

# Sexuellt överförbara infektioner: Hur testar ungdomsmottagningar i Skåne och Västergötland?

Författare:  
Thommy Svahn  
thommysvahn@hotmail.com  
Läkarstuderande termin 11  
HT 2008

Handledare:  
Ove Bäck  
Avd. för Dermatologi och Venereologi, Lund

## **Innehåll**

<i>Innehåll</i> .....	2
<i>Förkortningar</i> .....	3
<i>Introduktion</i> .....	3
<i>Material och Metod</i> .....	5
<i>Resultat</i> .....	7
<i>Diskussion</i> .....	11
<i>Referenser</i> .....	14
<i>Appendix I</i> .....	15

## Förkortningar

FSUM	Föreningen för Sveriges Ungdomsmottagningar
MSM	Män som har sex med män
HIV	Humant immunbristvirus
STI	Sexually Transmitted Infections – sexuellt överförbara infektioner
UM	Ungdomsmottagning/ar

## Introduktion

### *Ungdomsmottagningar*

År 1970 öppnades Sveriges första ungdomsmottagning (UM) i Borlänge och år 1988 bildades Föreningen för Sveriges Ungdomsmottagningar (FSUM), som år 1992 utarbetade ett policyprogram för UM. FSUM anser idag att det på en UM bör arbeta barnmorska, kurator/psykolog samt läkare på deltid. En UM bör bedriva utåtriktad verksamhet i skolor samt arbeta utifrån ungdomarnas egna initiativ. Policyprogrammet omarbetades år 2002 och enligt programmet ska UM ha som mål att ”främja fysisk och psykisk hälsa, stärka ungdomar i identitetsutvecklingen så att de kan hantera sin sexualitet samt att förebygga oönskade graviditeter och sexuellt överförbara sjukdomar” (1).

Medlemskap är, liksom insändande av statistik till FSUM, frivilligt (2). Årligen förs statistik, fördelat på ålder och kön, över antalet besök uppdelat i tre kategorier: Nybesök, förstabesök det året samt återbesök. År 2007 insände knappt 50 % av medlemsmottagningarna statistiska uppgifter (3). Inga av Skånes medan alla av gamla Skaraborgs medlemsmottagningar sände in uppgifter för år 2007 (2).

Det är frivilligt att ha en UM i kommun och landsting (4). Det finns inga nationella riktlinjer från Socialstyrelsen för hur UM ska arbeta (2). I hälso- och sjukvårdslagen omnämns inte UM (5). Av de 64 nationella kvalitetsregistren i Sverige finns inget för UM. Ett nationellt kvalitetsregister utgör en möjlighet till fortsatt utveckling av arbetet inom det registrerade sjukvårdsområdet (6).

Västra Götalandsregionen skrev år 2005 ett styrdokument som UM i Västergötland ska arbeta efter (7). År 2006 gjordes en översyn rörande skånska UMs arbete. Översynen utmynnade i ett dokument med förslag till gemensamma riktlinjer för skånska UM. År 2008 ska arbetet med att utforma riktlinjerna fortsätta (8).

De fyra smittskydds enheterna i Västra Götalandsregionen har skrivit en PM med rekommendationer för provtagning vid misstanke om sexuellt överförbara infektioner (STI) och humant immunbristvirus (HIV) (9). Smittskydds enheten i Skåne har ingen PM med rekommendationer för STI- och HIV-provtagning. Smittskyddsläkaren i Skåne, Hans-Bertil Hansson, anser dock att ”om någon ber om ett prov bör man alltid ta det” (10).

### *Ungdomars sexualliv*

Enligt en undersökning från år 2007 användes inte kondom av en stor andel av ungdomarna i åldersgruppen 16-24 vid en tillfällig sexuell kontakt, trots att användning av kondom skyddar mot STI. 16-17-åringar använde kondom oftare än 18-24-åringarna. De yngre ansåg oftare än de äldre att kondom är ett bra skydd mot STI. 23 % av ungdomarna i åldersgruppen 16-24 såg risken att drabbas av klamydia som mycket eller ganska stor. Färre än 11 % av 16-24-åringarna ansåg att risken för gonorré var mycket eller ganska stor. I samma åldersgrupp ansåg färre än 5 % att risken att drabbas av syfilis eller HIV var mycket eller ganska stor. Över 70 % av 16-24-åringarna tyckte inte att rädslan för HIV påverkade deras sexualvanor (11).

### *Sexuellt överförbara infektioner*

Gonorré, klamydia, syfilis och HIV är infektioner som kan fås genom sexuella kontakter. De är infektioner som en person kan ha utan att veta om det och de kan ge komplikationer eller vara livshotande utan behandling (12). För nationell statistik rörande infektionernas epidemiologiska läge svarar smittskydds institutet.

<b>STI och drabbade åldersgrupper enligt Smittskydds institutet</b>					
<b>Infektion</b>	<b>Antal rapporterade fall</b>			<b>Åldersgrupper</b>	
	<b>År 2005</b>	<b>År 2006</b>	<b>År 2007</b>	<b>V År 2007</b>	<b>NV år 2007</b>
Klamydia	33162	32537	47102	20-29	15-19
Gonorré	691	674	642	20-29	30-39
Syfilis	109	171	240	30-34	35-39
HIV	388	377	541	35-40	Uppgift saknas

Källa: Smittskydds institutet ([www.smittskydds institutet.se](http://www.smittskydds institutet.se)) (13). V= Av infektionen vanligast drabbade åldersgruppen år 2007. NV= Av infektionen näst vanligast drabbade åldersgruppen år 2007.

Antalet anmälda klamydiainfektioner ökade med 45 % år 2007 jämfört med år 2006. Åren 2005-2007 ökade antalet anmälda fall av alla STI utom gonorré. År 2007 sågs den största procentuella ökningen gonorréfall bland kvinnor mellan 15-19 år (13). När STI diagnostiseras insätts vedertagen behandling och smittspårning initieras. Smittspårningen går ut på att hitta infekterade kontaktpersoner för att ge dem behandling samt att minska

risken för fortsatt smittspridning genom lämpliga förhållningsregler. Socialstyrelsen ansvarar för nationell samordning av smittspårningsarbetet medan smittskyddsläkaren ansvarar lokalt (14).

### *Syfte*

Det finns ungdomar med ett behov av att få testa sig för STI. UM utgör, även om deras huvudsakliga uppgift inte är att STI-testa, en organisation där detta är möjligt. En intressant fråga är: Ges samma möjlighet till ett adekvat STI-test oberoende av vilken UM man besöker? Syftet med denna pilotstudie är dels att försöka beskriva vilka rutiner UM i Skåne och i Västergötland har i arbetet med individer som vill undersöka om de drabbats av STI, dels att till varje intervjuad UM sända arbetet för att återföra den samlade informationen.

## **Material och Metod**

### *Informationsinhämtning*

Huvudmaterialet till pilotstudien inhämtades via personliga intervjuer på UM i Skåne och i Västergötland. Bakgrundsmaterialet eftersöktes via artikeldatabasen PubMed, Folkhälsoinstitutet, personliga intervjuer med doktorer, Socialstyrelsen samt via en telefonintervju med FSUMs vice ordförande. Från de intervjuade erhöles även regionala styrdokument samt policyprogram från FSUM.

### *Metod*

På varje UM genomfördes en personlig intervju med en anställd som tar hand om ungdomar som vill testa sig för STI. Ett första frågeformulär med 20 frågor konstruerades av författaren, redigerades av handledaren, och pilottestades på en UM i Skåne. 3 frågor lades till efter ytterligare två intervjuer. Det slutgiltiga frågeformuläret (Appendix I) användes sedan som bas vid varje intervju.

Antalet ungdomar i respektive UMs upptagningsområde kunde inte alltid anges, varför informationen eftersöktes på Statistiska centralbyråns hemsida, [www.scb.se](http://www.scb.se) (15), efter att den intervjuade angett vilken/vilka kommuner som utgjorde deras huvudsakliga upptagningsområde. I 5 fall sattes en nedre åldersgräns på 13 år för besökaren för att kunna ta reda på antalet. Inför den statistiska analysen delades UM ibland upp i två grupper baserat på upptagningsområde. De 19 UM som hade  $\leq 7500$  ungdomar i sitt

upptagningsområde bedömdes som små och de 16 med >7500 ungdomar i upptagningsområdet bedömdes som stora.

Andelen besökande nysvenskar angavs ibland i procent, ibland med ord, varför svaret på frågan inte redovisades i resultatet.

Den vanligaste besöksorsaken beskrevs ibland rörande alla besökare. Ibland uppdelades svaret på kön och då som STI-test för män och preventivmedel för kvinnor, men då det var fler kvinnor som besökte de berörda mottagningarna redovisades resultatet som preventivmedel.

På frågan om vem som tar proverna svarade vissa att det var personal som gjorde det, medan andra specificerade vilken personalkategori som gjorde det, svaret redovisades därför inte.

I sammanställningen betydde n antal och procentsiffrorna inom parentes betydde andelen av totala antalet svarande som varierade mellan 32-35 UM.

#### *Intervjuade mottagningar*

I Skåne insamlades information om alla 17 befintliga UM. 3 av de 17 var filialmottagningar, vilket bland annat innebar att personal från huvudmottagningen även arbetade på filialmottagningen. Därför inhämtades information rörande respektive mottagning vid intervjutillfället på antingen huvudmottagningen eller filialmottagningen. Filialmottagningarna och huvudmottagningarna redovisades som enskilda UM i resultatet. Under en UM i Skåne fanns två preventivmottagningar på andra orter, vilka exkluderades, eftersom de inte gick under namnet UM. Den första intervjun var en pilotintervju, men informationen från denna redovisades ändå eftersom resultatet var tillförlitligt. Vid ett intervjutillfälle handlades tre UM och vid tre tillfällen handlades två UM. Sammanlagt genomfördes 12 intervjuer i Skåne. 3 intervjutillfällen var under våren 2008. De övriga 9 var under veckorna 36-37 år 2008. Intervjuerna tog mellan 30-60 minuter vardera.

I Västergötland, där det fanns 40 UM, genomfördes 16 intervjuer som berörde 18 UM. Vid ett tillfälle handlades tre UM eftersom samma personal arbetade på alla mottagningarna. Ytterligare två UM kontaktades för att bli intervjuade, men en kunde inte boka in tid för en intervju och en gav inte möjlighet till STI-test, varför de exkluderades. Intervjuerna genomfördes under veckorna 38-39 år 2008.

#### *Statistik*

Den statistiska bearbetningen utfördes i datorprogrammen Microsoft Excel och SPSS 14. Signifikanta skillnader sågs vid  $p < 0.05$  efter ett Pearson Chi-Square-test.

## Etik

Denna studie gjordes med avseende på arbetsrutiner utan koppling till individuella patientdata, varför ansökan om forskningsetisk bedömning inte behövde göras.

## Resultat

### Svarande

39 UM tillfrågades om de ville ställa upp på en intervju. Fyra UM exkluderades då en inte utförde STI-prover, en inte kunde planera för en intervjutid och två gick under namnet preventivmottagningar. En intervju genomfördes på 28 UM vilket gav information om 35 UM, eftersom det på vissa mottagningar inhämtades information om flera mottagningar. 17 UM låg i Skåne och 18 i Västergötland.

### Ungdomsmottagningars tillgänglighet och besökare

Antal UM med barnmorska, kurator eller psykolog samt läkare, personalkategorierna som FSUM anser bör arbeta på en UM, redovisas i tabell 1.

Tabell 1

Personalkategori	Personalkategorier enligt FSUM på ungdomsmottagningar					
	UM i Skåne (n=17)		UM i Västergötland (n=18)		UM i Skåne och Västergötland (n=35)	
	Små (n=6)	Stora (n=11)	Små (n=13)	Stora (n=5)	Totalt antal UM	% av alla UM
Barnmorska	6	11	13	5	35	100
Kurator eller Psykolog	6	11	11	4	32	91,4
Läkare ( B, G, P alt V)	1	11	9	5	26	74,3

UM= Ungdomsmottagning. Små= UM med  $\leq 7500$  ungdomar i upptagningsområdet. Stora= UM med  $>7500$  ungdomar i upptagningsområdet. B= Barn och Ungdomsläkare. G= Gynekolog. P= Psykiater. V= Venereolog.

I Skåne var 6 mottagningar små UM, vilket motsvarade 35,3 % av alla UM i landskapet, och i Västergötland var 13 mottagningar små UM, vilket motsvarade 72,2 % av alla intervjuade i landskapet. 5 mottagningar i Skåne respektive 7 mottagningar i Västergötland nådde inte upp till FSUMs mål om vilka som bör arbeta på en UM.

19 UM (54,3 %), varav 8 i Skåne och 11 i Västergötland, hade öppet  $\geq 35$  timmar/vecka. 25 UM (71,4 %), varav 9 i Skåne och 16 i Västergötland, hade droppinverksamhet. Av de 19 UM som hade öppet  $\geq 35$  timmar/vecka hade 16 droppintider. Av de 16 UM som hade öppet  $< 35$  timmar/vecka hade 9 droppintider.

På 15 UM (42,9 %), varav 11 i Skåne och 4 i Västergötland, arbetade någon manlig sjuksköterska. Andelen manliga besökare angavs som <20 % av besökarna hos 24 UM (68,6 %), varav 9 i Skåne och 15 i Västergötland och  $\geq 20$  % hos 11 UM (31,4 %), varav 8 i Skåne och 3 i Västergötland. På UM där det arbetade en manlig sjuksköterska var andelen manliga besökare signifikant oftare  $\geq 20$  % av alla besökare jämfört med hos dem som inte hade någon manlig sjuksköterska ( $p=0,002$  Pearson Chi-Square-test).

Målgruppen för UM varierade åldersmässigt från avsaknad av nedre åldersgräns till 12-13 år och en övre åldersgräns mellan 20 och 25 år. I Västergötland var det vanligare att få vara 25 år jämfört med i Skåne. Genomsnittsåldern för en besökare var 18 år, vilket omnämndes av 11 UM (32,4 %).

Den vanligaste orsaken till att besöka en UM beskrevs som preventivmedelsrelaterad av 32 intervjuade (91,4 %). 3 intervjuade (8,6 %) angav STI-testning som den vanligaste besöksorsaken.

För ett STI-test kunde väntetiden vara  $\geq 7$  dagar hos 15 UM (44,1 %) och <7 dagar hos 19 (55,9 %). 6 av 16 UM i Skåne och 9 av 18 UM i Västergötland uppgav väntetid  $\geq 7$  dagar. De som hade öppet  $\geq 35$  timmar/vecka svarade dubbelt så ofta att väntetiden var  $\geq 7$  dagar jämfört med dem som hade öppet <35 timmar/vecka.

### *Provtagning för STI*

De som besökte en UM för att få göra ett STI-test sade ofta att de ville ”testa sig för allt”.

För diagnostik av klamydia och gonorré användes olika provmaterial. I båda landskapen användes på män oftast urinprov för klamydiadiagnostik. På kvinnor användes för klamydiadiagnostik oftast urinprov i Västergötland och ett kombinationsprov med urin och vaginalsekret i Skåne. Det vanligast använda provmaterialet för gonorrédiagnostik på män var i båda landskapen uretraprov. På kvinnor användes i båda landskapen oftast prov från cervix för gonorrédiagnostik. På 5 UM i Västergötland fanns för båda könen möjlighet att lämna urinprov för gonorrédiagnostik. Denna möjlighet gavs inte i Skåne. 4 intervjuade trodde att fler män skulle vilja testa sig för gonorré om det vore möjligt att använda urinprov på den ungdomsmottagningen.

Överallt användes blodprov för HIV- och syfilisdiagnostik.

Alla intervjuade angav, utan av författaren givna svarsalternativ, när de erbjöd gonorré-, syfilis- och HIV-prov. Möjlighet gavs att på varje UM nämna flera anledningar till ett erbjudande. De alternativ som återkom  $\geq 5$  gånger redovisas i tabell 2.



**Tabell 2**

När erbjuds gonorré-, syfilis- och HIV-prov på de 35 ungdomsmottagningarna?						
Anledning till erbjudande	Gonorré		Syfilis		HIV	
	Antal UM	% UM	Antal UM	% UM	Antal UM	% UM
Symtom	23	65,7	6	17,1		
Efter oskyddat eller skyddat samlag utomlands eller med någon som varit utomlands	20	57,1	25	71,4	27	77,1
Män som har sex med män	14	40	15	42,9	15	42,9
Om ungdomen är missbrukare eller haft samlag med missbrukare	6	17,1	5	14,3	13	37,1
Många partners (Såväl odefinierat som definierat antal)	6	17,1			7	20
Till alla	5	14,3	5	14,3	7	20
Ofta/alltid vid ett HIV-test			7	20		
När man vet lite om sin partner/okänd partner			5	14,3	7	20
Efter oskyddat samlag					6	17,1
Efter samlag med prostituerad					5	14,3
Vid oro eller ångest för HIV					11	31,4
Då ungdomen uttalar vilja att testa sig för HIV					10	28,6

UM= Ungdomsmottagning. Tomma rutor innebär att anledningen till erbjudande inte nämndes  $\geq 5$  gånger.

Alla angav vad de ansåg vara en sexuell riskkontakt och de hade möjlighet att ge fler än ett alternativ. De svar som uppgavs  $\geq 5$  gånger redovisas. Oskyddat eller skyddat samlag utomlands alternativt med någon som hade varit utomlands uppgavs av 23 UM (65,7 %). Oskyddat samlag uppgavs av 20 intervjuade (57,1 %). Om ungdomen missbrukade eller hade haft samlag med missbrukare sågs som en risk av 15 UM (42,9 %). Män som har sex med män (MSM) sågs som en riskkontakt av 14 UM (40 %). Samlag med många partners, där många i vissa fall definierades och i andra fall inte, sågs som en risk av 8 intervjuade (22,9 %). En riskkontakt kunde även vara då det förelåg liten kunskap om partnern, det ansåg 6 intervjuade (17,1 %). 5 UM (14,3 %) ansåg att samlag med prostituerad var en riskkontakt. De kontakter som bedömdes som riskkontakter korrelerade inte alltid så väl med när man erbjuder gonorré-, HIV- och syfilisprov. Oskyddat samlag och samlag med missbrukare eller eget missbruk nämndes oftare som en sexuell riskkontakt än som anledning till erbjudande om ett gonorré-, HIV- eller syfilistest.

De STI-prover som togs på UM i Skåne år 2007, korrelerat till antal ungdomar i upptagningsområdet och antal besök, redovisas i tabell 3. 9,0 % av klamydiaproverna och 0,6 % av gonorréproverna utföll positivt. Inget prov utföll positivt för HIV eller syfilis.

Av de fyra största UM i Skåne var enligt tabell 3 differensen i antalet besökare minst mellan mottagning P och Q. Mottagning Q var den av de båda som hade flest besökare men flest STI-prover togs på mottagning P. Av klamydiaproverna var 7,5 % och 10,8 % positiva på mottagning P respektive Q.

Siffror rörande Västergötland har inte kunnat insamlas då det där fanns fyra laboratorier som analyserade STI-proverna.

**Tabell 3**

Antal STI-prover korrelerat till antal besök och upptagningsområde på UM i Skåne år 2007								
UM	AU	Besök	Klamydia (1)	+ Klamydia (%) (1)	Gonorré	+Gonorré	Syfilis	HIV
A	1-2500	1000	355	29 (8,2)	61	0	40	41
B	2501-5000	736					1	1
C	2501-5000	1182	365	35 (9,6)				8
D	2501-5000	2488	685	55 (8,0)	82	0	94	96
E	2501-5000	353						
F	5001-7500	3917	1224	151 (12,3)	95	0	76	93
G	7501-10000	5485	1664	187 (11,2)			10	189
H	7501-10000	3679	1122	91 (8,1)	2	0	25	87
I	7501-10000	2870	901	104 (11,5)	36	0	28	71
J	7501-10000	3869	1100	98 (8,9)	131	0	140	141
K	10001-12500	5147	1491	112 (7,5)			8	75
L	12501-15000	6016	1405	164 (11,7)	6	0	25	59
M	17501-20000	8810	2085	174 (8,3)			53	327
N	>20000	9632	2763	170 (6,2)	126	2	169	326
O	>20000	3598	1373	109 (7,9)	58	1	53	120
P	>20000	5476	1933	145 (7,5)	146	1	163	243
Q	>20000	5764	1719	185 (10,8)	90	1	95	185
		70022	20185	1809 (9,0)	833	5	980	2062

UM= Ungdomsmottagning. AU= Antal ungdomar i upptagningsområdet. 1= statistik från bakteriologiska laboratoriet Universitetssjukhuset MAS, Malmö (16). +Klamydia= Prov som påvisade klamydia, antal och procent. +Gonorré= Prov som påvisade gonorré. UM B och E saknar beställningskod till laboratoriet, varför några siffror inte kan redovisas. Tomma rutor i övrigt innebär avsaknad av uppgift. Gonorréodlingar görs på två olika laboratorier i Skåne, i tabellen finns endast information från ett laboratorium.

Av 34 svarande framkom att 23 (67,6 %) hade tillgång till statistik över hur många STI-prover de tog år 2007. 6 UM (17,6 %) kunde få statistik från laboratoriet, men svaret om statistik vid intervjutillfället fanns på mottagningen saknas. 3 svarande (8,8 %) hade inte tillgång till statistik. 1 intervjuad (2,9 %) trodde att de hade statistik och 1 svarande (2,9 %) visste inte om de hade tillgång till statistik.

Flera olika personalkategorier kunde arbeta med smittspårning på en och samma mottagning. De personalkategorier som smittspårade var barnmorska/sjuksköterska på 28 UM, kurator hos 8 och den som tog provet på 5 UM (den som tog provet definierades inte). Det var vanligare att en kurator smittspårade i Skåne jämfört med i Västergötland.

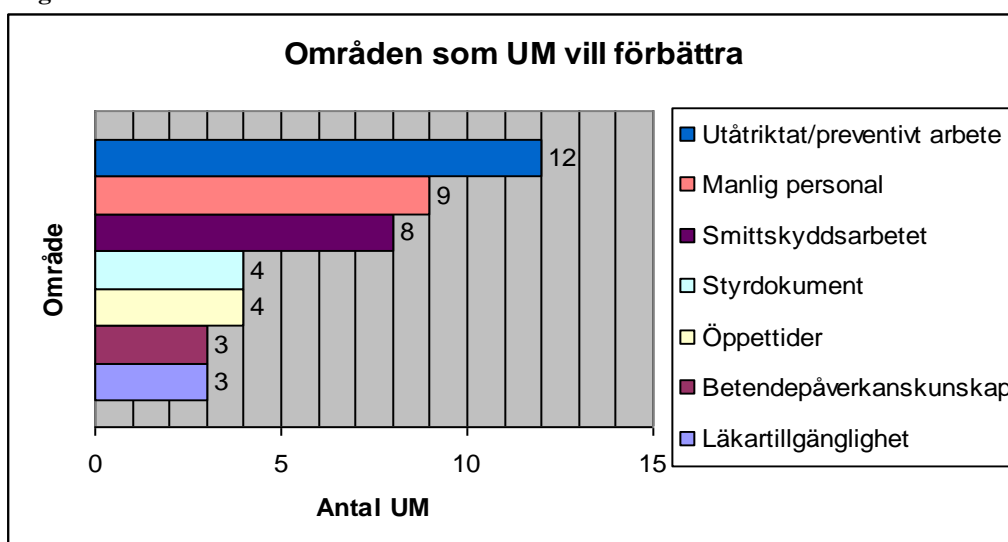
Alla delade ut gratis kondomer men 10 UM, varav 5 i Skåne och 5 i Västergötland, gjorde det med vissa restriktioner (exempelvis begränsat antal). 25 svarande (73,5 %) informerade om STI i skolor. 9 UM (26,5 %), varv 4 i Skåne och 5 i Västergötland, gjorde det inte.

## Resurser och framtid

15 UM (42,9 %) verkade inom primärvården som låg under regionen. 11 av de 15 låg i Skåne, de övriga 4 i Västergötland. 15 UM (42,9 %) arbetade under delat huvudmanskaps mellan kommun och region. 1 av de 15 låg i Skåne och de övriga 14 i Västergötland. 5 av de 15 kommenterade det delade huvudmannskapet, 1 ansåg att det var bra, 4 såg olika problem med situationen. 2 UM (5,7 %) låg under ett företag och 3 svarande (8,6 %) låg under ett sjukhus regi, alla låg i Skåne.

13 (40,6 %) av 32 svarande uppgav att de var nöjda med sina resurser för STI-handläggning medan 19 intervjuade (59,4 %) var mindre nöjda. I Skåne var det lika vanligt att vara nöjd som mindre nöjd medan det i Västergötland var dubbelt så vanligt att vara mindre nöjd jämfört med nöjd. 34 av 35 UM ansåg att de hade något att förbättra med STI-verksamheten. Alla hade möjlighet att nämna flera saker de ville förbättra. I diagram 1 redovisas de svar som gavs  $\geq 3$  gånger.

Diagram 1



## Diskussion

På de intervjuade ungdomsmottagningarna arbetar personer med specifik kompetens och beundransvärt engagemang i sitt arbete. Alla tillfrågade kunde tänka sig att ställa upp på en intervju och det fanns ett genuint intresse av att få STI-verksamheten utvärderad. Det kan antas att bemötandet gentemot besökande ungdomar är lika bra som det var gentemot författaren.

De viktigaste fakta som framkom var: De kontakter som UM ansåg vara sexuella riskkontakter korrelerade inte så väl med när man erbjöd prov för gonorré, HIV och syfilis;

på 15 UM kunde man behöva vänta 7 dagar eller längre för ett STI-test; andelen manliga besökare på mottagningen var större om där arbetade en manlig sjuksköterska.

Det kan ses som en styrka att den huvudsakliga informationen till denna pilotstudie inhämtats via personliga intervjuer med ett strukturerat frågeformulär eftersom missförstådda frågor då kunde klaras ut. Denna pilotstudie har även vissa svagheter. För det första borde intervjun ha gjorts på alla UM och inte vid samma tillfälle för såväl huvudmottagning som filialmottagning. För det andra borde vissa frågor ha omformulerats. Trots dessa svagheter ger pilotstudien information om 35 UM vilket utgör ett relativt stort material, som kan anses vara representativt för båda de undersökta landskapen, och som ger möjlighet till viss statistik bearbetning samt besvarande av den initiala frågeställningen.

I Skåne arbetade en manlig sjuksköterska på fler UM jämfört med i Västergötland. Det sågs att de UM som hade en manlig sjuksköterska oftare angav en högre andel manliga besökare. Enligt FSUMs medlemsmottagningars statistik från år 2007 var 11,5 % av deras besökare manliga (3). Om fler manliga sjuksköterskor anställs på UM i Västergötland kan sannolikt andelen manliga besökare öka. Även de UM som inte redan har en manlig sjuksköterska i Skåne borde verka för att få tillgång till en sådan.

FSUM anser att det på varje UM bör arbeta en barnmorska, en kurator alternativt en psykolog samt läkare på deltid (1). 12 av de intervjuade når inte upp till dessa mål.

Procentuellt fler UM i Västergötland har öppet  $\geq 35$  timmar/vecka jämfört med UM i Skåne. Vidare är droppintider vanligare och tillåtna maximala åldersgräns oftare högre på UM i Västergötland jämfört med i Skåne. Även antalet ungdomar i respektive mottagnings upptagningsområde är oftare mindre på UM i Västergötland jämfört med i Skåne. Dessa fakta gör att det kan antas att tillgängligheten till en UM är något större i Västergötland jämfört med i Skåne. Trots detta är det vanligare att behöva vänta sju eller fler dagar på att få göra ett STI-prov i Västergötland. En ytterligare studie hade varit intressant för att utröna om de i detta stycke framkomna fakta innebär att UM i Västergötland snabbare handlägger ungdomar med andra önskemål än STI-testning. Kanske beror skillnaderna på att det finns ett regionalt styrdokument för verksamheten i Västergötland men inte i Skåne. Ett arbete att ta fram ett sådant dokument pågår i Skåne.

UM gör en gedigen insats i att arbeta utåtriktat och preventivt. Många går ut i skolor och informerar om STI, men inte alla. Enligt FSUMs policyprogram bör UM arbeta med utåtriktat arbete, bland annat i skolan, och arbetet bör vara lika viktigt som arbetet på mottagningen (1). Som del i det STI-preventiva arbetet delar alla UM ut kondomer till sina

besökare, men vissa gör det med restriktioner som exempelvis begränsat antal. Man undrar om varför det är skillnader i utdelandet beroende på ort.

År 2007 sågs oftast klamydia- och gonorréinfektion i åldersgruppen 20-29-åringar. De som drabbades av syfilis eller HIV var oftast äldre. År 2007 anmäldes till smittskyddsinstitutet 6019 fall av klamydiainfektion och 63 fall av gonorréinfektion i Skåne (13). Av dessa diagnostiserades 30 % av klamydiainfektionerna och 7,9 % av gonorréinfektionerna på skånska UM. På skånska UM togs år 2007 gonorréprover i mindre utsträckning jämfört med syfilis- och HIV-prover samtidigt som alla HIV- och syfilisprover utföll negativt. Med tanke prevalensen av sjukdomarna och på vilka åldersgrupper som oftast drabbades av respektive infektion bör kanske dessa rutiner ses över.

Alla beskrev vad de ansåg vara en sexuell riskkontakt. Frågan var dock inte optimal utan den skulle ha ställts: "Vilka sexuella kontakter anser du utgöra en risk för att drabbas av en STI?" Om frågan hade ställts optimalt borde alternativen ha återkommit på samma sätt som för när de intervjuade erbjöd gonorré-, HIV, eller syfilisprov. Svaren överensstämmer i pilotstudien inte alltid så väl. Oskyddat samlag och samlag med missbrukare eller eget missbruk nämns oftare som en sexuell riskkontakt än som anledning till erbjudande om ett gonorré-, HIV- eller syfilisprov. Om man skall vara stringent utgör i princip alla sexuella kontakter utan kondom en risk för STI, sedan kan denna risk vara mindre eller större. En enkätbaserad studie som gjordes år 2006 visade att då unga MSM gick till en UM med viljan att HIV-testa sig fick 70 % erbjudande om STI-test, medan då de sökte en ungdomsmottagning för att STI-testa sig blev 43 % erbjudna ett HIV-prov (17). Kanske vore det bra om det finns tydligare direktiv för vad man ska anse vara en sexuell riskkontakt med därtill kopplad STI-provtagning.

FSUM skrev i sitt policyprogram att huvudmannskapet för en UM kan vara delat om en tydlig ansvarsfördelning finns (1). Det är vanligare att ha ett delat huvudmannskap i Västergötland jämfört med i Skåne. Vidare är det vanligare att vara mindre nöjd med sina resurser i Västergötland. Om det delade huvudmannskapet bidrar till detta visar inte studien. Om det är så att ett delat huvudmannskap gör att man är mindre nöjd med sina resurser kan det tyckas att detta bör beaktas under arbetet med styrdokumentet i Skåne. Där finns förslag om att ett utvidgat samarbete mellan kommun och region (8).

De flesta intervjuade hade en vision om vad de önskade förbättra med sin STI-verksamhet. Framförallt önskades ett förbättrat utåtriktat och preventivt arbete. Det kan antas att ett sådant arbete kan ge ökad kunskap om STI hos ungdomar, vilket sannolikt skulle minska antalet ungdomar som vill testa sig för allt.

Det kan antas denna pilotstudies material i sina delar är någorlunda representativt för de undersökta landskapen. Pilotstudien påvisar skillnader mellan mottagningarna i deras arbete rörande vilka möjligheter det finns för ungdomar att undersöka om de drabbats av sexuellt överförbara infektioner. Det hade varit bra att göra en liknande undersökning med ett redigerat frågeformulär i fler landskap på fler UM.

### *Slutsats*

De intervjuade UM arbetar något olika rörande personer som vill testa sig för STI, vilket leder till olika möjlighet för STI-testning beroende av ort. Det tycks finnas ett behov att utveckla tydligare riktlinjer för att få en mer strukturerad testverksamhet. Framförallt bör provtagningen utvidgas rörande klamydia och gonorré medan prov för syfilis och HIV endast bör tas i särskilda fall. För att öka andelen manliga besökare borde det på varje UM arbeta en manlig sjuksköterska.

### *Tack*

Tack till alla som intervjuades på respektive UM, till min sambo Ximena Bene, till Daniel Lindqvist, till Fredrik Vang, till Josefine Svensson och till Helena Warén samt till Andreas Svahn! Avslutningsvis vill jag rikta ett stort tack till min handledare Ove Bäck för all hjälp och konstruktiv kritik!

## **Referenser**

1. Föreningen för Sveriges Ungdomsmottagningar. POLICYPROGRAM för Sveriges Ungdomsmottagningar. 2002. Sidorna 2-14. Hämtat 080903 från [www.fsum.org](http://www.fsum.org).
2. Telefonintervju med Göran Källqvist, vice ordförande i FSUM, 080904.
3. Statistik 2007 från Föreningen för Sveriges Ungdomsmottagningar hämtad 080921 från [www.fsum.org](http://www.fsum.org).
4. Fors Z. Ungdomsmottagningen - ungdomar och personal berättar. Statens Folkhälsoinstitut. Rapport nr A 2005:5. Sida 6.
5. Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) (1982:763).
6. Om kvalitetsregister samt årets register, hämtat 080919 från [www.kvalitetsregister.se](http://www.kvalitetsregister.se).
7. UNGDOMSMOTTAGNINGAR i Västra Götaland, styrdokument daterat 051115. Sidorna 1-7.

8. Region Skåne. Närsjukvårdsberedningen. Beslutsförslag - Utredning ungdomsmottagningsverksamhet. 2008-03-28. Sidorna 1-5. Hämtat 080909 från [www.skane.se](http://www.skane.se).
9. Stenqvist K. PM. Rekommendationer för provtagning vid misstanke om STI/HIV och hepatit. Sida 1. Hämtat 080923 från [www.vgregion.se/smittskydd](http://www.vgregion.se/smittskydd).
10. Personlig intervju med Smittskyddsläkare, Hans Bertil Hansson, 080910.
11. Herlitz C. HIV och AIDS i Sverige – kunskaper, attityder och beteende hos allmänheten 1987-2007. Socialstyrelsen 2008-123-1. Sidorna 13-57. Västerås 2008.
12. Socialstyrelsen, Smittspårning vid sexuellt överförbara infektioner. Artikelnummer 2007-101-2. Sida 47. Västerås 2007.
13. Smittskyddsinstitutets statistik. Hämtad 080923 från [www.smittskyddsinstitutet.se](http://www.smittskyddsinstitutet.se).
14. Smittskyddslagen (SML) (2004:168).
15. [www.scb.se](http://www.scb.se)
16. Statistik från bakteriologiska laboratoriet Universitetssjukhuset MAS, Malmö.
17. Tikkanen R. Person, Relation och Situation. Riskhandlingar, hivtest och preventiva behov bland män som har sex med män. Malmö Högskola 2008. FoU rapport 2008:1. ISBN 978-91-7104-211-8. Sidorna 65-79. Holmbergs. Malmö 2008

## **Appendix I**

1. Vilka öppettider har ni?
2. Har ni droppintider?
3. Arbetar en manlig sjuksköterska eller barnmorska på er ungdomsmottagning?
4. Vilka personalkategorier arbetar på er ungdomsmottagning?
5. Hur många ungdomar har ni i ert upptagningsområde?
6. Hur gamla får de som kommer hit vara?
7. Vad är det för genomsnittsålder på dem som kommer till er?
8. Hur är fördelningen mellan pojkar och flickor?
9. Hur är fördelningen mellan nysvenskar och svenskar?
10. Vilken är den vanligaste orsaken till att ungdomar besöker er?
11. Hur långa väntetider har ni om man vill STI-testa sig?
12. Om en person kommer och säger att han/hon vill ”testa sig” vilka prover tar ni då?
13. När erbjuder ni HIV-, gonorré- och Syfilisprov?

14. Hur tar ni proverna?
15. Vem tar proverna?
16. Vad anser ni vara en sexuell riskkontakt?
17. Har ni tillgång till statistik över hur många prov ni tog år 2007?
18. Vem sköter eventuell smittspårning?
19. Delar ni ut gratis kondomer?
20. Går ni ut i skolor och informerar om könssjukdomar?
21. Är ni nöjda med de resurser ni har för STI-handläggning?
22. Vem finansierar er verksamhet, kommunen eller regionen?
23. Finns det något som ni skulle vilja förbättra med er STI-verksamhet?