertiärprevention finns representerad. Målgruppens behov av primärprevention visar sig vara stort, vilket indikerar att denna insats till stor del saknas. Slutligen menar vi att det preventiva och hälsofrämjande arbetet i stor utsträckning har ett behovsperspektiv, vilket bör kompletteras med ett rättighetsperspektiv. Samt att hälsofrämjande arbete gemensamt tydliggörs som definition.

Som den uppmärksamma läsaren naturligtvis har märkt, så har inte samtliga artiklar i kunskapsöversikten använts i vår analys. Detta beror på att dessa i huvudsak fokuserar på sexualitet ur ett riskperspektiv, antingen på grund av sexuell praktik eller gruppstillhörighet. Då vi anser att risk är en del av allas liv och i mångt och mycket något som är svårt att förutsäga på grund av att vårt beteende styrs av en varierad form av rationalitet, blir detta extra intressant. Vi anser att detta riskperspektiv är skapat av den biomedicinska dominansen i synen på sexuell hälsa och sexualitet. Därmed blir det svårt att komma ifrån ett risktänkande i dessa sammanhang.

Målgruppen och aktörerna i VG-regionen finner ett rörande samförstånd vad gäller behov av insatser. Dock visar det sig att de erbjudna insatserna inte tillfredsställer målgruppen i tillräckligt stor utsträckning. Detta kan vi se då spridning av STI/hiv inte är något som minskar. Kan detta bero på att det preventiva arbetet grundar sig i föreställningar om målgruppen som de inte känner igen sig i och därför inte heller förändrar sitt sexuella beteende?

Ungdomar och unga vuxna efterfrågar lättillgängliga mottagningar som är lätta att finna och där sexualitet och den sexuella hälsan ses ur fler perspektiv än den biomedicinska. Där målgruppen bemöts respektfullt och öppet av de professionella och en mottagning som erbjuder saklig, moralfri och korrekt information och tillgång till samtal. De önskar större tillgång på kondomer på offentliga platser och mer information på internet. Vi anser att dessa behov uppstår som en konsekvens av att alla aspekter av sexualiteten och den sexuella hälsan inte tillmötesgår i dagens preventiva och hälsofrämjande arbetet. Eller i det offentliga samtalet om sexualitet och sexuell hälsa.

Det är inte alla aspekter av den sexuella hälsan som får en självklar plats i det preventiva arbetet och inte heller finns det en plats för alla grupper inom preventionen. Därav ser vi ett ökat behov av vissa insatser bland män och kvinnor, HBTQ-personer, åldersgrupp och beroende på bostadsort. Däremot tycks inte bakgrund och sysselsättning påverka behoven i någon signifikant utsträckning i vårt resultat. Att just dessa bakgrundsvariabler blir centrala i denna uppsats ser vi som ett resultat av att föreställningen om kön och sexuell läggning har ett nära förhållande till sexualitet och därmed förhållandet till den sexuella hälsan. Vilket inte bakgrund och sysselsättning har på samma sätt i vårt resultat. Att behoven förändras beroende på åldersgrupp ser vi som en naturlig del i en förändrad livssituation. Att män och kvinnor, HBTQ-personer och heterosexuella efterfrågar olika insatser beror på aktörernas olika uppfattningar om deras behov.

Det preventiva och hälsofrämjande arbetet med sexuell hälsa bygger idag på ett behovsperspektiv som en konsekvens av den dominerande medicinska diskursen. Detta bör kompletteras med ett humanistiskt perspektiv för att på så sätt grunda arbetet med sexuell hälsa som en rättighet, ett SRHR-perspektiv. Denna komplettering bör också göras gemensamt mellan alla aktörer, för att på så sätt skapa en gemensam teoretisk grund och förhållningssätt. Där preventiva och hälsofrämjande insatser kompletterar varandra.

För att förändra ett beteende måste vi förstå vad som sker i det interpersonella scriptet, vilket inte kan uppnås med sekundär- eller tertiärprevention. Om målgruppen och verksamheterna får den prevention de önskar, hur skulle det då påverka smittspridningen av STI/hiv?

Vi önskar vidare forskning kring hur ett preventivt och hälsofrämjande arbete med sexuell hälsa utifrån ett rättighetsperspektiv skulle kunna utformas i syfte att förena ungdomar och unga vuxnas önskemål med utbudet.

REFERENSLISTA

Adams, H. L., & Williams, L. R. (2011). "What they wish they would have known: Support for comprehensive sexual education from Mexican American and White adolescents' dating and sexual desires". *Children and Youth Services Review*, 33(10), 1875-1885.

Advocates for Youth (2009) "Comprehensive Sex Education: Research and Results". (elektronisk) *Advocates for Youth officiella hemsida* <http://www.advocatesforyouth.org>.

Akers, A. Y., Youmans, S., Lloyd, S. W., Smith, D. M., Banks, B., Blumenthal, C., & Adimora, A. A. (2010). "Views of Young, Rural African Americans of the Role of Community Social Institutions in HIV Prevention". *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 21, 1-12.

Alexandersson, K & Medin, J (2000). *Begreppen hälsa och hälsofrämjande – en litteraturstudie*. Lund: Studentlitteratur

Allen, L. (2009). "It's Not "Who" They Are It's "What They Are like"": Re-Conceptualising Sexuality Education's "Best Educator" Debate". *Sex Education: Sexuality, Society and Learning*, 9(1), 33-49.

Alleyne, B., Coleman-Cowger, V. H., Crown, L., Gibbons, M. A., & Vines, L. N. (2011). "The effects of dating violence, substance use and risky sexual behavior among a diverse sample of Illinois youth". *Journal of Adolescence*, 34(1), 11-18.

Alvarez, M.-J., & Garcia-Marques, L. (2011). "Cognitive and Contextual Variables in Sexual Partner and Relationship Perception". *Archives of Sexual Behavior*, 40(2), 407-417.

Ambjörnsson, F (2006). *Vad är queer*. Stockholm: Natur & Kultur

Ashcraft, C. (2009). "Literacy and Sexuality: What's the Connection?". *Journal of Adolescent & Adult Literacy*, 52(7), 636-638.

Bale, C. (2011). "Raunch or Romance? Framing and Interpreting the Relationship between Sexualized Culture and Young People's Sexual Health". *Sex Education: Sexuality, Society and Learning*, 11(3), 303-313.

Ballam, S. M., & Granello, P. F. (2011). "Confronting Sex in the Media: Implications and Counseling Recommendations". *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 19(4), 421-426.

Bauermeister, J. A., Zimmerman, M., Xue, Y., Gee, G. C., & Caldwell, C. H. (2009). Working, Sex Partner Age Differences, and Sexual Behavior among African American Youth". *Archives of Sexual Behavior*, 38(5), 802-813.

Bazargan, M., Stein, J. A., Bazargan-Hejazi, S., & Hindman, D. W. (2010). "Using the Information-Motivation Behavioral Model to Predict Sexual Behavior among Underserved Minority Youth". *Journal of School Health*, 80(6), 287-295.

Bell, J. (2009). "Why Embarrassment Inhibits the Acquisition and Use of Condoms: A Qualitative Approach to Understanding Risky Sexual Behaviour". *Journal of Adolescence*, 32(2), 379-391.

- Bontempi, J. B., Mugno, R., Bulmer, S. M., Danvers, K., & Vancour, M. L. (2009). "Exploring Gender Differences in the Relationship between HIV/STD Testing and Condom Use among Undergraduate College Students". *American Journal of Health Education*, 40(2), 97-105.
- Borawski, E. A., Trapl, E. S., Adams-Tufts, K., Hayman, L. L., Goodwin, M. A., & Lovegreen, L. D. (2009). "Taking be proud! Be responsible! To the suburbs: A replication study". *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 41(1), 12-22.
- Bull, S., Pratte, K., Whitesell, N., Rietmeijer, C., & McFarlane, M. (2009). "Effects of an Internet-Based Intervention for HIV Prevention: The Youthnet Trials". *AIDS and Behavior*, 13(3), 474-487.
- Caldeira, K. M., Arria, A. M., Zarate, E. M., Vincent, K. B., Wish, E. D., & O'Grady, K. E. (2009). "Prospective Associations between Alcohol and Drug Consumption and Risky Sex among Female College Students". *Journal of Alcohol and Drug Education*, 53(2), 71-92.
- Campero, L., Walker, D., Atienzo, E. E., & Gutierrez, J. P. (2011). "A Quasi-Experimental Evaluation of Parents as Sexual Health Educators Resulting in Delayed Sexual Initiation and Increased Access to Condoms". *Journal of Adolescence*, 34(2), 215-223.
- Casemore, B. (2010). "Free Association in Sex Education: Understanding Sexuality as the Flow of Thought in Conversation and Curriculum". *Sex Education: Sexuality, Society and Learning*, 10(3), 309-324.
- Certain, H. E., Harahan, B. J., Saewyc, E. M., & Fleming, M. F. (2009). "Condom Use in Heavy Drinking College Students: The Importance of Always Using Condoms". *Journal of American College Health*, 58(3), 187-194.
- Charania, M. R., a Mahnaz, R., Crepaz, N., a Nicole, C., Guenther-Gray, C., a Carolyn, G.-G., & Cynthia, M. (2011). "Efficacy of Structural-Level Condom Distribution Interventions: A Meta-Analysis of U.S. and International Studies, 1998-2007". *AIDS and Behavior*, 15(7), 1283-1297.
- Codex. Regler och riktlinjer för forskning.(2012) "Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning" (elektronisk), *Codex officiella hemsida*
<http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf> Hämtad 2012-09-18, kl. 16.40.
- Coley, R. L., Votruba-Drzal, E., & Schindler, H. S. (2009). "Fathers' and Mothers' Parenting Predicting and Responding to Adolescent Sexual Risk Behaviors". *Child Development*, 80(3), 808-827.
- Cook, C. P. (2009). "Challenging the behavioural model: Exploring individual, interpersonal, and structural predictors of adolescent dual protection use". (AAINR60938). Retrieved
- Connell, E. E. (2008). "Expelling pleasure? School-based sex education and the sexual regulation of youth". (AAINR43890). Retrieved
- Corbin, D. E., Voisin, D. R., & Snell, C. L. (2009). "Exploring the Relationship between Spirituality and HIV-Related Risk Factors among Young Black College Students". *Journal of HIV/AIDS & Social Services*, 8(3), 238-250.
- Daneback, K & Plantin, L (2008) "Research on Parenthood and the Internet: Themes and Trends". *Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Research on Cyberspace*, 2(2), article 2.

- Davis, M. (2009). "Curriculum: Big Decisions--Making Healthy, Informed Choices about Sex". *American Journal of Sexuality Education*, 4(3-4), 248-251.
- De los Reyes, P & Mulinari, D (2010). *Intersektionalitet*. Kina: Liber
- DiIorio, C. K., McCarty, F., & Pluhar, E. (2011). "Set the P.A.C.E.!: Results of an HIV Prevention Intervention for Mothers of Young Children". *Journal of HIV/AIDS & Social Services*, 10(3), 290-310.
- Djurfeldt, G, Larsson, R, Stjärnhagen, O (2010/2 uppl.) *Statistisk verktygslåda 1 – samhällsvetenskaplig orsaksanalys med kvantitativa metoder*, Lund: Studentlitteratur AB.
- Eaton, A. A., & Rose, S. (2011). "Has Dating Become More Egalitarian? A 35 Year Review Using Sex Roles". *Sex Roles*, 64(11-12), 843-862.
- Eisenberg, M. E., Madsen, N., Oliphant, J. A., Sieving, R. E., & Resnick, M. (2010). "'Am I Qualified? How Do I know?' A Qualitative Study of Sexuality Educators' Training Experiences". *American Journal of Health Education*, 41(6), 337-344.
- Elia, J. P., & Eliason, M. (2010). "Discourses of Exclusion: Sexuality Education's Silencing of Sexual Others". *Journal of LGBT Youth*, 7(1), 29-48.
- Eliasson, R (1995/2uppl) *Forskningsetik och perspektivval*, Lund: Studentlitteratur AB.
- Elkington, K. S., Bauermeister, J. A., & Zimmerman, M. A. (2011). "Do Parents and Peers Matter? A Prospective Socio-Ecological Examination of Substance Use and Sexual Risk among African American Youth". *Journal of Adolescence*, 34(5), 1035-1047.
- Elliot, S (2010). "'If I could really say that and get away with it!' Accountability and ambivalence in American parents' sexuality lessons in the age of abstinence". *Sex Education* Vol. 10, No. 3, 239–250
- Esaiasson, P, Gilljam, M, Oscarsson, H, Wängnerud, L (2004/2 uppl.) *Metodpraktikan. Konsten att studera samhälle, individ och marknad*, Stockholm: Norstedts Juridik
- Evans, J. (2009). "Investigating sexual prejudice: The relationship between heterosexuals' sexual attitudes and their attitudes towards sexual minorities". (AAI3377871). Retrieved
- Ferrero Camoletto, R. (2011). "Sexual Beginners: Accounting for First Sexual Intercourse in Italian Young People's Heterosexual Biographies". *Sex Education: Sexuality, Society and Learning*, 11(3), 315-325.
- Fielder, R. L., & Carey, M. P. (2010). "Predictors and Consequences of Sexual "Hookups" Among College Students: A Short-term Prospective Study". *Archives of Sexual Behavior*, 39(5), 1105-1119.
- Fisher, C. M. (2009). "Queer Youth Experiences with Abstinence-Only-until-Marriage Sexuality Education: "I Can't Get Married so where Does that Leave Me?"". *Journal of LGBT Youth*, 6(1), 61-79.

Fisher, C. M., Reece, M., Dodge, B., Wright, E., Sherwood-Laughlin, C., & Baldwin, K. (2010). "Expanding Our Reach: The Potential for Youth Development Professionals in Community-Based Organizations to Provide Sexuality Information". *American Journal of Sexuality Education*, 5(1), 36-53.

Forsberg, M (2006) *Ungdomar och sexualitet. En forskningsöversikt år 2005*, Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut.

Gabzdyl, E. M. (2010). "Contraceptive Care of Adolescents: Overview, Tips, Strategies, and Implications for School Nurses". *Journal of School Nursing*, 26(4), 267-277.

Gardell, J (2012) *Torka aldrig tårar utan handskar. 1. Kärleken*, Falun: Nordsteds.

Gibbs, A., Campbell, C., Maimane, S., & Nair, Y. (2010). "Mismatches between youth aspirations and participatory HIV/AIDS programmes in South Africa. African". *Journal of AIDS Research*, 9(2), 153-163.

Greasley, P (2008) *Quantitative data analysis using spss. An introduction for health and social science*. Glasgow: Bell and Bain Ltd

Greaves, A., Lonsdale, S., Whinney, S., Hood, E., Mossop, H., & Olowokure, B. (2009). "University undergraduates' knowledge of chlamydia screening services and chlamydia infection following the introduction of a National Chlamydia Screening Programme". *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 14(1), 61-68.

Hadley, W., Brown, L. K., Lescano, C. M., Kell, H., Spalding, K., Diclemente, R., & Project, S. S. G. (2009). "Parent--Adolescent Sexual Communication: Associations of Condom Use with Condom Discussions". *AIDS and Behavior*, 13(5), 997-1004.

Han, J. S., Rogers, M. E., Nurani, S., Rubin, S., & Blank, S. (2011). "Patterns of chlamydia/gonorrhea positivity among voluntarily screened New York City public high school students". *Journal of Adolescent Health*, 49(3), 252-257.

Hansson, E (2007). *Ungdomars frågor om sexualitet. Rapport om frågelådan på www.komikondom.com*. SRHR Skåne, Socialmedicinska enheten. Rapport nr 2007:3

Harris, M. B., & Allgood, J. G. (2009). "Adolescent pregnancy prevention: Choosing an effective program that fits". *Children and Youth Services Review*, 31(12), 1314-1320.

Helm, H. W., McBride, D. C., Knox, D., & Zusman, M. (2009). "The influence of a conservative religion on premarital sexual behavior of university students". *North American Journal of Psychology*, 11(2), 231-244.

Helmius, G (2010). "Sociosexuell utveckling i ungdomsåren" i Lundberg, P.O & Löfgren-Mårtensson, Lotta (Red) (2010/3uppl) *Sexologi*. Liber: Stockholm

Hivprevention (2012) "om hivprevention" (elektronisk), *Hivpreventions officiella hemsida* <http://www.hivprevention.vgregion.se/sv/Primarvarden-Goteborg/Ovrig-primarvard/Hivprevention/Om-Hivprevention/> Hämtad 2012-05-13 kl 12.46

- Hoffman, N. D., Freeman, K., & Swann, S. (2009). "Healthcare Preferences of Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender and Questioning Youth". *Journal of Adolescent Health*, 45(3), 222-229.
- Hogben, M., Chesson, H., & Aral, S. O. (2010). "Sexuality education policies and sexually transmitted disease rates in the United States of America". *International Journal of STD & AIDS*, 21(4), 293-297.
- Holme, I. M, Solvang, B, K (1997/2 uppl.) *Forskningsmetodik: Om kvalitativa och kvantitativa metoder*, Lund: Studentlitteratur AB.
- Hutchinson, M. K., & Cederbaum, J. A. (2011). "Talking to Daddy's Little Girl about Sex: Daughters' Reports of Sexual Communication and Support from Fathers". *Journal of Family Issues*, 32(4), 550-572.
- Häggström-Nordin, E (2009a) "Ungdomars sexualvanor". I Chris Magnusson & Elisabet Häggström-Nordin red., *Ungdomar, sexualitet och relationer*, s. 51-66. Lund: Studentlitteratur AB.
- Häggström-Nordin, E., Tydén, T., Hanson, U., & Larsson, M. (2009b). "Experiences of and attitudes towards pornography among a group of Swedish high school students". *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 14(4), 277-284.
- Jayasuriya, A. N., & Dennick, R. (2011). "Sexual History-Taking: Using Educational Interventions to Overcome Barriers to Learning". *Sex Education: Sexuality, Society and Learning*, 11(1), 99-112.
- Jerman, P., & Constantine, N. A. (2010). "Demographic and Psychological Predictors of Parent-Adolescent Communication about Sex: A Representative Statewide Analysis". *Journal of Youth and Adolescence*, 39(10), 1164-1174.
- Jerome, S., Hicks, C., & Herron-Marx, S. (2009). "Designing sexual health services for young people: A methodology for capturing the user voice". *Health & Social Care in the Community*, 17(4), 350-357.
- Jones, R. K., & Biddlecom, A. E. (2011). "The more things change...: The relative importance of the internet as a source of contraceptive information for teens". *Sexuality Research & Social Policy: A Journal of the NSRC*, 8(1), 27-37.
- Kao, T.-S. A., Loveland-Cherry, C., & Guthrie, B. (2010). "Maternal Influences on Asian American-Pacific Islander Adolescents' Perceived Maternal Sexual Expectations and Their Sexual Initiation". *Journal of Family Issues*, 31(3), 381-406.
- Kaye, K., Moore, K. A., Hair, E. C., Hadley, A. M., Day, R. D., & Orthner, D. K. (2009). "Parent Marital Quality and the Parent-Adolescent Relationship: Effects on Sexual Activity among Adolescents and Youth". *Marriage & Family Review*, 45(2-3), 270-288.
- Khumsaen, N., & Gary, F. A. (2009). "Determinants of actual condom use among adolescents in Thailand. JANAC:". *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 20(3), 218-229.
- Killoran, A., & McCormick, G. (2010). "Towards an Integrated Approach to Sexual Health Services: The Contribution of NICE Guidance on One-to-One Interventions to Prevent STIs and under 18 Conceptions". *Health Education Journal*, 69(3), 297-310.

- Klein, N. A., & Breck, S. E. (2010). "I Wish I Had Known the Truth Sooner": Middle School Teacher Candidates' Sexuality Education Experiences". *RMLE Online: Research in Middle Level Education*, 33(6), 1-10.
- Kontula, O. (2010). "The Evolution of Sex Education and Students' Sexual Knowledge in Finland in the 2000s". *Sex Education: Sexuality, Society and Learning*, 10(4), 373-386.
- Korp, P (2004). *Hälsopromotion*. Lund: Studentlitteratur AB
- Kott, A. (2011). "Youths with male and female partners may face increased chances of contracting STDs". *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 43(1), 68-69.
- Kvale, S (1995) *Den kvalitativa forskningsintervjun*, Lund: Studentlitteratur AB.
- Levine, S. M., & Austin, S. B. (2010). "Using Communication Strategies to Promote Sexual Health: Can Mass Media Get in Bed with the "Female" Condom?". *American Journal of Sexuality Education*, 5(1), 71-87.
- Lewin, Bo (2010) "Sexualiteten som social konstruktion". I Lundberg, Per Olov & Löfgren-Mårtensson, Lotta (Red.) (20010/3uppl) *Sexologi*. Stockholm: Liber
- Littleton, H., Tabernik, H., Canales, E. J., & Backstrom, T. (2009). "Risky Situation or Harmless Fun? A Qualitative Examination of College Women's Bad Hook-up and Rape Scripts". *Sex Roles*, 60(11-12), 793-804.
- Longmore, M. A., Eng, A. L., Giordano, P. C., & Manning, W. D. (2009). "Parenting and Adolescents' Sexual Initiation". *Journal of Marriage and Family*, 71(4), 969-982.
- Lu, H.-Y. (2009). "Source Preferences and the Displacement/Supplement Effect between Internet and Traditional Sources of Sexually Transmitted Disease and HIV/AIDS Information". *Sex Education: Sexuality, Society and Learning*, 9(1), 81-92.
- Lupton, D (1999) *Risk*. London: Routledge
- Mason-Jones, A. J., Mathews, C., & Flisher, A. J. (2011). "Can peer education make a difference? Evaluation of a South African adolescent peer education program to promote sexual and reproductive health". *AIDS and Behavior*, 15(8), 1605-1611.
- Maticka-Tyndale, E., & Barnett, J. P. (2010a). "Peer-Led Interventions to Reduce HIV Risk of Youth: A Review". *Evaluation and Program Planning*, 33(2), 98-112.
- Mattson, T (2010) *Intersektionalitet i socialt arbete. Teori, reflektion och praxis*. Kristianstad: Gleerups
- Messam, T., McKay, M. M., Kalogerogiannis, K., & Alicea, S. (2010). "Adapting a Family-Based HIV Prevention Program for Homeless Youth and Their Families: The HIV Prevention Outreach for Parents and Early Adolescents Family Program". *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 20(2), 303-318.
- Miller, A., & Lucal, B. (2009). "The Pedagogy of (In)Visibility: Two Accounts of Teaching about Sex, Gender, and Sexuality". *Teaching Sociology*, 37(3), 257-268.

- Mkumbo, K. A. K. (2010). "What Tanzanian Young People Want to Know about Sexual Health; Implications for School-Based Sex and Relationships Education". *Sex Education: Sexuality, Society and Learning*, 10(4), 405-412.
- Moilanen, K. L., Crockett, L. J., Raffaelli, M., & Jones, B. L. (2010). "Trajectories of Sexual Risk from Middle Adolescence to Early Adulthood". *Journal of Research on Adolescence*, 20(1), 114-139.
- Muise, A., Preyde, M., Maitland, S. B., & Milhausen, R. R. (2010). "Sexual Identity and Sexual Well-Being in Female Heterosexual University Students". *Archives of Sexual Behavior*, 39(4), 915-925.
- Murry, V. M., Berkel, C., Chen, Y.-f., Brody, G. H., Gibbons, F. X., & Gerrard, M. (2011). "Intervention Induced Changes on Parenting Practices, Youth Self-Pride and Sexual Norms to Reduce HIV-Related Behaviors among Rural African American Youths". *Journal of Youth and Adolescence*, 40(9), 1147-1163.
- Mustanski, B., Lyons, T., & Garcia, S. C. (2011). "Internet Use and Sexual Health of Young Men Who Have Sex with Men: A Mixed-Methods Study". *Archives of Sexual Behavior*, 40(2), 289-300.
- Nsubuga, Y. K., & Bonnet, S. (2009). "HIV Education in the Formal Curriculum". *Prospects: Quarterly Review of Comparative Education*, 39(4), 321-334.
- O'Grady, M. A., Wilson, K., & Harman, J. J. (2009). "Preliminary Findings from a Brief, Peer-Led Safer Sex Intervention for College Students Living in Residence Halls". *Journal of Primary Prevention*, 30(6), 716-731.
- O'Higgins, S., & Nic Gabhainn, S. (2010). "Youth Participation in Setting the Agenda: Learning Outcomes for Sex Education in Ireland". *Sex Education: Sexuality, Society and Learning*, 10(4), 387-403.
- O'Sullivan, L. F., Udell, W., Montrose, V. A., Antonello, P., & Hoffman, S. (2010). "A Cognitive Analysis of College Students' Explanations for Engaging in Unprotected Sexual Intercourse". *Archives of Sexual Behavior*, 39(5), 1121-1131.
- Owen, J., Fincham, F. D., & Moore, J. (2011). "Short-Term Prospective Study of Hooking Up Among College Students". *Archives of Sexual Behavior*, 40(2), 331-341.
- Owen, J. J., Rhoades, G. K., Stanley, S. M., & Fincham, F. D. (2010). "'Hooking Up' Among College Students: Demographic and Psychosocial Correlates". *Archives of Sexual Behavior*, 39(3), 653-663.
- Pallant, J (2010/4 uppl.) *SPSS Survival Manual*. Singapore: The MacGraw Hill-companies
- Pedersen, W (2005). *Nye seksualiteter*, Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Ponzetti, J. J., Jr., Selman, J., Munro, B., Esmail, S., & Adams, G. (2009). "The Effectiveness of Participatory Theatre with Early Adolescents in School-Based Sexuality Education". *Sex Education: Sexuality, Society and Learning*, 9(1), 93-103.

- Price, M. N., & Hyde, J. S. (2011). "Perceived and Observed Maternal Relationship Quality Predict Sexual Debut by Age 15". *Journal of Youth and Adolescence*, 40(12), 1595-1606.
- Rosenthal, M. S. (2010). "Name that Contraceptive! A Game for the Human Sexuality Classroom". *American Journal of Sexuality Education*, 5(2), 189-199.
- Ross, L. L., & Bowen, A. M. (2010). "Sexual Decision Making for the "Better than Average" College Student". *Journal of American College Health*, 59(3), 211-216.
- Rouvier, M., Campero, L., Walker, D., & Caballero, M. (2011). "Factors That Influence Communication about Sexuality between Parents and Adolescents in the Cultural Context of Mexican Families". *Sex Education: Sexuality, Society and Learning*, 11(2), 175-191.
- Rubin, G. S (2007 2nd ed.) "Thinking sex. Notes for a radical theory of the politics of sexuality". I Richard Parker & Peter Aggleton (red.) *Culture, society and sexuality: a reader*. s. 150-187. London: Routledge.
- Russell, S. T., Clarke, T. J., & Clary, J. (2009). "Are Teens "Post-Gay"? Contemporary Adolescents' Sexual Identity Labels". *Journal of Youth and Adolescence*, 38(7), 884-890.
- Saftner, M. A., Martyn, K. K., & Lori, J. R. (2011). "Sexually Active Adolescent Women: Assessing Family and Peer Relationships Using Event History Calendars". *Journal of School Nursing*, 27(3), 225-236.
- Seedhouse, D (2004/ second edition). *Health promotion: Philosophy, Prejudice and Practice*. Hoboken, New Jersey: John Wiley and Sons
- Silvestri, L., & Bonis, M. (2009). "Changes in Health Knowledge". *Education*, 130(2), 271-273.
- Smittskyddsinstitutet.se (2011a) "Statistik för klamydiainfektion" (elektronisk), *Smittskyddsinstitutets officiella hemsida*
<http://smittskyddsinstitutet.se/statistik/klamydiainfektion/> Hämtad 2011-01-29 kl 11.34
- Smittskyddsinstitutet.se (2011b) "Statistik för hivinfektion" (elektronisk), *Smittskyddsinstitutets officiella hemsida*
<http://smittskyddsinstitutet.se/statistik/hivinfektion/> Hämtad 2011-01-29 kl 12.22
- Socialstyrelsen (2009). *Att förebygga hiv och sti bland ungdomar och unga vuxna. Kunskap och vägledning för hälso- och sjukvården och andra intresserade aktörer*. Edita
- Suivuo, P., Tossavainen, K., & Kontula, O. (2010). "'Can There Be Such a Delightful Feeling as This?' Variations of Sexual Scripts in Finnish Girls' Narratives". *Journal of Adolescent Research*, 25(5), 669-689.
- Svedin, C. G., Akerman, I., & Priebe, G. (2011). "Frequent Users of Pornography. A Population Based Epidemiological Study of Swedish Male Adolescents". *Journal of Adolescence*, 34(4), 779-788.
- Tikkanen, R. H, Abellson, J, Forsberg, M (2011) *UngKAB09. Kunskap, attityder och sexuella handlingar bland unga*, Göteborg: Göteborgs universitet, Institutionen för socialt arbete, skriftserien 2011:1, Intellecta Infolog.

Tolman, D. L., & McClelland, S. I. (2011). "Normative Sexuality Development in Adolescence: A Decade in Review, 2000-2009". *Journal of Research on Adolescence*, 21(1), 242-255.

Trivedi, D., Brooks, F., Bunn, F., & Graham, M. (2009). "Early Fatherhood: A Mapping of the Evidence Base Relating to Pregnancy Prevention and Parenting Support". *Health Education Research*, 24(6), 999-1028.

Træen, B., & Gravningen, K. (2011). "The use of protection for sexually transmitted infections (STIs) and unwanted pregnancy among Norwegian heterosexual young adults 2009". *Sexuality & Culture: An Interdisciplinary Quarterly*, 15(2), 195-212.

Villarruel, A. M., Loveland-Cherry, C. J., & Ronis, D. L. (2010). "Testing the Efficacy of a Computer-Based Parent-Adolescent Sexual Communication Intervention for Latino Parents". *Family Relations*, 59(5), 533-543.

Wetherill, R. R., Neal, D. J., & Fromme, K. (2010). "Parents, Peers, and Sexual Values Influence Sexual Behavior During the Transition to College". *Archives of Sexual Behavior*, 39(3), 682-694.

WHO.se (2012a) "om sexuell hälsa" (elektronisk) *WHO:s officiella hemsida*.
http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/sexual_health/en/, 2012-08-20 kl 10.11

WHO.se (2012b) "om sexualitet" (elektronisk) *WHO:s officiella hemsida*.
http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/sexual_health/en/, 2012-08-20, kl 10.31