

Barnmorskors åsikter om frågor inför STI- provtagning

- En enkätstudie i Göteborg och södra
Bohuslän

FÖRFATTARE	Linnéa Gross Marie Ordéus Öhman
PROGRAM/KURS	Barnmorskeprogrammet/15 högskolepoäng/RPH100 H12 Examensarbete i reproduktiv och perinatal hälsa HT 2013
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Tone Ahlborg
EXAMINATOR	Evelyn Hermansson

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



Titel (svensk):	Barnmorskors åsikter om frågor inför STI-provtagning – En enkätstudie i Göteborg och södra Bohuslän
Titel (engelsk):	Midwives opinions about questions before STI testing – A survey in Gothenburg and the south of Bohuslän
Arbetets art:	Självständigt arbete - Magisteruppsats
Program/kurs/kurskod/	Barnmorskeprogrammet, /H12/RPH100, 15 hp
Kursbeteckning:	Examensarbete i reproduktiv och perinatal hälsa.
Arbetets omfattning:	15 högskolepoäng
Sidantal:	48 sidor
Författare:	Linnéa Gross Marie Ordéus Öhman
Handledare:	Tone Ahlborg
Examinator:	Evelyn Hermansson

SAMMANFATTNING (svenska)

Bakgrund: Förekomsten av STI såsom gonorré, hepatit B och C, HIV, AIDS, klamydia och syfilis har under de senaste åren ökat i Sverige. Studier visar att långt ifrån alla som utsatt sig för smitta eller har symtom på STI går och testar sig. Dessutom visar studier att vårdpersonal ibland nekar individen STI-provtagning trots att detta inte är tillåtet. För att underlätta barnmorskans arbete med anamnestagande vid STI har det utvecklats ett frågeformulär inför STI-provtagning. Det saknas dock information om barnmorskors åsikter vid användandet av frågeformuläret.

Syfte: Syftet var att utvärdera barnmorskors åsikter om frågeformuläret "Frågor inför STI-provtagning" på barnmorske- samt ungdomsmottagningar i Göteborg och södra Bohuslän. **Metod:** En semistrukturerad enkät skickades ut till 124 barnmorskor vid barnmorske- och ungdomsmottagningar i Göteborg och södra Bohuslän. De slutna frågornas svar analyserades med deskriptiv statistik och de öppna frågorna kategoriserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: Resultatet baseras på 81 besvarade enkäter där 91 % (n=74) känner till frågeformuläret men endast 49 % (n=40) använder det. De nackdelar med frågeformuläret som framkommer är att barnmorskorna glömmer bort att det finns och att de anser att de inte behöver frågeformuläret. Fördelar barnmorskorna finner med frågeformuläret är att det känns professionellt och att det kan leda vidare till diskussion med patienten om STI-prevention. **Slutsats:** Efter att ha genomfört studien är vi av den åsikten att formuläret "Frågor inför STI-provtagning" är ett bra redskap för barnmorskor i det dagliga arbetet med STI. Däremot anser vi att några frågor i formuläret kan ses över och utvecklas för att bli mer innehållsrika. Det viktigaste är dock att det preventiva arbetet med STI pågår eftersom den fortsatta ökningen av STI utgör ett hot mot människans sexuella och reproduktiva hälsa.

Nyckelord: Barnmorskors åsikter, enkätstudie, sexuell hälsa, sexuellt risktagande och STI

ABSTRACT (engelska)

Background: The occurrence of STI such as gonorrhoea, hepatitis B and C, HIV, AIDS, chlamydia and syphilis have increased in the last few years in Sweden. There are studies that show that many individuals who are exposed to infection, or have symptoms of STI, do not get tested. Furthermore, studies show that health professionals sometimes refuse STI testing despite the fact that this is not allowed. To facilitate the midwives' work with background questioning on STI, a questionnaire has been developed. At present, there is no information about how the midwives' themselves experience using the questionnaire. **Aim:** The aim was to investigate the midwives' opinions about the questionnaire "Questions before STI testing" on antenatal clinics and clinics for adolescents in Gothenburg and the south of Bohuslän. **Method:** A semistructured survey was sent out to 124 midwives in the previous mentioned area. The answers from the yes/no section of the survey were analyzed with descriptive statistics whilst the open end questions' answers were categorized with the help of qualitative content analysis. **Results:** The results were based on 81 answered surveys where 91 % (n=74) were aware of the questionnaire while only 49 % (n=40) used it. The experienced disadvantages with the questionnaire were that the midwives forgot about the questionnaire as well as not feeling the need to use it. However, the advantages with the questionnaire were that the midwives felt more professional and that it could stimulate further discussion with the patients about STI prevention. **Conclusion:** After performing the study, we are of the opinion that the "Questions before STI testing" questionnaire is a good tool for midwives in their daily work with STI. On the other hand we feel that some of the questions in the questionnaire could be improved and the questionnaire become more extensive. The most important thing however is that preventative work with STI continues, because the increase of STI is a threat to human's sexual and reproductive health.

Keywords: Midwives' opinions, sexual health, sexual risktaking, STI and survey

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	2
DEFINITION AV STI	2
HISTORISK SYN PÅ SEXUALITET	2
SMITTSKYDDSLAG 2004:168	3
GONORRÉ	5
SYFILIS	5
HIV/AIDS	6
HEPATIT B OCH C	7
KLAMYDIA	8
BARNMORSKANS ARBETE MED STI	8
TEORETISK REFERENSRAM	10
Sexuellt risktagande	10
Sexuell hälsa	11
Empowerment	12
AKTUELL FORSKNING OM STI	13
PROBLEMFÖRMULERING	16
SYFTE	16
METOD	16
ENKÄTUTFORMNING, DATAINSAMLING OCH URVAL	17
DATAANALYS	18
Risk-nytta analys	20
RESULTAT	20
ANTALET UTSKICKADE OCH BESVARADE ENKÄTER	20
FRÅGA 2: KÄNNER DU TILL FORMULÄRET ”FRÅGOR INFÖR STI-PROVTAGNING”?	21
FRÅGA 3: ANVÄNDER DU DIG AV FORMULÄRET I DITT DAGLIGA ARBETE?	22
FRÅGA 4: UNDERLÄTTAR FORMULÄRET DITT ARBETE MED STI?	22
FRÅGA 5: HUR ANVÄNDER DU DIG AV FORMULÄRET?	22
FRÅGA 7: TYCKER DU ATT FRÅGEFORMULÄRET ÄR HBTQ-VÄNLIGT?	23

KATEGORISERING AV DE ÖPPNA FRÅGORNA	23
FRÅGA 3: MOTIVERA VARFÖR DU INTE ANVÄNDER FORMULÄRET	25
Muntlig anamnes	25
Okunskap	25
Identitetskränkning	25
Träffar inte aktuell målgrupp	25
Passar inte på aktuell mottagning	25
Formuläret behövs inte	26
FRÅGA 4: UNDERLÄTTAR FORMULÄRET DITT ARBETE MED STI?	26
Formuläret underlättar	26
Formuläret underlättar inte	27
Övriga synpunkter	27
FRÅGA 6: VILKA YTTERLIGARE FRÅGOR INOM OMRÅDET (UTÖVER DE SOM INGÅR I FORMULÄRET) STÄLLER DU?	27
Parrelation	27
Sexualitet	28
Preventivmedel och kondom användning	28
Kunskap om STI	28
Risktagande	28
Ofrivilligt samlag	29
FRÅGA 8: ÖVRIGA SYNPUNKTER OM FORMULÄRET	29
Positiva synpunkter	29
Negativa synpunkter	30
Förslag på förändring	30
DISKUSSION	31
METODDISKUSSION	31
Enkätutformning och analys	31
Förförståelse	32
Bortfall	33
Svagheter och styrkor	34
RESULTATDISKUSSION	35
FÖRSLAG PÅ FORTSATT FORSKNING	40
SLUTSATS	40
IMPLIKATIONER	41
REFERENSER	42

BILAGOR

- 1. FRÅGOR INFÖR STI-PROVTAGNING**
- 2. ENKÄT OM FRÅGOR INFÖR STI-PROVTAGNING**
- 3. E-POST TILL ENHETSCHEFER**
- 4. INFORMATION TILL VEDERBÖRANDE CHEF**
- 5. FORSKNINGSPERSONSINFORMATION**
- 6. PÅMINNELSE INFORMATION TILL VEDERBÖRANDE CHEF**
- 7. PROVTAGNINGSMALL STI**

INLEDNING

Historiskt sett har det skett en förändring av synen på sexualitet och hälsa i Sverige (1). På grund av ökande prevalens av sexuellt överförbara infektioner, Sexually Transmitted Infections (STI), instiftades år 1918 Lex Veneris vilken är föregångaren till dagens Smittskyddslag, 2004:168 (2). I mitten av 1950-talet blev sexualundervisning en del av läroplanen i svenska skolor och genom detta skedde en förändring av samhällets syn på sexualiteten. Uppfattningen gick från att vara konservativ, det vill säga att sexuellt umgänge endast var accepterat inom äktenskapet, till att bli mer liberal där sexuella relationer kunde ske fritt utan krav på giftermål (1). Förekomsten av STI såsom gonorré, hepatit B och C, Humant Immunbristvirus (HIV), Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), klamydia och syfilis har varierat historiskt i Sverige. Den genomgående trenden är att STI har ökat i allmänhet och klamydiainfektioner i synnerhet (2). Idag finns det hälso- och sjukvårdsinrättningar som erbjuder STI-provtagning, dock visar studier att det är långt ifrån alla med symtom eller som tror sig ha blivit utsatt för smitta som testar sig. Dessutom ses att vårdpersonal emellanåt nekar individen provtagning trots att detta inte är tillåtet (3). STI är ett långvarigt och aktuellt samhällsproblem då det kan innebära både fysiska och psykiska konsekvenser för den drabbade individen. Det är viktigt att sjukvården har optimala förutsättningar för att kunna ge professionell samt individanpassad vård (2). För att underlätta barnmorskans arbete med anamnstagande vid STI-provtagning har det under år 2011 utvecklats ett frågeformulär av HIV-prevention och Smittskyddsenheten i Västra Götalandsregionen (VGR). Det saknas dock information om barnmorskors åsikter om formuläret samt hur de upplever det är att använda frågeformuläret.

BAKGRUND

DEFINITION AV STI

Tidigare benämndes STI som sexuellt överförbara sjukdomar, Sexually Transmitted Diseases (STD). Övergången till benämningen STI gjordes för att infektioner orsakas av virus, bakterier eller parasiter vilka har potential att skapa ohälsa hos en person. Personer smittade med STI behöver inte ha symtom av infektionen eller känna sig sjuk trots smittan. Sjukdom innebär däremot att personen känner sig sjuk eller har symtom (4). Socialstyrelsen och Smittskyddsinstitutet (SMI) definierar STI som ett samlingsbegrepp på infektioner som huvudsakligen sprids genom sexuellt umgänge men även andra smittvägar såsom blod, kroppsvätskor och "mor-barnsmitta" förekommer (3, 5). STI sprids av bakterier eller virus och smittar via könsorgan, mun eller analöppning. Vid vaginala och anala samlag är risken störst att smittspridning sker (6). STI kan förebyggas genom kondom användning, information till allmänheten och smittspårning genomförd av hälso- och sjukvården (5, 7). Till STI hör följande infektioner: flatlöss, genital herpes, gonorré, hepatit B och C, HIV, AIDS, klamydia, kondylom, mycoplasma genitalium, skabb och syfilis. Även lymfogranuloma venereum och ulcus molle tillhör STI och orsakas av bakterier som ger sår kring genitalia eller anus. Dessa båda sjukdomar är dock mycket ovanliga i Sverige (8).

HISTORISK SYN PÅ SEXUALITET

Under antiken dyrkades kroppen och offentlig nakenhet var vanligt på idrottsarenor och inom konsten. Dock var filosofin att sexlusten skulle stävjas och förnuftet var tvunget att kontrollera det sexuella begäret. För fortplantning var äktenskap nödvändigt och den sexuella samvaron fick huvudsakligen ske inom detta. Antikens grundsyn på det sexuella umgänget levde kvar i samband med kristendomens uppkomst, däremot utvecklades en konflikt mellan reproduktion och strävan om total avhållsamhet. Idealet inom kristendomen var fullständig avhållsamhet, dock fortsatte sexuella relationer inom äktenskapet att vara tillåtet med tanke på

fortplantningen. I västvärlden betraktades sexuellt umgänge utanför äktenskapet som skamfyllt och moraliskt förkastligt (9).

År 1910 försökte Hinke Bergegren (9) betona vikten av preventivmedel, han menade att många och täta födslar hade negativa konsekvenser för människan såsom sjukdom och fattigdom. Bergegrens uppmanande väckte anstöt i samhället och ledde till rättegång samt att lagen Lex Hinke instiftades vilken fastställde ett förbud mot att informera om preventivmedel. Under 1930-talet reste Elise Ottosen-Jensen (9) genom Sverige och delgav befolkningen sexualundervisning samt information om preventivmedel och 1933 startade hon Riksförbundet För Sexuell Upplysning (RFSU). Det dröjde dock till år 1938 innan Lex Hinke avskaffades (9). Under senare halvan av 1900-talet förändrades synen på sexualiteten vilket ledde till en mer tillåtande syn på sexuella relationer innan äktenskapet som i sin tur ledde till ökande prevalens av STI i Sverige (4). När p-pillret lanserades i Sverige på 1960-talet tog den sexuella revolutionen fart vilket gjorde att kvinnor och män blev mer sexuellt jämställda och kondomanvändningen sjönk drastiskt. Film och sociala medier var en bidragande orsak till den liberala inställningen till sexuella relationer (10) och på 90-talet började Internet användas för att bejaka kärlekslivet samt den sexuella lusten (4).

SMITTSKYDDSLAG 2004:168

I början av 1900-talet började läkare i Sverige rapportera antalet fall av gonorré och syfilis till Hälsovårdsmyndigheten och 1918 lagstodgades rapportskyldigheten genom instiftandet av Lex Veneris, vilken är föregångare till dagens smittskyddslag (2). Lagen tvingade alla, oavsett kön eller social status till läkarundersökning av genitalier vid misstänkt smitta samt eventuell behandling för att minska smittspridning (11).

Syftet med dagens smittskyddslag är att skydda befolkningen mot spridning av smittsamma sjukdomar. Dessa definieras i lagtexten som sjukdomar som överförs till eller mellan människor och innebär ett hot mot människors hälsa. Lagen reglerar handläggandet av både allmänfarliga respektive samhällsfarliga sjukdomar. Sjukdomar klassificeras som allmänfarliga om de kan vara potentiellt livshotande, medföra lidande eller långvarig sjukdom

där det finns möjlighet att förebygga smittspridning genom åtgärder som riktas till den drabbade individen. Till de allmänfarliga sjukdomarna räknas STI (12).

Samhällsfarliga sjukdomar är allmänfarliga sjukdomar som kan få spridning i samhället vilket medför eller kan orsaka allvarlig störning i samhällsfunktioner och kräver speciella smittskyddsåtgärder. Svår Akut Respiratorisk Sjukdom (SARS) klassificeras som samhällsfarlig sjukdom, även smittkoppor räknas till denna kategori trots att den idag är utrotad.

Lagen innefattar även att allmänfarliga sjukdomar ska anmälas och bli föremål för smittspårning men att detta ska utföras med respekt för människors lika värde och integritet. Om individen motsätter sig provtagning eller behandling ska tvångsåtgärder övervägas om inga andra alternativ ses. Den smittade ska erbjudas stöd för att förändra sin livsstil samt nödvändig vård utifrån smittskyddssynpunkt (12).

Socialstyrelsen ansvarar för smittskyddet på nationell nivå men varje landsting har ansvar för lokala smittskyddsåtgärder, bland annat att det ska finnas en smittskyddsläkare i varje landsting. Ansvar hos den enskilda individen omfattas av att vara uppmärksam och vidta försiktighetsåtgärder för att bidra till minskad spridning av smittsamma sjukdomar. Misstänker personen att denna drabbats av en allmänfarlig sjukdom ska denna skyndsamt uppsöka hälso- och sjukvården för att låta sig undersökas. Vårdpersonalen är i sin tur skyldig att undersöka patienten och ta nödvändiga prover. Den behandlande läkaren, eller annan hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för att efter smittspårning underrätta de individer som kan ha utsatts för en smittsam sjukdom. Förhållningsregler ska ges individuellt såsom att individen ska anta ett beteende som minimerar risken för smittspridning vid sexuella kontakter. Den som misstänker sig vara bärare eller är diagnostiserad med en allmänfarlig sjukdom har skyldighet att uppge detta till de människor som riskerar eller riskerats att bli smittade. I Smittskyddslagen klassificeras gonorré, syfilis, HIV/AIDS, hepatit B samt C och klamydiainfektion som allmänfarliga sjukdomar (12).

GONORRÉ

Gonorré finns beskriven redan i Tredje Mosebok och räknas som den äldsta dokumenterade STI (2). Gonorré fick sitt namn ungefär år 100 efter Kristus (e.Kr). Namnet härstammar från grekiskan och betyder flöde av säd (10). Intresset för den bakomliggande orsaken till gonorré tog fart under 1800-talet och år 1879 upptäcktes bakterien *Neisseria Gonorrhoeae*.

Behandlingen av gonorré revolutionerades år 1928 genom upptäckten av penicillinet vilket ledde till att infektionen kunde botas. Under 1900-talets början var gonorré framför allt en infektion som i huvudsak drabbade män och var det fram till 1960-talet. Gonorré tillhörde den vanligaste STI under 1970-talet därefter sjönk prevalensen kraftigt under 1990-talet för att sedan återigen öka. Dagens ökning tros bero på att människor reser mer frekvent (13).

År 2011 anmäldes 951 fall av gonorré i Sverige vilket var en ökning med 13 procent jämfört med föregående år. Ökningen har framförallt skett bland heterosexuella par och den största ökningen skedde bland kvinnor. Trots detta är gonorré idag dubbelt så vanligt hos män. Symtom vid gonorré är inte alltid framträdande, det kan yttra sig exempelvis som en flytning eller besvär vid vattenkastning. Misstänkt eller konstaterad gonorré behandlas med antibiotika och efter avslutad behandling tas ett kontrollprov från det smittade området. Behandlas inte gonorré kan det hos kvinnan leda till salpingit vilket i sin tur kan orsaka infertilitet. Hos mannen kan gonorré i sin tur drabba bitesticklarna eller prostatan och kan då, i sällsynta fall, orsaka infertilitet (14).

SYFILIS

Rester av syfilis har hittats på skelett från 1500-talet e.Kr. Genom sjömän och soldater spred sig syfilis över världen. I Norden var det framförallt i bastustugorna där ”osunt leverne” utövades som syfilis spreds. Från början ansågs syfilis vara Guds straff utdelat till människorna men i takt med att de finare samhällsklasserna smittades förändrades synen och därefter ansågs att de som ännu inte smittats var utbildade och bondaktiga (2). År 1905 fastställdes bakterien *Treponema Pallidum* som orsak till syfilis. Några år senare framställdes Salvarsan, vilken var en form av antibiotika som senare visade sig ha kemoterapeutiska

egenskaper som kunde lindra syfilis (11). Precis som hos gonorré revolutionerades vården i samband med upptäckten av penicillin.

År 2011 drabbades 206 personer av syfilis i Sverige, detta var en ökning med cirka fyra procent från föregående år. Syfilis ökade framförallt hos män som haft sexuella relationer med män. Det var även hos heterosexuella män som smittan var vanligast förekommande och incidensen var vanligast i åldrarna 25 till 44 år oavsett kön. Syfilis är normalt en långsamt progredierande sjukdom, en individ kan bära på smittan i flera år utan att uppvisa symtom. Finns symtom ses oftast oömma sår vid det drabbade området (14). Inget vaccin finns mot infektionen men den kan spontanläka eller behandlas med intravenös antibiotika (8). Botas inte syfilis kan det leda till påverkan av hjärnan och cirkulationssystemet (14).

HIV/AIDS

HIV kommer ursprungligen från schimpansen och efter att viruset muterat kunde även människan smittas. Forskare tror att överföringen till människan skedde på 1940-talet. Infektionen blev anmälningspliktig enligt Smittskyddslagen år 1983 (2) och sedan år 2005 ingår HIV-serologi i rutinprovtagningen på alla gravida kvinnor (15).

Totalt har det rapporterats ungefär 10 000 fall av HIV i Sverige sedan registreringen började och cirka 6 000 personer lever idag med infektionen (14). År 2011 rapporterades det in 465 nya fall av HIV till SMI (16). Medianåldern för de drabbade var 35 år med en spridning på 0 till 75 år. Majoriteten av de smittade var män som haft en eller flera homosexuella relationer samt smittats utomlands där det vanligaste smittlandet var Thailand (14). Virus angriper de vita blodkropparna vilket leder till att immunförsvaret försvagas successivt (16). Det är inte ovanligt att symtom som förkylning, svullna lymfkörtlar och feber förekommer några veckor efter HIV-smitta, en så kallad primärinfektion (17). Det finns idag ingen behandling eller något vaccin mot infektionen eftersom viruset lagras i arvsmassan och det ständigt muterar. Dock har det utvecklats effektiva bromsmediciner (16) som har till uppgift att bromsa sjukdomsförloppet, förebygga AIDS samt att stärka kroppens immunförsvaret (14). Sätts inte bromsmediciner in i tid kommer den smittade personen att drabbas av AIDS (14).

År 2011 rapporterades 53 nya fall av AIDS, framförallt bland immigranter som förde med sig infektionen. Antalet AIDS-fall har genom åren minskat kraftigt vilket tros vara kopplat till de effektiva bromsmedicinerna (14).

HEPATIT B OCH C

Hepatit B är en virusinfektion som framförallt angriper levern. Viruset finns i blodbanan, saliv och i övriga kroppsvätskor. Det tar ungefär två till sex månader från smittotillfället tills dess att infektionen bryter ut. Dålig aptit och extrem trötthet är exempel på symptom, ibland utvecklas även en gulaktig färgton i huden och ögonvitorna (18). Hos vuxna läker infektionen oftast ut spontant (15, 18) men i vissa fall blir infektionen kronisk då komplikationer som leversvikt och levercancer kan förekomma (15). Hepatit B förekommer i stor utsträckning i Asien och Afrika då de flesta smittas genom "mor-barn smitta" i samband med förlossning (15, 18). Idag tas blodprov på alla gravida kvinnor i Sverige för att kontrollera om de är bärare av hepatit B (15). Det finns vaccin mot infektionen men det är även viktigt att belysa vikten av kondomvändning vid sexuellt umgänge (18).

Under 2011 rapporterades 48 nya fall av hepatit B som var orsakade genom sexuell kontakt. Totalt smittades 1 357 individer av infektionen vilket var något färre jämfört med tidigare år (14).

Hepatit C är också en virusinfektion men där viruset enbart överförs via blod (15, 19). Viruset upptäcktes inte förrän år 1989 varför många har smittats i samband med blodtransfusioner (19). Det är inte lika stor risk att smittas av hepatit C vid sexuell kontakt som det är med hepatit B (19). Inkubationstiden är mellan två till tolv veckor (15). Symtom som kan förekomma är trötthet, matleda och leverpåverkan (19). Hos gravida tas endast blodprov om det finns risk att kvinnan smittats eller blivit utsatt för smitta (15). Det finns inget vaccin mot hepatit C men det finns läkemedel som både kan förebygga komplikationer såsom leversvikt och levercancer men också göra personen helt fri från infektionen (15, 19). I Sverige smittades 2 086 personer med hepatit C under 2011 varav 99 stycken genom sexuell kontakt vilket var en ökning jämfört med föregående år (14).

KLAMYDIA

Klamydia orsakas av bakterien Chlamydia Trachomatis och upptäcktes i början av 1900-talet men det var först på 1980-talet som klamydiadiagnostik kunde utföras i Sverige (14). Från början betraktades klamydia vara likt smittkoppor men det var under 1960-talet som patologin blev känd. Kliniska symtom som sveda, trängning vid miktion samt flytning från det infekterade området kan ses (10), dock är majoriteten av de smittade helt symtomfria (20). Konstaterad klamydiainfektion behandlas med antibiotika per oralt. Infektionen kan läka ut spontant men obehandlad och framförallt flertalet klamydiainfektioner kan leda till infertilitet (8). År 1988 skrevs klamydia in i Smittskyddslagen och året därpå rapporterades att cirka 25 000 invånare drabbats av infektionen (14, 21). Under början av 90-talet sjönk antalet klamydiafall till omkring 15 000 fall per år. Sedan år 1998 har klamydia ökat kraftigt i Sverige, infektionen ökade hos både kvinnor och män och huvudsakligen inom heterosexuella relationer. Siffror från 2011 visar att 37 290 personer smittades. Mellan åren 2006 och 2007 skedde en ökning av antalet anmälda fall som sannolikt orsakades av en mutation av bakterien (1, 14). Enligt Världshälsoorganisationen, World Health Organisation (WHO) sker det årligen nästan 100 miljoner nya fall av klamydia runtom i världen. Klamydia är den vanligast förekommande STI i Sverige (1, 22) och är vanligast i åldersgruppen 20-29 år (14).

BARNMORSKANS ARBETE MED STI

Enlig kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska (23) ska barnmorskor ha kunskap om STI samt kunna ge information om detta. Barnmorskan skall även ha förmåga att utföra och följa upp STI-provtagning (23). En svensk studie (3) som undersökt vad barnmorskor på 226 av landets 270 ungdomsmottagningar erbjöd för STI-provtagning till en ung kvinna som uppgav att hon vid upprepade tillfällen haft oskyddat samlag med en för henne relativt okänd man. Endast en fjärdedel av barnmorskorna på ungdomsmottagningarna rekommenderade HIV-prov och bara en tredjedel erbjöd henne preventivmedelsdiskussion. Det barnmorskorna fokuserade på, för att bedöma vilka STI-prover som skulle tas, var den manliga partners hemland medan sexualbeteendet hos kvinnan belystes sällan (3).

För att underlätta barnmorskans arbete med anamnestagande vid STI-provtagning har det under år 2011 utvecklats ett frågeformulär ”Frågor inför STI-provtagning” (Bilaga 1) av HIV-prevention och Smittskyddsenheten i VGR. För att få information om frågeformuläret ”Frågor inför STI-provtagning” tog författarna via e-post kontakt med Stefan Lack, sjuksköterska och enhetschef på HIV-prevention samt barnmorskan Eva Rundberg, anställd på HIV-prevention i VGR. Frågeformuläret hade tagits fram av HIV-prevention samt Smittskyddsenheten i VGR och ansvarig för arbetet stod smittskyddsläkaren Peter Nolskog. HIV-prevention, är en organisation i VGR som har ett regionalt uppdrag att förbättra det preventiva arbetet med STI samt oönskade graviditeter. De har även ett nära samarbete med frivillighetsorganisationer samt vårdinrättningar i VGR (24). Smittskyddsenheten är en verksamhet som vill reducera risker för smittspridning av sjukdomar mellan människor (25). Arbetet med att skapa frågeformuläret ”Frågor inför STI-provtagning” påbörjades i början av år 2010 av en projektgrupp bestående av sex personer från HIV-prevention, Smittskyddsenheten och från verksamheter som hade identifierats som målgrupp. Projektgruppen skrev ihop ett förslag som sedan behandlades av nyckelpersoner såsom verksamhetschefer, läkare och barnmorskor inom olika kliniker och enheter i regionen. Hösten 2011 ansåg projektgruppen att de fått fram ett bra och innehållsrikt frågeformulär vilket pilottestades på en vårdcentral, en barnmorskemottagning samt en ungdomsmottagning i de olika sjukhusområdena Fyrbodal, södra Älvsborg, Skaraborg, Göteborg samt södra Bohuslän. Därefter utvärderades det genom synpunkter på formuläret och en sista detaljändring gjordes innan det skickades ut till cirka 400 olika mottagningar såsom vårdcentraler, barnmorske-, ungdoms-, gynekolog-, hud- samt köns- mottagningar. Frågeformuläret var färdigt för distribution i juni 2012.

Från början var frågeformuläret tänkt till de vårdinrättningar som inte arbetar med STI-provtagning regelbundet men då efterfrågan även fanns hos personer som var vana att arbeta med STI distribuerades det till alla enheter som kom i kontakt med frågor angående sexuell hälsa i hela VGR. Enligt HIV-prevention (24) och Smittskyddsenheten (25) blev nyttan med formuläret att det blev ett stöd i anamnesen och tanken var att patienten inte ska känna att provtagaren som enskild individ var nyfiken på patientens sexuella praktik, utan att det var sjukvården som behövde ha underlag för fortsatt handläggning och behandling. Frågeformuläret har därigenom underlättat och ökat kvaliteten på anamnesen samt provtagningen.

TEORETISK REFERENSRAM

Viktiga begrepp att belysa kopplat till STI och sexuella relationer är *sexuellt risktagande* och *sexuell hälsa*. Dessutom har alla individer egen bestämmanderätt över sin egen sexualitet och därigenom upplevs *empowerment*. Vi har valt att presentera dessa tre begrepp i en teoretisk referensram då vi anser att de är betydelsefulla för vår studie.

Sexuellt risktagande

RFSU (26) beskriver att under 1950-talet skapade två amerikanska psykologer vid namn Rosenstock och Hochbaum en teoretisk modell som förklarade begreppet sexuellt risktagande. Modellen fick namnet "The health belief model" (HBM) och har använts i många studier för att beskriva orsaken till olika riskbeteenden. Rosenstock och Hochbaum beskrev två huvudelement som centrala i HBM. Det första elementet var upplevd sårbarhet och det andra var upplevda förväntningar. Den upplevda sårbarheten varierade hos människor då den innefattade hur stor risk personen ansåg det var att drabbas exempelvis av STI samt hur farlig den upplevdes vara. Individen kunde också distansera sig genom att uppleva att sjukdomen inte kunde drabba en själv, alternativt om individen var geografiskt distanserad från smittan (26).

De hälsobefrämjande åtgärderna som en person kunde använda sig av för att minska risken att drabbas av den aktuella sjukdomen var det centrala i de upplevda förväntningarna. Här vägdes fördelar och nackdelar mot varandra genom att de hälsobefrämjande åtgärderna, såsom psykologiska, finansiella och fysiska faktorer jämfördes. Om fördelarna övervägde nackdelarna hade individen enligt modellen ett hälsosamt beteende (26).

Risktagande är en del av livet, framförallt under ungdomsåren då livet ofta präglas av en känsla av osårbarhet. Det är under denna period som processen att skapa sig en identitet och bli självständig äger rum. Risktagande kan både få positiva och negativa effekter. Positiva effekter kan leda till en bättre hälsa och därmed bidra till att personen mognar och utvecklas medan negativa kan leda till att hälsan sätts på spel. Ett dilemma är att dagens ungdomar erbjuds fler valmöjligheter än föregående generationer och därmed blir osäkra och villrådiga om hur de ska hantera dessa. Familjen, den sociala omgivningen och jaget är tre inflytelserika

faktorer som direkt påverkar ungdomars sexuella beteende (1). Det finns en koppling mellan hur rökning, droger och framförallt alkohol påverkar ungdomars sexuella risktagande. Ett problem är att ungdomar ofta känner sig osårbara och därmed ökar deras riskbeteende (1, 27, 28).

Bland unga vuxna ses oönskad graviditet som den mest allvarliga konsekvensen av ett sexuellt risktagande, tankar på att drabbas av STI förekommer däremot mer sällan. Majoriteten av ungdomar som har reflekterat över STI ser det inte som ett risktagande då de upplever infektioner som ofarliga eftersom de oftast kan behandlas (27, 28). I och med ökad förekomst av STI i Sverige antas människor vara mer sexuellt risktagande, detta gäller framförallt i åldrarna 15 till 29 år där STI ökar mest (26).

Sexuell hälsa

Socialstyrelsen definierar sexuell hälsa som sociala aspekter av sexuellt utövande på ett sätt som är positivt, förbättrar personligheten, kommunikationen och främjar kärlek (29).

År 2003 antog Riksdagen elva folkhälsopolitiska mål där sexuell hälsa berörs i form av ”Gott skydd mot smittspridning” och ”Trygg och säker sexualitet och god reproduktiv hälsa” (1, 30). Människors sexuella hälsa ska vara fri från diskriminering, våld och tvång för att den ska vara hälsosam (1, 31). Enligt Diskrimineringslagen, 2008:567 ska både kvinnor och män ha samma rättigheter vad det gäller sexuell hälsa (32).

Sexuell hälsa är central i människans existens och den skapas genom interaktioner mellan individer och samhället. Genom interaktionen skapas information om sexuell hälsa, det vill säga att en sexuell relation ska vara frivillig och ske på lika villkor. De individer som avviker från samhällets norm har ingen god sexuell hälsa enligt detta betraktelsesätt (33).

År 1994 genomfördes en världskonferens om befolkningsutvecklingen där det fastslogs att sexuell hälsa skulle ingå i begreppet reproduktiv hälsa, vilket i sin tur innebär att alla människor har rätt till en tillfredsställande och säker sexuell relation. Det fastslogs även att alla individers sexuella rättigheter ska respekteras oavsett kön, sexuell identitet, religion, ekonomi eller sjukdom för att främja sexuell hälsa. Målet med en god sexuell hälsa är att alla

människor ska ha lika förutsättningar och rättigheter att bestämma över sin egen kropp och sin sexualitet (33).

Ross et al (34) kom fram till att den sexuella hälsan hos ungdomar var betydelsefull för den sociala och subjektiva tillfredsställelsen. De kom också fram till att det var i tonåren som utvecklingen av identiteten skedde men framför allt skapandet av sexualiteten (34). Det är viktigt att ungdomar har ett gott självförtroende samt förmåga att hantera sina sexuella känslor för att uppnå sexuell hälsa. Idag finns ett flertal verksamheter som arbetar med sexuell hälsa såsom vårdcentraler, barnmorske- och ungdomsmottagningar (1).

Empowerment

Begreppet beskrevs först på 1960-talet i USA men har sitt ursprung i begreppet bemyndigande från 1600-talet (35). Empowerment som begrepp kan vara svårt att definiera då det inte finns någon direkt svensk översättning av ordet (36). Termer som kan användas för att beskriva betydelsen av empowerment är egenmakt, egenkraft samt förmåga till självbestämmande (35). Fortsättningsvis kommer begreppet att benämnas empowerment.

Empowerment sker genom att stärka personens självtillit och kunnande. Empowerment har som mål att personen ska känna ansvar för sitt agerande, exempel beträffande provtagning och övrig behandling. Då en patient ofta hamnar i en beroendeställning i vården blir överförandet av empowerment från vårdgivaren av särskild betydelse (37), speciellt då patienten kan känna sig isolerad och maktlös över situationen (38). Swift (38) menar att empowerment är en process men också ett mål. Under processens gång ska det ske en utveckling genom att personen ska känna kontroll samt ett makthavande. Det är dock viktigt att förstå att vårdgivarens makt inte försvinner bara för att patientens makt ökar (38).

Två amerikanska forskare vid namn Wallerstein och Bernstein (38) har genom en modell försökt beskriva hur patienten kan känna sig delaktig och ha en aktiv roll i behandlingen och vården. I denna modell ses vårdgivarna som resurser istället för enbart makthavare och patientens möjligheter och kunnskap ska respekteras samt sättas i fokus istället för att lägga vikt på dennes svagheter. Genom detta synsätt förändras de sedvanliga och konservativa tankarna kring vårdgivare och patient. Att ha kunskap om empowerment kan bli särskilt

aktuellt i vårdsituationer som kan kännas intima och utelämnade. Genom att vårdgivaren i dessa situationer först fokuserar på patientens historia och kunskaper kring exempelvis anatomi, eller varför en viss undersökning och provtagning måste göras, skapas ett förtroende och en trygg miljö mellan vårdgivare och patient. I dessa situationer är det helt avgörande att patienten känner att det är de som har makten för att samarbetet ska bli så optimalt som möjligt (38).

AKTUELL FORSKNING OM STI

Barnmorskor ska enligt kompetensbeskrivning för legitimerade barnmorskor (23) ha kunskaper om STI-prevention samt kunna genomföra och följa upp STI-provtagning. Problemet med STI kan vara att den smittade inte uppvisar några symtom eller känner sig sjuk vilket kan leda till att infektionen förs vidare samt att behandling inte sätts in i tid (1, 14).

STI är ett område som det finns mycket svensk forskning inom och i slutet av 1980-talet började forskare intressera sig för sexuellt risktagande. För att få fram hur samhällets attityd till STI såg ut i Sverige samlade Herlitz (39) in data genom frågeformulär till både kvinnor och män som var i åldrarna 15 till 49 år. Datainsamlingen ägde rum under åren 1989 fram till 2007 och sammanställdes sedan i en artikel som publicerades år 2009. Resultatet visade att tonåringar som levde i slutet av 1980-talet tenderade att bli mer liberalt inställda till sexuella relationer och även att kondom användningen minskade. Studien visade också att ensamstående och personer som bodde i en liten eller medelstor stad var mer benägna att ha oskyddat samlag än de som bodde i glesbygden. Det var även signifikant i studien att ju högre utbildningsnivå kvinnorna hade, desto mindre benägna var de till att ta sexuella risker (39). Liknande resultat sågs i en studie av Deogan et al (40) där syftet var att undersöka skillnaderna mellan demografiska, socioekonomiska och livsstilsfaktorer hos personer som var 20 till 29 år gamla. Liksom Herlitz (39) såg Deogan et al (40) att individens utbildning hade relevans för det sexuella risktagandet. Studien av Deogan et al (40) visade också att de som gick på gymnasiet hade mer benägenhet att drabbas av klamydia än de som var universitetsstudenter, dock sågs inga skillnader mellan könen. Föräldrarnas utbildningsnivå hade också betydelse för barnens risk att drabbas av klamydia, där låg utbildningsnivå hos

föräldrarna var förenat med ökad risk. Ytterligare socioekonomiska skillnader sågs då arbetssökande personer hade högre risk att drabbas av klamydia (40).

En annan svensk studie av Makenzius et al (41) undersökte skillnader i sexuell aktivitet bland individer på olika gymnasieutbildningar. Det visade sig att gymnasieelever inom yrkesprogram hade haft fler sexualpartners och hade oftare oskyddat samlag jämfört med elever på teoretiska program (41). Genom att gymnasieungdomar fick utbildning om STI, dess konsekvenser, behandling och var det fanns möjlighet att testa sig kunde forskare efter utvärdering se att män hade mindre benägenhet än kvinnor att ta till sig information om STI, sexuellt risktagande och relationer. Studerande på teoretiska utbildningar hade mer kunskap om att gonorré kunde vara asymtomatisk jämfört med studenter som genomfört en yrkesutbildning (42). Enligt Makenzius et al (41) inhämtades kunskap om sex och samlevnad bland de unga männen av vänner, däremot önskade männen mer information av skolan om den kvinnliga och manliga anatomin samt relationer (41).

Hammarlund et al (27) beskrev i en intervjustudie med fokusgrupper vad gymnasieelever i åldrarna 18 och 19 år hade för tankar kring STI och sexuell hälsa. Tonåringarna var medvetna om klamydias smittsamhet men då antibiotikabehandling fanns tillgängligt ansåg de infektionen som ofarlig (27). Klamydia ansågs dessutom som vanligt och refererades till som något helt normalt bland ungdomarna (24, 43). I en artikel av Ekstrand et al (43) var ungdomarna oroliga över konsekvenserna av klamydia i form av de restriktioner som gavs relaterat till antibiotikabehandling såsom att alkohol inte fick förtäras samt att solning skulle undvikas (43). Idahl et al (44) har i en studie visat att klamydia ökar risken för infertilitet senare i livet samt att för varje klamydiainfektion ökar risken ytterligare för infertilitet (44).

Bland ungdomar, framförallt bland unga kvinnor, har det skett en ökning av sexuell kontakt på första dejten (27, 39). Objektivisering av motparten vid "one-night-standrelationer" gjordes framförallt av unga män där endast det sexuella hade betydelse, om STI spreds spelade ingen roll. Däremot om smitta skedde i en kärleksrelation upplevdes det besvärligt och genant då personen ifråga hade känslomässig betydelse. Ungdomar utsatte sig för risker genom att inte ha med sig kondom då de skulle gå ut för kvällen. Detta gjordes medvetet för att inte visa att den sexuella kontakten var planerad och för att skapa en illusion om att partnern var noggrant

utvald (27). Unga män ansåg även att om en kvinna hade kondom med sig betydde det att hon hade haft många sexualpartners. De trodde också att kondomanvändningen skulle öka om kondomerna var mer lättillgängliga och gratis. När kondom väl användes var det huvudsakliga syftet att förebygga graviditet och inte att minska risken för smittospridning (41). Detta beskrev även Ekstrand et al (43) som såg att de negativa konsekvenserna spelade roll, framförallt om det drabbade personen själv och inte dennes partner (43).

Alkohol var en bidragande orsak till att ungdomar var mer risktagande och genom detta försvann deras ansvarstagande (27). En svensk studie av Novak et al (45) visade att kvinnor oftare känner sig tvingade till sexuellt umgänge. Studien visade även att antalet sexualpartners var korrelerat med risken av att drabbas av STI. Medianvärdet för antalet sexualpartners för 18-åringarna i studien var för tjejer respektive killar två stycken partner, med ett spann för tjejer på 1-32 och för killar 1-30 sexuella relationer (45).

Socialstyrelsen har i en handlingsplan gällande klamydia beskrivit fyra huvudmål som ska utvärderas år 2014. Dessa är att kondomanvändningen ska öka, fler ungdomar med ökat riskbeteende ska testa sig, veta när det är aktuellt för STI-provtagning, samt öka ungdomars förståelse av riskerna med oskyddat samlag (46). Trots att STI är vanligt förekommande i Sverige råder det ibland tveksamhet i sjukvården hur detta ska handläggas och åtgärdas. Något som har ökat antalet provtagningar är att det går att beställa kostnadsfria provtagningsmaterial för klamydia på Internet (20, 47). Denna metod kan komplettera den traditionella provtagningen, framför allt då yngre individer testar sig oftare med provtagningsmaterial som införskaffats via Internet. Får individen ett positivt klamydiasvar är denne skyldig att kontakta sjukvården för ett kontrollerande prov samt för behandling (47). En nackdel med Internetbaserad provtagning är då provsvaret är negativt vilket leder till att det personliga mötet med sjukvården uteblir. Det ges då inte möjlighet för individanpassad information, undersökning och andra provtagningar samt rådgivning (20).

PROBLEMFORMULERING

I Sverige ökar problemet med STI generellt, vilket kan leda till både fysisk och psykiskt lidande för den drabbade individen. I kompetensbeskrivningen för legitimerade barnmorskor finns det beskrivet att barnmorskor ska kunna ge information gällande STI, ha förmåga att tillämpa kunskaper om STI samt att identifiera och förebygga hälsorisker. Trots detta nekas individer att testa sig mot STI, detta är intressant då vårdpersonal aldrig får neka en person STI-provtagning enligt lag. Upplever barnmorskor att de har tillräckligt med verktyg för att hantera situationer gällande STI-provtagning?

SYFTE

Syftet var att utvärdera barnmorskors åsikter om frågeformuläret "Frågor inför STI-provtagning" på barnmorske- och ungdomsmottagningar i Göteborg och södra Bohuslän.

METOD

VAL AV METOD

Enkätstudie valdes framför intervjustudie på grund av risken att barnmorskorna kunde uppfatta studien som alltför personlig samt uppleva att det är ett svårt ämne som berörs. Eftersom vården missar och nekar individer att ta STI prover finns risk att barnmorskor uppfattar intervjuer som analyser av deras yrkesutövande. Enkäter medverkar istället till att studiepersonerna inte behöver träffa författarna och känna sig granskade och på så sätt svarar mer sanningsenligt. Ejlertsson (48) menar att fördelen med enkäter är att en stor population nås av materialet. Respondenterna kan även i lugn och ro besvara enkäten samt begrunda sina svar. Nackdelen med enkäter är att följdfrågor inte kan ställas samt risk för stort bortfall finns

(48). Vi valde ändå att göra enkäter för att få en större urvalspopulation, vilket kan leda till ett generaliserbart material.

ENKÄTUTFORMNING, DATAINSAMLING OCH URVAL

Syftet uppfyllades med hjälp av enkäter vilka innehöll semistrukturerade frågor (Bilaga 2). Enkäten utformades först som ett utkast varefter den redigerades tillsammans med handledaren och barnmorskestudenter vid Göteborgs Universitet i samband med grupphandledning höstterminen 2012.

Alla enhetschefer vid barnmorske- och ungdomsmottagningar i Göteborg och södra Bohuslän kontaktades via e-post, under början av mars 2013. Information gavs om att enkäter skulle skickas ut till mottagningen samt en förfrågan om hur många barnmorskor som arbetade på mottagningen, för att på så sätt ta reda på hur många enkäter som skulle skickas ut (Bilaga 3). Adresserna till mottagningarna tillhandahölls via lärare på barnmorskeprogrammet vid Göteborgs Universitet. Enkäten skickades därefter ut via post till enhetscheferna i början av april 2013, då formuläret ”Frågor inför STI-provtagning” hade varit i bruk i ungefär ett år.

Enhetschefen fick ta del av ett informationsbrev (Bilaga 4) med önskan om att vidarebefordra enkäterna till barnmorskorna på mottagningen. Tillsammans med enkäten skickades forskningspersonsinformation (Bilaga 5), frankerat adresserat svarskuvert samt formuläret ”Frågor inför STI-provtagning” så att alla medverkande förstod vad enkäten berörde. Inklusionskriteriet för studien var barnmorskor som arbetade på en barnmorske- eller ungdomsmottagning i Göteborg eller södra Bohuslän. En vecka innan sista svarsdatum skickades ett påminnelsebrev till enhetschefen på mottagningen, där enhetschefen uppmanades att vidarebefordra brevet till barnmorskorna där de ombads att besvara och skicka in enkäten (Bilaga 6). De som redan hade skickat in enkäten uppmanades att bortse från brevet.

DATAANALYS

Resultatet var från början tänkt att presenteras enbart med hjälp av SPSS (Statistical Package for the Social Science) i form av deskriptiv statistik utifrån var barnmorskorna arbetade. Då arbetet fortlöpte och när data insamlats blev det tydligt att barnmorskorna skrivit omfattande på de öppna svaren och därmed valdes innehållsanalys för att besvara syftet med vår studie.

Efter datainsamlingens slut märktes alla enkäter med en siffra 1-81 för att underlätta analysarbetet. Frågorna 1-5 och fråga 7, det vill säga de enkätfrågor med slutna svarsalternativ analyserades separat genom att författarna kalkylerade för hand hur barnmorskorna svarat på frågorna i procent. Fråga 3 och 4 (Bilaga 2) kunde besvaras med både slutna och öppna svarsalternativ vilket medförde att svarsalternativen adderades var för sig och de öppna svaren analyserades med influenser av innehållsanalys.

Syftet med innehållsanalys är att förklara och förstå texter (49, 50). Fyra centrala verktyg inom metoden är meningsenheter, koder, under- och huvudkategorier. Texten som ska analyseras skrivs ner ordagrant, därefter väljs relevanta meningar ut i texten som bildar meningsbärande enheter. Meningsenheter kan vara stycken, meningar eller ord i texten. För att inte betydelsefull data ska försvinna är det viktigt att meningsenheterna inte är för långa, men de får heller inte vara för korta då de kan leda till att data splittras upp. Därefter förkortas meningsenheterna ytterligare vilket gör att koder skapas. Koder är en benämning av vad meningsenheterna innehåller, och dessa får undersökaren att se texten på ytterligare ett sätt. De koder som är likartade bildar tillsammans en underkategori, vilka således utgör det manifesta innehållet i texterna. Dessa underkategorier med liknande innehåll sammanslås till huvudkategorier (50). Graneheim et al (50) framhåller vikten av att text helst inte får passa in i mer än en kategori, det vill säga en strävan att kategorierna ska vara uteslutande, vilket gör att kategorier ibland inte kan skapas.

De öppna enkätfrågorna 3, 4, 6 och 8 delades upp fråga för fråga och svaren analyserades med innehållsanalys som grund. Författarna började med att läsa igenom alla enkäter för att få ett helhetsintryck av insamlad data. Sedan diskuterade författarna enkätsvarens innehåll sinsemellan. Barnmorskornas svar på de öppna frågornas skrevs ner ordagrant och sorterades

fråga för fråga så att svaren på samma fråga var samlade. Därefter delades texten in i meningsenheter och rubricerades med en färgkod som bestämdes av författarna vilka sedan granskades var för sig. Utifrån meningsenheterna framkom koder som i sin tur skapade underkategorier, inga huvudkategorier kunde ses efter granskning av texten. Underkategorierna som skapades kommer fortsättningsvis att benämnas kategorier i texten.

FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

Enligt de forskningsetiska principerna inom humanistisk och samhällsvetenskaplig forskning måste fyra krav uppfyllas för att göra en undersökning (51). Det första informationskravet betraktades genom att deltagare i undersökningen informerades skriftligt i följebrevet till enkäten om att deltagande i projektet var frivilligt (Bilaga 5). Vid frågor om projektet fanns författarnas samt handledarens namn, telefonnummer och e-postadress tillgängliga. Alla barnmorskor kontaktades via brev med förfrågan om att medverka, de fick ta del av syftet med studien, information om hur den genomfördes samt hur insamlad data skulle behandlas. Studien motiverades genom att insamlad data kan skapa kunskap som kan utveckla STI-vården. Information gavs även att motivet med studien inte var att utvärdera enskilda barnmorskors förfarande och yrkesutövning.

Samtyckeskravet tillgodosågs då informanterna skickade in en besvarad enkät vilket innebar att de samtyckte till att medverka i studien. Även cheferna på respektive mottagning fick information om att enkäter skulle skickas ut till barnmorskor på arbetsplatsen. Om vårdenhetschefen inte önskade att mottagningen skulle medverka kunde kontakt tas med författarna eller handledare, ingen förklaring till avhoppet behövdes ges.

Gällande konfidentialitetskravet kunde de medverkande barnmorskorna skicka in enkäten via frankerade och adresserade kuvert. Ingen kod på enkäten eller svarskuvertet fanns vilket gjorde att författarna inte visste vem som skickat in enkäten, vilket höjer konfidentialiteten och fullständig anonymitet kunde därför garanteras. Enkäterna förvarades i författarnas hem på ett sådant sätt att ingen annan kunde komma åt att granska eller läsa enkäterna. Enligt

nyttjandekravet som innebär att insamlad data endast får användas i avsedd studie kasserades all insamlad data efter att examensarbetet blivit godkänt av examinator.

Studien genomgick ingen etisk prövning eftersom, enligt lag om etikprövning av forskning som avser människor (2003:460), examensarbete på högskoleutbildning inom avancerad nivå är undantaget detta (52).

Risk-nytta analys

Vi anser att risken med vår studie kan vara att forskningspersonerna upplever att de blir granskade i sitt dagliga arbete med STI. Vi hoppas att enhetschefen och barnmorskorna har överseende med det och istället ser till att studien kan garantera att insamlad data behandlas konfidentiellt. Nyttan med studien är att se om barnmorskor är tillfredsställda med frågeformuläret ”Frågor inför STI-provtagning” eller om det kan utvecklas för att optimera barnmorskors vård. Nyttan är även att barnmorskorna reflekterar över och får nya idéer om hur de själva hanterar frågor om STI och därigenom kan utveckla sina kunskaper.

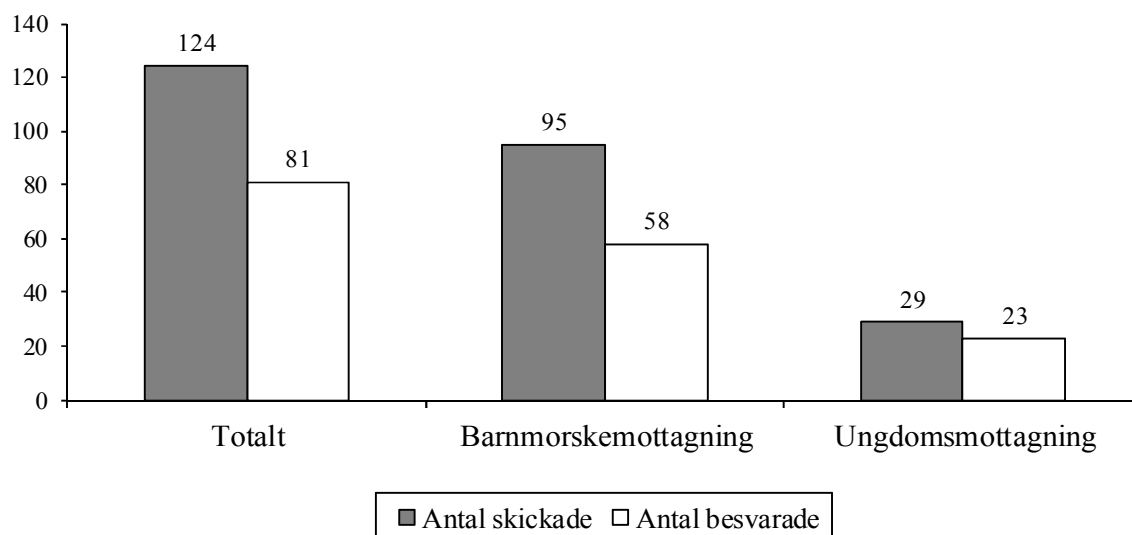
RESULTAT

Resultatet inleds med de slutna frågorna i enkäten, det vill säga fråga 1-5 samt fråga 7 (Bilaga 2). Därefter följer redovisning av de öppna svaren från fråga nummer 3, 4, 6 och 8. De öppna frågornas svar redovisas först genom en tabell och presenteras därefter i löpande text, med citat skrivna från barnmorskorna.

ANTALET UTSKICKADE OCH BESVARADE ENKÄTER

Enkäten skickades ut till 12 barnmorskemottagningar och sju ungdomsmottagningar i Göteborg och södra Bohuslän. Totalt skickades 95 enkäter till barnmorskor arbetande på barnmorskemottagningar och 29 stycken till barnmorskor på ungdomsmottagningar. Totalt besvarades 65 % (n=81) av de utskickade enkäterna, 72 % (n=58) besvarades att deras

huvudsakliga arbetsplats var på en barnmorskemottagning samt 28 % (n=23) vid en ungdomsmottagning (figur 1).



Figur 1. Antalet utskickade och besvarade enkäter om frågor inför STI-provtagning, n = 124.

FRÅGA 2: KÄNNER DU TILL FORMULÄRET ”FRÅGOR INFÖR STI-PROVTAGNING”?

De allra flesta, 91 % (n=74), svarar att de känner till formuläret ”Frågor inför STI-provtagning” (Bilaga 1). Av dem som har kunskap om formuläret arbetar 64 % (n=52) av barnmorskorna på barnmorskemottagning och 27 % (n=22) på ungdomsmottagning, resterande 9 % (n=7) känner inte till formuläret (Tabell 1).

Tabell 1. Andel barnmorskor arbetande på barnmorskemottagning eller ungdomsmottagning som känner till STI-formuläret respektive inte känner till det, n = 81.

	Barnmorskemottagning	Ungdomsmottagning	Totalt (%)
Ja	64	27	91
Nej	8	1	9
Totalt (%)	72	28	100

FRÅGA 3: ANVÄNDER DU DIG AV FORMULÄRET I DITT DAGLIGA ARBETE?

Knappt hälften av barnmorskorna, 49 % (n=40) använder formuläret. Av de barnmorskor som använder ”Frågor inför STI-provtagning” arbetar 31 stycken på en barnmorskemottagning och 9 stycken på ungdomsmottagning (Tabell 2).

Tabell 2. Andel barnmorskor arbetande på barnmorskemottagning eller ungdomsmottagning som använder STI-formuläret dagligen, respektive de som inte använder formuläret dagligen, n = 81.

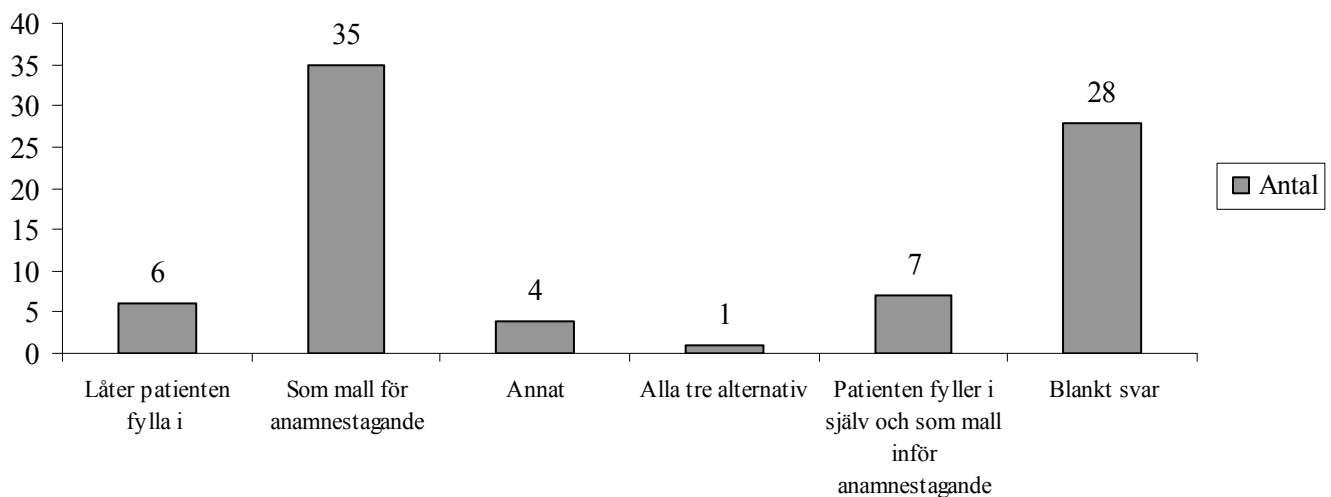
	Barnmorskemottagning	Ungdomsmottagning	Totalt (%)
Använder	38	11	49
Använder inte	34	17	51
Totalt (%)	72	28	100

FRÅGA 4: UNDERLÄTTAR FORMULÄRET DITT ARBETE MED STI?

Så gott som alla, 95 % (n=38), som använder formuläret tycker att det underlättar deras dagliga arbete med STI. Även 12 stycken av de 41 barnmorskor som tidigare angett att de inte använder formuläret svarar att tycker att det underlättar.

FRÅGA 5: HUR ANVÄNDER DU DIG AV FORMULÄRET?

Av de som besvarade enkäten (n=81) använder 7 % (n=6) formuläret genom att patienten själv fyller i det. Nästan hälften 43 % (n=35) använder ”Frågor inför STI-provtagning” som en mall när anamnes tas. En liten del, 5 % (n=4) anger att de använder formuläret på annat sätt. De kommenterar att de använder valda delar av formuläret och har det som stöd men betonar också att de är erfarna vilket gör att de inte behöver nyttja mallen vid varje patient. En barnmorska som besvarade frågan angav alla tre svarsalternativen; låter patienten fylla i själv, som mall för anamnesen och annat, i form av ”att bestämma vilka prover som ska tas”. Ungefär en tiondel, 9 % (n=7) anger att patienten besvarar formuläret själv och att barnmorskan använder det som mall inför anamnesen. Resterande 35 % (n=28) har inte besvarat frågan (Figur 2).



Figur 2. Hur barnmorskorna använder sig av formuläret frågor inför STI-provtagning.

FRÅGA 7: TYCKER DU ATT FRÅGEFORMULÄRET ÄR HBTQ-VÄNLIGT?

De flesta, 88 % (n=71) har svarat att de anser att formuläret är anpassat för homo, bisexuella, transpersoner och queer (HBTQ), en del, 7 % (n=6) tycker inte att det är HBTQ-vänligt och några, 5 % (n=4) har inte besvarat frågan.

KATEGORISERING AV DE ÖPPNA FRÅGORNA

Resultatet av de öppna frågornas svar presenteras nedan. Först redovisas en tabell med antalet utsagor som varje fråga resulterade i samt hur många barnmorskor som kunde ha besvarat frågan och bortfallet beräknat till antalet och procent (Tabell 3). Därefter redovisas en tabell över frågorna 3, 4, 6 och 8 samt en översikt på de kategorier som uppkom för varje fråga (Tabell 4). Resultatet presenteras därefter i löpande text med kategorierna som rubriker. Enstaka citat vilka är markerade med kursiverad stil presenteras för att belysa och understödja resultatet.

Tabell 3. Översikt över antalet besvarade öppna enkätfrågor och hur många som kunde besvarat frågan samt bortfallet beräknat i antal och procent.

Enkätfråga		3. Använder du dig av formuläret i ditt dagliga arbete? Om nej, motivera ditt svar.	4. Underlättar formuläret ditt arbete med STI? Motivera ditt svar.	6. Vilka ytterligare frågor inom området (utöver de som ingår i formuläret) ställer du?	8. Övriga synpunkter om formuläret.
Utfall	Antal barnmorskor som besvarat frågan	38	33	48	30
	Antalet barnmorskor som kunde svarat på frågan	41	40	81	81
	Bortfall antal (%)	3 (7 %)	7 (18 %)	33 (40 %)	51 (63 %)

Tabell 4. Översikt över kategorier från innehållsanalys av enkätsvar om formuläret Frågor inför STI-provtagning.

Enkätfråga	3. Använder du dig av formuläret i ditt dagliga arbete? Om nej, motivera ditt svar.	4. Underlättar formuläret ditt arbete med STI? Motivera ditt svar.	6. Vilka ytterligare frågor inom området (utöver de som ingår i formuläret) ställer du?	8. Övriga synpunkter om formuläret.
Kategorier	<ul style="list-style-type: none"> - Muntlig anamnes - Okunskap - Identitetskränkning - Träffar inte aktuell målgrupp - Passar inte på aktuell mottagning - Formuläret behövs inte 	<ul style="list-style-type: none"> - Formuläret underlättar - Formuläret underlättar inte - Övriga synpunkter 	<ul style="list-style-type: none"> - Parrelation - Sexualitet - Preventivmedel och kondom användning - Kunskap om STI - Risktagande - Ofrivilligt samlag 	<ul style="list-style-type: none"> - Positiva åsikter om formuläret - Negativa åsikter om formuläret - Förslag på förändringar

FRÅGA 3: MOTIVERA VARFÖR DU INTE ANVÄNDER FORMULÄRET

Muntlig anamnes

Ungefär en tredjedel (n=14) av de barnmorskor som svarat på frågan kommenterar att de inte använder formuläret då de är vana att ta upp liknande frågor under muntlig anamnes, därför anser de att patienterna inte behöver besvara formuläret själva. De menar även att formuläret relativt bra motsvarar de frågor som de brukar ställa till patienten. En barnmorska skriver:

Dessa frågor är vi vana att fråga utan formuläret.

Enkät nr 66

Okunskap

Ett antal barnmorskor (n=12) skriver att de glömmar bort att formuläret finns, några (n=5) skriver även att de inte känner till att hjälpmedlet i form av formuläret finns att tillgå.

Identitetskränkning

Två stycken har kommenterat att de anser att formuläret innehåller frågor som är identitetskränkande mot patienten och vill därför inte använda det. En av dem skriver:

Det känns motigt att komma igång med så närgångna frågor.

Enkät nr 68

Träffar inte aktuell målgrupp

Några barnmorskor (n=5) anger att de inte arbetar så mycket med STI frågor utan arbetar mestadels med gravida kvinnor och preventivmedel vilket gör att de inte vant sig vid att använda formuläret när de har patienter med STI frågor.

Passar inte på aktuell mottagning

Två stycken barnmorskor som arbetar på ungdomsmottagning upplever att formuläret är anpassat till vuxna och inte till ungdomarna som är i åldern 13-25 år.

En av barnmorskorna skriver:

Vi upplever att formuläret riktar sig till vuxna och inte ungdomar.

Enkät nr 81

Formuläret behövs inte

Sju barnmorskor beskriver att formuläret inte behövs. Bland annat har en barnmorskemottagning skapat ett eget formulär som de använder i samband med STI-provtagning. Någon annan skriver att det inte behövs ställas så mycket frågor när patienter kommer för STI-provtagning, barnmorskan förklarar detta genom att skriva:

Det känns inte relevant att ställa samtliga frågor till alla som vill eller erbjuds testa sig.

Enkät nr 3

En annan barnmorska kommenterar:

Om patienten säger att – ”Jag vill testa mig mot klamydia”. Då tar jag klamydia utan att fråga mer.

Enkät nr 2

FRÅGA 4: UNDERLÄTTAR FORMULÄRET DITT ARBETE MED STI?

Formuläret underlättar

Två tredjedelar (n=22) av barnmorskorna som besvarat frågan anser att underlaget hjälper dem i deras dagliga arbete med STI då de tycker att det känns mer professionellt och naturligt med ett formulär. En barnmorska skriver:

Bra med nedskrivna frågor av mer intim karaktär. Bli tydligt för patienten att frågorna är allmänna och inte nyfikenhet från barnmorskan.

Enkät nr 17

En barnmorska beskriver att formuläret ger patienterna tid att reflektera över svaren och sina sexualvanor vilket leder till att barnmorskan sedan kan styra samtalet med patienten utifrån svaren. Dessutom ger formuläret barnmorskan trygghet i vilka prover som ska tas och varifrån de ska tas. Barnmorskorna kommenterar att det ger en överblick och hjälper dem komma ihåg vad som är viktigt att tänka på och hur provtagningen ska gå till. De beskriver att det känns tryggt att ha en checklista både för sig själva och inför patienten så att ingenting missas eller missförstås.

Formuläret underlättar inte

Sju barnmorskor anser att formuläret inte underlättar deras dagliga arbete med STI. En del av dem tycker att det är lätt att glömma bort frågorna och att de inte har några problem med att ställa frågorna utan hjälpmedel. En annan barnmorska tycker inte att formuläret är bra utformat. Mötet med patienten blir stelare om barnmorskan sitter och läser från ett ifyllt formulär. En barnmorska förklarar att:

Om man kommer och vill testa sig så berättar man oftast spontant om varför.

Enkät nr 20

Övriga synpunkter

För några barnmorskor (n=4) kommer formuläret att börja användas inom en överskådlig framtid, de är positiva och tror att det kommer att hjälpa deras arbete med STI, när de vant sig.

FRÅGA 6: VILKA YTTERLIGARE FRÅGOR INOM OMRÅDET (UTÖVER DE SOM INGÅR I FORMULÄRET) STÄLLER DU?

Parrelation

Ett antal barnmorskor (n=12) kommenterar att de utvidgar anamnesen med att fråga patienten hur många partners som patienten haft under det senaste halvåret eller året. Dessutom ställs frågor om patienten lever med en partner och hur länge relationen pågått. Då patienten har en

fast relation ställs frågan om patienten testat sig tidigare vid andra sexuella kontakter. Även frågor om hur lång tid som förflutit sedan den senaste sexuella kontakten diskuteras.

Sexualitet

Frågor som barnmorskorna ställer handlar om hur patienten mår i samband med sexuella relationer och hur patienten har haft samlag. Anamnes tas om upplevelsen av sexualiteten i praktiken, vad patienterna har upplevt och frågor i relation till HBTQ diskuteras som till exempel könsidentitet.

Preventivmedel och kondom användning

Vissa barnmorskor (n=13) tycker att formuläret skapar ett naturligt sätt att ta upp frågor om preventivmedel och kondom användning. Samtalet kan ledas in på om patienten behöver preventivmedel om inget används eller vad som brukar användas och hur det fungerar. Barnmorskorna informerar om kondom och tar reda på hur patienten ser på kondom användning och motiverar till att använda kondom:

Till exempel om du använder kondom, hur använder du den? Exempelvis sitter den på, passform?

Enkät nr 43

Kunskap om STI

Barnmorskorna frågar om patienten tidigare har testat sig för STI eller om de behandlats för STI tidigare. Anamnesen utvidgas även genom frågor om vad patienten känner till om STI, hur det smittar och dess risker. Patienten tillfrågas också om vilka prover som vederbörande vill att barnmorskan ska ta och om patienten känner sig nervös inför provtagningen. Patienten har även möjlighet att ställa övriga frågor om STI.

Rishtagande

Rishtagande berörs inte i så stor utsträckning anser barnmorskorna i frågeformuläret och därför frågar de om patientens och partners bruk av alkohol och droger samt om det förekommit i samband med samlag. Dessutom samtalar barnmorskorna med patienten om att

det finns risk för att bli gravid och drabbas av STI vid oskyddat samlag och patientens tankar om detta.

Ofrivilligt samlag

Tio barnmorskor kommenterar att de ställer frågor till patienten som berör om de någon gång haft ofrivilligt samlag eller om de varit utsatta för sexuellt våld. Frågor som berör om patienten ville ha samlag, haft sexuella kontakter som de ångrat och hur det kändes efteråt tas upp. Så här kommenterar två av barnmorskorna:

Då många kvinnor ”ställer upp” på sex försöker jag prata kring den egna integriteten och njutningen.

Enkät nr 45

Ville du ha sex-samlag? Ångrar du dig? Hur ska du göra för att vara rädd om dig?

Enkät nr 58

FRÅGA 8: ÖVRIGA SYNPUNKTER OM FORMULÄRET

Positiva synpunkter

Framförallt framkommer det att formuläret är ett bra diskussionsunderlag med patienten och att det underlättar samtalet. Det är även ett bra verktyg för all ny personal samt studenter som inte arbetat med STI-frågor tidigare eller är ovana att ställa frågor om sexualvanor.

Formuläret fungerar som en bra utgångspunkt för att ta upp samtal om preventivmedel och kondom användning. En barnmorska kommenterar att risken för att man missar någonting minskar:

Väldigt bra i kombination med provtagningsmallen, man missar inget. Lätt att visa för patienten.

Enkät nr 15

Negativa synpunkter

Två personer tycker att frågorna är för svåra för unga tjejer och killar på ungdomsmottagningarna. En av barnmorskorna skriver:

Känner inte alltid att jag vill lyfta alla frågor med ungdomar. En del har faktiskt precis debuterat.

Enkät nr 78

Förslag på förändring

Flera barnmorskor (n=9) har förslag på hur formuläret kan förändras. En kommenterar att det inte borde benämnas "sex" utan "samlag" och dessutom bli mer jämställt, till exempel diskuteras inte slickklapp eller femidom utan endast kondom. Två stycken barnmorskor tycker att formuläret vore ännu bättre om det fanns mer utrymme för transsexuella personer och att det borde utökas med frågor om sexuellt risktagande exempelvis gällande alkohol och droganvändning. En barnmorska kommenterar att formuläret borde kompletteras med patientens namn och personnummer för att bli en journalhandling.

Flera av frågorna anser barnmorskorna är ointressanta och kan leda till missförstånd. Ett förslag är att fråga 3 (Vem/vilka har du haft sex med det senaste året?) bör tas bort då den inte är relevant, det spelar endast roll hur de har haft samlag. Ett annat exempel är fråga 7 (Har du under det senaste året haft vaginalt, oralt eller analt sex med någon som haft samlag med någon annan?). En barnmorska beskriver:

Fråga nr 7 kan utgå, hur kan man veta det, alla kan ha haft sex med någon annan.

Enkät nr 80

Ytterligare förslag gavs till förändring av fråga 8 (Har du haft sex utomlands?). En barnmorska kommenterar:

Kan patienten svara ja, när partner/man och jag var på semester.

Enkät nr 9

En annan barnmorska ger synpunkter på samma fråga:

Sex utomlands känns ibland lite knepig. Bara för att man har sex i Sverige ger ju ingen någon garanti.

Enkät nr 35

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Enkätutformning och analys

Genom att vi kontaktade HIV-prevention via e-post fick vi information om att frågeformuläret hade utarbetats. Därefter beslutade vi oss i samråd med vår handledare att vi ville undersöka barnmorskors åsikter om frågeformuläret "Frågor inför STI-provtagning" (Bilaga 1). Vi hade ingen personlig kontakt med Stefan Lack, Eva Rundberg eller Peter Nolskog om hur vår studie skulle utformas utan endast information om frågeformulärets utformning och syfte utbyttes. Det var en fördel att få informationen direkt från ansvariga utgivare av formuläret då denna information annars hade varit svår att tillgå.

Vi är nöjda med att vi valde att utforma studien med hjälp av en semistrukturerad enkät då detta har resulterat i att vi har fått utförliga svar på de öppna frågorna vilket har lett till ett fylligt resultat. Enkäten konstruerades utifrån frågeformuläret som vägledde oss till hur frågorna i enkäten skulle utformas. Ett första utkast presenterades höstterminen 2012 i samband med grupphandledning av handledare och andra barnmorskestudenter som gav synpunkter. Under handledningen framkom förslag på hur enkäten kunde förbättras. Synpunkterna beaktades och verkställdes, därigenom ansåg vi att vår enkät blev mer lättförståelig. Att frågorna inte kunde missförstås torde öka resultatets giltighet och tillförlitlighet.

Giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet

Inom forskningen används begreppen giltighet (validitet), tillförlitlighet (reliabilitet) och överförbarhet (generaliserbarhet). Med giltighet menas att resultatet ska belysa det som studien är avsett att beskriva (49). Vi menar att vår studie är giltig då resultatet stämmer väl överens med syftet. Tillförlitlighet innebär i sin tur att författarna styrker sina ställningstaganden under hela forskningsprocessen (49). Till exempel bygger vår studie på svensk forskning, författningar och studiens resultat underbyggs av citat, vilka barnmorskorna skrivit på de öppna enkätfrågorna. Överförbarhet innebär hur resultatet kan överföras till andra grupper och situationer (49). Då frågeformuläret endast är utvecklat inom VGR tror vi att resultatet inte går att överföra helt till övriga barnmorskor i landet. Däremot tror vi att barnmorskornas åsikter inte nödvändigtvis behöver skilja sig geografiskt.

Resultatredovisning

Vi tror att en del enkätfrågor kan ha varit svåra att tolka då några barnmorskor har svarat på frågor som de inte behövde. Exempelvis enkätfråga 5 (Bilaga 2), där de barnmorskor som använder formuläret ombads besvara hur de använder sig av det. Genom enkätfråga 4 har vi fått reda på att 49 % (n=40) använder formuläret, det vill säga att 49 % borde besvarat enkätfråga 5 men 65 % (n=53) har besvarat den (Figur 2). Vi valde därför att presentera antal svar i tabell 3, för att läsaren ska få en överblick om hur alla barnmorskorna besvarat frågan. Vi tolkar resultatet som att alla som svarat på enkätfrågan inte använder frågeformuläret vid varje patient utan att endast 49 % gör detta.

Ytterligare en del av resultatredovisningen som kan vara svår att tolka är den öppna enkätfrågan nummer 3 (Bilaga 2). Antalet som tidigare angivit att de inte använder sig av formuläret var 51 % (n=41). I resultatet redovisas sammanlagt 44 barnmorskekommentarer, vilket beror på att barnmorskorna har skrivit flertal kommentarer på de öppna frågorna vilket leder till att dessa har passat in på olika underrubriker.

Förförståelse

Vi hade förförståelse och kunskap om STI då undervisning om detta skett i barnmorskeutbildningen vid Göteborgs Universitet. Dessutom hade författarna tilldelats kunskap om barnmorskans kompetensområde genom kompetensbeskrivning för legitimerad

barnmorska (23). I kompetensbeskrivningen finns det beskrivet att barnmorskan ska främja den sexuella och reproduktiva hälsan genom att kunna ge information om STI samt utföra och följa upp STI-provtagning (23). Vi reflekterade över vikten att vara medvetna om vår förförståelse i ämnet för att kunna tolka resultatet korrekt. Förförståelsen diskuterades sinsemellan för att medvetandegöra den men vi ansåg inte att den var ett hinder för beskrivning av resultatet.

Bortfall

Först skickades en förfrågan till alla enhetschefer i Göteborg och södra Bohuslän med en uppmaning att e-posta tillbaka till författarna och ange hur många barnmorskor som arbetade på respektive mottagning (Bilaga 3). Förfrågningar skickades ut till 20 barnmorskemottagningar och 12 ungdomsmottagningar.

Erhölls inte svar från enhetscheferna inom två veckor skickades ett påminnelsebrev med samma information. Det erhöles 12 svar från barnmorskemottagningarna vilket ger en svarsfrekvens från enhetscheferna på 60 % (n=12) respektive 58 % (n=7) för ungdomsmottagningarna. Totalt erhöles 19 svar från mottagningarna med sammanlagt 124 arbetande barnmorskor. Enkäten skickades ut i början av april 2013 och ett påminnelsebrev skickades till alla enhetschefer i början av maj 2013 (Bilaga 6). Totalt erhöles 81 svar vilket blir en svarsfrekvens på 65 %. Den låga svarsfrekvensen av enkäterna tror vi kan bero på att alla enhetschefer inte lämnat ut enkäterna till barnmorskorna samt att barnmorskorna inte hann eller orkade besvara den. En svaghet med studien var att kontakt behövde tas med alla enhetschefer för att ta reda på enkätpopulationen. Då några enhetschefer inte svarade på förfrågningen trots påminnelse ledde detta till att barnmorskorna på just den mottagningen aldrig fick en chans att ta del av enkäten. Däremot var det lika många enhetschefer från Göteborg som från södra Bohuslän som inte svarade. Det är positivt att bortfallet från barnmorske- och ungdomsmottagningarna var i det närmaste lika stort då svarsfrekvensen från enhetscheferna var 60 % respektive 58 %. Det är intressant att 79 % (n=23) av barnmorskorna på ungdomsmottagningarna besvarade enkäten jämfört med barnmorskemottagningarnas 61 % (n=58) besvarade enkäter (Figur 1). En anledning till varför svarsfrekvensen var något högre hos ungdomsmottagningarna tror vi kan vara att de barnmorskor som arbetar där i större utsträckning kommer i kontakt med STI då de träffar

patienter som nyligen debuterat sexuellt och då barnmorskorna bedriver sexualundervisning i skolor (1). Självklart arbetar barnmorskemottagningar också med STI-frågor men deras huvudområde är att arbeta med gravida kvinnor vilket gör att de kan tycka att vår enkät inte är anpassad till deras arbetsområde.

Bortfall fanns även hos de barnmorskor som besvarade de öppna frågorna (tabell 3). Exempelvis på enkätfråga 3 (Bilaga 2) har 41 barnmorskor kommenterat att de inte använder formuläret, när vi sedan bad dem att motivera varför inte svarar 38 stycken barnmorskor. Därigenom får vi ett bortfall på 7 % (n=3). Bortfall finns på varje öppen enkätfråga (tabell 3) vilket vi bland annat tror kan bero på att barnmorskorna inte har någon åsikt om varför de inte använder formuläret, känner inte till det eller inte haft tid att reflektera över svaret.

Svagheter och styrkor

En svaghet med vår studie är att enkäterna inte skickades ut till gynekologiska- respektive hud- och könsmottagningar i det valda området vilket förmodligen hade gett en större svarsfrekvens, däremot vet vi inte hur det eventuella bortfallet hade påverkat resultatet. Begränsningen sattes till barnmorske- och ungdomsmottagningar då det totalt finns 32 stycken i Göteborg och södra Bohuslän vilket vi ansåg var tillräckligt för att kunna genomföra vår studie så att syftet skulle kunna besvaras. Förfrågningarna som skickades ut till ansvariga enhetschefer (Bilaga 3) anser vi vara ytterligare en svaghet med studien då detta ledde till ett bortfall.

Genom att vi inte kunde ställa följdfrågor till barnmorskorna kan vi ha gått miste om viktig och betydelsefull information vilket även Ejlertsson (48) beskriver som en svaghet med en enkätstudie. Däremot ser vi det som en styrka att deltagarna i studien var anonyma då varken enkäten eller svarskuvertet var kodnumrerade (Bilaga 5). Den garanterade anonymiteten kan leda till att fler barnmorskor väljer att besvara enkäten då enkäten undersöker deras dagliga arbete. Enkätundersökningen bidrog även till att respondenterna i lugn och ro kunde besvara enkäten och reflektera över sina svar (48). Detta kunde vi se i enkätsvaret då barnmorskorna har skrivit utförliga svar om sina åsikter om frågeformuläret på de öppna frågorna vilket vi ser som en styrka då det uppfyllde studiens syfte.

RESULTATDISKUSSION

Syftet med studien var att utvärdera barnmorskors åsikter om frågeformuläret "Frågor inför STI-provtagning" på barnmorske- och ungdomsmottagningar i Göteborg och södra Bohuslän. HIV-preventions och Smittskyddsenhetens syfte med frågeformuläret var att det skulle bli ett stöd för barnmorskan i anamnestagandet och ge tillräckligt med information för att kunna individanpassa vården och behandlingen. Detta skulle i sin tur leda till att patienten känner att barnmorskan som enskild individ inte är nyfiken på patientens sexualitet. Detta stämmer väl överens med vårt resultat då flera (n=22) barnmorskor tycker att frågeformuläret känns professionellt, särskilt då STI frågor kan upplevas som väldigt intima.

Ett intressant resultat är att nästan alla barnmorskor kände till formuläret, däremot använde knappt hälften av dem det. Dessutom tycker nästan alla (n=38) som använder formuläret att det underlättar. Hur kan det då komma sig att så få barnmorskor använder formuläret? Som resultatet visar kan det bero på att barnmorskorna anser sig vara erfarna och inte är i behov av en mall. Ytterligare en bidragande orsak kan också vara att några barnmorskor glömmer bort att det finns att tillgå och en del anger att de inte träffar aktuell målgrupp. Vissa barnmorskor (n=5) förklarar att de inte arbetar så mycket med STI-patienter utan arbetar mestadels med gravida kvinnor och preventivmedelsrådgivning vilket gör att de inte kommit in i att använda formuläret när de väl har STI-patienter. Detta tycker vi är intressant då STI står i nära relation till preventivmedelsrådgivning. Vi anser att det är ett utmärkt tillfälle för barnmorskan att diskutera patientens sexuella risktagande i samband med preventivmedelsrådgivningen.

En viktig aspekt att belysa är det Vergara-Guerra et al (3) påpekar i sin studie, att patienter nekas att ta STI-prover vilket vi tror till viss del kan bero på att frågeformuläret inte används. I vår studie framkommer det precis som Vergara-Guerra et al (3) beskriver att en viktig del i hur smittorisken bedömdes var huruvida patienten vistats utomlands. I frågeformuläret "Frågor inför STI-provtagning" riktas också en fråga specifikt till om patienten haft samlag utomlands (Bilaga 1). Precis som en barnmorska belyser i enkäten finns det självklart ingen garanti att undgå att bli smittad av STI då patienten enbart haft samlag i Sverige. Smittskyddsinstitutet (53) beskriver i en rapport från 2012 att 69 % (n=307) av alla som smittas av HIV har haft sexuellt umgänge utanför Sverige, det vill säga att 31 % (n=134) har

smittats i Sverige. Vi tycker det är mycket intressant varför det då enligt provtagningsmallen för STI rekommenderas att ta HIV-prov på patienten endast när patienten haft samlag utomlands eller har svullna lymfkörtlar (Bilaga 7). Har patienten haft vaginalt, oralt, analt samlag med ny eller tillfällig partner under de senast 12 månaderna finns det beskrivet i provtagningsmallen att angelägenheten för HIV-prov är ”medel” och att mer noggrann anamnes rekommenderas. Det vill säga att barnmorskorna ska bestämma om HIV-prov är aktuellt, detta kräver att de har goda kunskaper om STI och vet vilken ytterligare anamnes som behövs. Vi menar att det finns en risk för att den aktuella målgruppen förbises då provtagningsmallen ger barnmorskorna en illusion om att HIV-smitta inte förekommer vid samlag i Sverige.

Tänkvärt är även att de allra flesta tycker att frågeformuläret är HBTQ-anpassat. Ett fåtal barnmorskor håller inte med om den åsikten, bland annat tycker en av dem att det är fel att bara kondom omnämns och inte slickklapp eller femidom. Det står beskrivet på Riksförbundet för homosexuellas, bisexuellas och transpersoners rättigheter, RFSL:s (54) hemsida att framförallt manliga homo- bi- och transpersoner (HBT-personer) som har samlag med andra män är en riskgrupp att drabbas av HIV-smitta. RFSL (54) påpekar att det är viktigt att riktade insatser görs för dessa individer på vårdinrättningar som arbetar med STI-provtagning. Vi anser detta intressant då frågeformuläret innehåller patientfrågor om vilka patienten har samlag med. Därigenom får barnmorskan information om patienten har ökad risk för exponering av HIV, exempelvis män som har samlag med män, däremot finns detta inte kommenterat i provtagningsmallen från VGR (Bilaga 7). Där finns som vi beskrivit ovan endast indikation för HIV-test, om patienten har haft sex utomlands eller har svullna halskörtlar. Intresseväckande är att den svenska regeringen för första gången kommer att anta en strategi för att arbeta med HBT-personers rättigheter. I ett pressmeddelande från regeringen (55) beskrivs att under de närmaste tre åren kommer 40 miljoner kronor avsättas för att HBT-personers rättigheter ska tillgodoses. Bland annat kommer pengar att investeras för att förbättra bemötandet inom vården, HBT-personers hälsa och hot mot densamma (55). Detta anser vi är ytterligare ett bevis på att formuläret bör utvecklas för att anpassas till alla individer och deras sexualitet.

En barnmorska skriver att hon inte brukar använda frågeformuläret eftersom hon menar att patienten ofta berättar spontant om varför denna vill testa sig. Detta resonemang blev vi förvånade över då vi menar att patientens integritet kan leda till att patienten inte självmant delger barnmorskans sitt privatliv.

Flera barnmorskor (n=9) gav konkreta förslag på hur formuläret kunde utvecklas och förbättras. Till exempel fanns förslag på att formuläret borde kompletteras med patientens namn och personnummer för att bli en journalhandling. Detta tror vi kan leda till negativa konsekvenser genom att patienterna inte vill fylla i formuläret eller svara sanningsenligt. Det kan också finnas en risk att patienten inte vill att de sexuella handlingar som patienten utförde vid unga år journalförs och kan läsas av barnmorskor när patienten är äldre.

Ytterligare ett förslag till förändring innefattar borttagande av fråga nummer 7 (Har du under det senaste året haft vaginalt, oralt eller analt sex med någon som kan ha haft sex med någon annan?) (Bilaga 2). Den frågan kan vara svår att svara på, till exempel om patienten haft ett "one-night-stand" är detta troligtvis inte det första som de frågar varandra. Dessutom kanske detaljer som att diskutera tidigare sexuella relationer med sin nuvarande partner och även att precisera typ av samlag kanske inte uppskattas. Utöver detta tror vi att det kan bli en omfattande uppgift för patienten att ta reda på vem den sexuella kontakten haft samlag med innan och i sin tur utreda vem den haft samlag med dessförinnan då det kan komma att handla om flertalet personer.

Barnmorskorna anger att de brukar fråga om patientens samt dennes eventuella partners alkohol samt drogvanor och om detta har förekommit i samband med samlag. Detta görs för att de tycker att risktagande inte är tillräckligt kommenterat i frågeformuläret. Vi tycker att det är en viktig fråga att belysa då det visat sig i flera studier (27, 28) att alkohol och droger påverkar människors sexuella risktagande. Detta stämmer även väl överens med en ny studie (56) som visar att det skett en ökning av både gonorré och syfilis i Sverige under de senaste åren vilket kan bero på människors ökade risktagande i samband med samlag (56).

Vi fann också att barnmorskorna diskuterar hur patienten ser på risken att bli smittad med STI och att ha oskyddat samlag. Detta menar vi är av betydelse då studier (27, 43) visar att

merparten av ungdomarna som reflekterat över STI inte ser det som ett risktagande eftersom de bedömer att infektioner är ofarliga. Däremot anser de att en oönskad graviditet är den allvarligaste konsekvensen av oskyddat samlag (27, 28).

Sexuell hälsa ska enligt Socialstyrelsen vara någonting positiv och främja kärlek (29). Även Riksdagen belyser att människors sexuella hälsa ska vara trygg och säker (1, 30). Barnmorskorna omnämner sexuell hälsa i enkäten genom att de brukar fråga patienten kring dennes egen integritet och njutning samt fråga hur patienten gör för att vara rädd om sig. Utifrån detta tycker vi att det hade varit en fördel om det hade funnits en fråga som inbegriper sexuellt risktagande och sexuell hälsa i frågeformuläret för att i samband med eventuell provtagning kunna fånga upp och diskutera patientens risktagande och sexuella hälsa.

En studie (36) visar att det är viktigt att barnmorskan arbetar utifrån empowerment för att optimera patientvården. Genom att stärka patientens självförtroende och låta denne ha god tid på sig att reflektera över sitt agerande skapas empowerment (37). Målet med empowerment som också innebär självbestämmande (37) menar Swift (38) är att patienten bland annat ska känna kontroll över den aktuella situationen. I synnerhet i de vårdssituationer som känns intima och utelämnade är det därför viktigt att vårdgivaren tänker utifrån ett empowerment perspektiv (38). Detta tycker vi framkommer i vårt resultat då en barnmorska anser att frågeformuläret underlättar genom att frågor som är av intim karaktär finns nedskrivna. Detta kan få patienten att förstå att det inte är barnmorskan som är nyfiken på dennes sexualitet utan att frågorna ställs till alla vilket kan medföra att patientens integritet stärks. En annan barnmorska skriver att hon brukar fråga patienten i allmänna ordalag om dennes kunskaper kring STI och om det finns några andra frågor inom ämnet som patienten undrar över. Genom detta tror vi att patienten känner ansvarstagande och att självförtroendet stärks vilket leder till att empowerment kan uppnås.

Vi anser även att när en patient tar ansvar och väl har tagit sig till en barnmorske- eller ungdomsmottagningen för att testa sig för STI har barnmorskorna ett ypperligt tillfälle att utreda mer om patientens sexualvanor och risker vilket ett flertal barnmorskor kommenterar att de gör. Vi vet inte hur länge patienten har funderat på att söka sjukvård, patienten har kanske inte vågat eller orkat söka. För en del individer tror vi att det kan vara utlämnande och

genant att söka vård för att ta STI-prover. Då bör inte barnmorskan ifrågasätta om provet ska tas utan använda tillfället till att informera patienten om hur denne på bästa sätt kan skydda sig mot STI och samtala om övriga frågor som patienten har. Det kan dröja lång tid innan patienten söker nästa gång varför vi anser att det är extra viktigt att alla får omfattande och likvärdig information om STI.

Några barnmorskor (n=7) har kommenterat i enkätsvaren att de inte tar så omfattande anamnes när patienten vill testa sig för STI. Exempelvis som vi beskrivit tidigare kommenterar en barnmorska att om en patient kommer för att ta klamydiatest då utför barnmorskan klamydiaprovtagning utan att fråga mera. Detta får oss att reflektera över att barnmorskan behöver ta en vidare anamnes då det annars blir svårt att veta varifrån provet ska tas, det vill säga hur patienten haft samlag. En annan barnmorska kommenterar att det inte känns relevant att ställa så mycket frågor när patienten söker för STI. Detta synsätt tror vi kan vara en bidragande orsak till varför STI ökar i Sverige. Informerar inte barnmorskan patienten om risker med STI, exempelvis att patienten kan bli infertil vid flertalet klamydia eller gonorré infektioner (44), hur STI smittar samt hur patienten kan skydda sig kommer patienten med allra största sannolikhet fortsätta med sitt sexuella beteende.

Vi inser att bara för att alla patienter får information om detta betyder inte det att alla kommer ändra sitt beteende men förhoppningsvis gör en del detta och bidrar därigenom till minskad spridning av STI. Det handlar också i det långa loppet om vår miljö då studier (57) visar att exempelvis gonorré, vilken behandlas med antibiotika, där börjar bakterien utveckla en resistens mot antibiotika. Svårbehandlad gonorré går dock idag att behandla med flertalet antibiotika i maximaldos vilket i sin tur leder till påskyndande av antibiotikaresistensen (51). I framtiden har vi förhoppningsvis utvecklat en ny antibiotikasort som fungerar på gonorré eller allra helst ett vaccin mot infektionen. Lyckas inte detta står vi inför ett folkhälsoproblem som kan få förödande konsekvenser för vår sexuella och reproduktiva hälsa.

FÖRSLAG PÅ FORTSATT FORSKNING

När det gäller vidare forskning inom området STI finner vi att det finns mycket forskat om klamydia och dess utbredning i Sverige. Däremot saknar vi information om resterande STI och i synnerhet gonorré med tanke på att bakterien börjar utveckla resistens mot antibiotika och hur detta kommer att påverka människors hälsa. Vi finner att flera studier belyser unga vuxna och vuxnas åsikter och tankar om STI samt risktagande. Vi saknar forskning om hur barnmorskor och övrig vårdpersonal ska hantera området STI, exempelvis hur de på bästa sätt ska bemöta och samtala med patienten för att nå fram och minska dennes sexuella risktagande.

SLUTSATS

Efter att ha arbetat med studien är vi av den åsikten att formuläret ”Frågor inför STI-provtagning” är ett bra redskap för barnmorskor i det dagliga arbetet med STI. Däremot anser vi att det kan utvecklas och förbättras för att bli mer innehållsrik så att fler barnmorskor börjar använda formuläret. Frågorna 3, 7 och 8 i frågeformuläret kan eventuellt ersättas med frågor om till exempel riskbeteende och ofrivilliga samlag. Därutöver borde VGR:s provtagningsmall ses över för eventuella justeringar med bland annat HIV-provtagning för män som har samlag med män. Det viktigaste är framförallt att det preventiva arbetet med STI fortgår då den fortsatta ökningen av STI utgör ett hot mot människans sexuella och reproduktiva hälsa.

IMPLIKATIONER

Denna uppsats resultat tyder på att ”Frågor inför STI-provtagning” är ett bra hjälpmedel för barnmorskor på barnmorske- och ungdomsmottagningar i Göteborg och södra Bohuslän. Vi hoppas att denna uppsats kommer leda till att frågeformuläret kommer redigeras och utvecklas för att bli mera omfattande så att fler barnmorskor börjar använda den. Dessutom önskar vi att våra enkäter och information om STI har gett kunskap till barnmorskor och skapat en diskussion bland dem på arbetsplatsen. Detta kan leda till att erfarenhet och kunskap utbyts mellan kollegor, vilket i sin tur kan leda till att positiv utveckling sker inom arbetsplatsen i form av att intresset för att förebygga STI ökar och förbättrade arbetsrutiner skapas.

REFERENSER

1. Magnusson C, Häggström-Nordin E (red.). Ungdomar sexualitet och relationer. Lund: Studentlitteratur; 2011.
2. Sjukdomsinformation om klamydiainfektion (Elektronisk). Solna: Smittskyddsinstitutet; 2011. (Läst 2012-12-09) Tillgänglig: <http://www.smittskyddsinstitutet.se/sjukdomar/klamydiainfektion/>.
3. Vergara-Guerra M, Ekström A. Ungdomar nekas HIV testning på ungdomsmottagningar. Läkartidningen 2012;109(12):625-628.
4. Lundberg P-O, Löfgren-Mårtenson L. Sexologi. Stockholm: Liber; 2010.
5. Reproduktiv hälsa i ett folkhälsoperspektiv (Elektronisk). Stockholm: Socialstyrelsen; 2005. (Läst 2012-12-13) Tillgänglig: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9974/2005-112-5_20051125.pdf.
6. Könssjukdomar (Elektronisk). Stockholm: Din ungdomsmottagning på nätet, UMO; 2008. (Läst 2012-12-13) Tillgänglig: <http://www.umo.se/Sex/Konssjukdomar/>.
7. Referensmetodik för laboratoriediagnostik vid kliniskt mikrobiologiska laboratorier. (Elektronisk). Solna: Smittskyddsinstitutet; 2008. (Läst 2012-12-13) Tillgänglig: http://www.mikrobiologi.net/library/document/STI_8_september_2008.pdf.
8. Sjukdomsinformation om sexuellt överförbara infektioner (STI) (Elektronisk). Solna: Smittskyddsinstitutet; 2012. (Läst 2012-12-18) Tillgänglig: <http://www.smittskyddsinstitutet.se/sjukdomar/sexuellt-overforbara-infektioner-sti/>.

9. Odlind V, Bygdeman M, Milsom I. Familjeplanering. Preventivmetoder, aborter och rådgivning. Lund: Studentlitteratur; 2008.
10. Danielsson D. Medicinsk mikrobiologi. Infektionsimmunitet. Stockholm: Liber; 2002
11. Blom I. Fighting venereal diseases: Scandinavian legislation c.1800 to c.1950. Med Hist. 2006;50(2):209-34.
12. Smittskyddslagen (2004:168) (Elektronisk). Stockholm: Sveriges Riksdag; 2004. (Läst: 2012-12-09) Tillgänglig: http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/sfs_sfs-2004-168/.
13. Weström L, Åberg A, Anderberg E, Andersson U-B. Obstetrik och gynekologi. Klinik och vård. Lund: Studentlitteratur; 2005.
14. Epidemiologisk årsrapport 2011. (Elektronisk). Solna: Smittskyddsinstitutet; 2011. (Läst 2012-12-17) Tillgänglig: <http://www.smittskyddsinstitutet.se/upload/Publikationer/Epidemiologisk-arsrapport-2012-15-6.pdf>.
15. Hagberg H, Marsal K, Westgren M (red.). Obstetrik. Lund: Studentlitteratur; 2008.
16. Sjukdomsinformation om hivinfektion. (Elektronisk). Solna: Smittskyddsinstitutet; 2012. (Läst: 2012-12-13) Tillgänglig: <http://www.smittskyddsinstitutet.se/sjukdomar/hivinfektion/>.
17. Information om HIV och AIDS. (Elektronisk). Stockholm: Riksförbundet för sexuell upplysning, RFSU; 2012. (Läst: 2012-12-13) Tillgänglig: <http://www.rfsu.se/sv/Sex--relationer/Konssjukdomar-och-hiv/Hiv aids/>.
18. Sjukdomsinformation om hepatit B. (Elektronisk). Solna: Smittskyddsinstitutet; 2012. (Läst: 2012-12-08) Tillgänglig: <http://www.smittskyddsinstitutet.se/sjukdomar/hepatit-b/>.

19. Frågor och svar om hepatit C. (Elektronisk). Stockholm: Socialstyrelsen; 2012. (Läst: 2012-12-18) Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/fragorochsvar/hepatitc>.
20. Boman J, Schneede J, Nylander E. Genitala klamydiainfektioner – rekommenderad handläggning. *Läkartidningen*. 2011;108(13):730-3.
21. Statistik för klamydiainfektion (Elektronisk). Solna: Smittskyddsinstitutet; 2012. (Läst 2012-12-09) Tillgänglig: <http://www.smittskyddsinstitutet.se/statistik/klamydiainfektion>.
22. Edgardh K, Kuhlmann-Berenzon S, Grunewald M, Everljung J. Repeat infection with *Chlamydia trachomatis*: a prospective cohort study from an STI. *BMC Public Health*. 2009;9:1-6.
23. Kompetensbeskrivning för legitimerade barnmorskor. (Elektronisk). Stockholm: Socialstyrelsen; 2007. (Läst: 2012-12-17) Tillgänglig: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9431/2006-105-1_20061051.pdf.
24. Hivprevention i Västra Götaland. (Elektronisk). Göteborg: Hivprevention; 2012. (Läst: 2012-12-10) Tillgänglig: <http://www.hivprevention.vgregion.se/sv/Primarvarden-Goteborg/Ovrig-primarvard/Hivprevention>.
25. Smittskyddsenheten. (Elektronisk). Vänersborg: Västra Götalandsregionen; 2012. (Läst: 2012-12-09) Tillgänglig: <http://www.vgregion.se/smittydd>.
26. Sex och risktaganderisktagande. (Elektronisk). Stockholm: Riksförbundet för sexuell upplysning, RFSU; 2011. (Läst: 2012-12-10) Tillgänglig: <http://www.rfsu.se/sv/Sexualundervisning/Amnen/Att-arbeta-med-kondom/Kondomboken/Kap-11---Sex-och-risktagande>.

27. Hammarlund K, Lundgren I, Nystrom M. In the heat of the night, it is difficult to get it right - teenagers' attitudes and values towards sexual risk-taking. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. 2008;3(2):103-12.
28. Rembeck GI, Gunnarsson RK. Role of gender in sexual behaviours and response to education in sexually transmitted infections in 17-year-old adolescents. *Midwifery*. 2011;27(2):282-7.
29. Sexuell och reproduktiv hälsa. (Elektronisk). Stockholm: Socialstyrelsen; 2009. (Läst: 2012-12-17). Tillgänglig: http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-71/Documents/9_Sexuell.pdf.
30. Övergripande mål för folkhälsa. (Elektronisk). Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2012. (Läst: 2012-12-09) Tillgänglig: <http://www.fhi.se/Om-oss/Overgripande-mal-for-folkhalsa>.
31. Hulter B. Sexualitet och hälsa. Lund: Studentlitteratur; 2004.
32. Diskrimineringslagen (2008:567) (Elektronisk). Stockholm: Sveriges Riksdag; 2008. (Läst: 2012-12-09) Tillgänglig: http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Diskrimineringslag-2008567_sfs-2008-567/.
33. Sex, hälsa och välbefinnande. (Elektronisk). Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2012. (Läst: 2012-12-09) Tillgänglig: <http://www.fhi.se/PageFiles/15084/R2012-01-Sex-halsa-och-valbefinnande.pdf>.
34. Ross MW, Daneback K, Mansson S-, Berglund T, Tikkanen R. Reported sexually transmitted infections in swedish internet-using men and women. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 2008;22(6):696-703.
35. Egidius H. Termlexikon i psykologi och psykiatri. Lund: Studentlitteratur; 2006.

36. Hermansson E, Mårtensson L. Empowerment in the midwifery context-a concept analysis. *Midwifery*. 2011;27(6):811-6.
37. Jahren-kristoffersen N, Nortvedt F, Skaug E-A (red.). *Grundläggande omvårdnad 3. (1:a uppl.)* Stockholm: Liber; 2005.
38. Wijma B, Smirthwaite G, Swahnberg K (red.). *Genus och kön- inom medicin och vårdutbildningar*. Lund: Studentlitteratur; 2010.
39. Herlitz C. Sexual risk-taking in the general population of sweden (1989-2007). *Sexual Health*. 2009;6(4):272-80.
40. Deogan C, Cnattingius S, Månsdotter A. Risk of self-reported chlamydia trachomatis infection by social and lifestyle factors-A study based on survey data from young adults in stockholm, Sweden. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*. 2012;17(6):458-67.
41. Makenzius M, Gådin KG, Tydén T, Romild U, Larsson M. Male students' behaviour, knowledge, attitudes, and needs in sexual and reproductive health matters. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*. 2009;14(4):268-76.
42. Rembeck GI, Gunnarsson RK. Role of gender in sexual behaviours and response to education in sexually transmitted infections in 17-year-old adolescents. *Midwifery*. 2011;27(2):282-7.
43. Ekstrand M, Tydén T, Larsson M. Exposing oneself and one's partner to sexual risk-taking as perceived by young swedish men who requested a chlamydia test. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*. 2011;16(2):100-7.

44. Idahl A, Abramsson L, Kumlin U, Liljeqvist JA, Olofsson JI. Male serum chlamydia trachomatis IgA and IgG, but not heat shock protein 60 IgG, correlates with negatively affected semen characteristics and lower pregnancy rates in the infertile couple. *Int J Androl.* 2007;30(2):99-107.
45. Novak DP, Karlsson RB. A population-based study of 18-year old swedish youths and factors correlated with their total number of lifetime sexual partners. *Int J Adolesc Med Health.* 2006;18(2):245-57.
46. Nationell handlingsplan för klamydia. (Elektronisk). Stockholm: Socialstyrelsen; 2009. (Läst: 2012-12-17) Tillgänglig:
http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8402/2009-126-180_2009126181.pdf.
47. Novak DP, Karlsson RB. Simplifying chlamydia testing: An innovative chlamydia trachomatis testing approach using the internet and a home sampling strategy: Population based study. *Sex Transm Infect.* 2006;82(2):142-7.
48. Ejlertsson G. Enkäten i praktiken. En handbok i enkätmetodik. Lund: Studentlitteratur; 2005.
49. Granskär M, Höglund-Nielsen B (red.). Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård. Lund: Studentlitteratur; 2012.
50. Graneheim U-H, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education Today.* 2004;24:105-112.
51. Forskningsetiska principer inom humanistisk- samhällsvetenskaplig forskning. (Elektronisk). Uppsala: Vetenskapsrådet; 2002. (Läst: 2012-12-17). Tillgänglig:
<http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>.

- 52.** Lag (2003:460) om etikprovning av forskning som avser människor (Elektronisk). Stockholm: Sveriges Riksdag; 2003. (Läst: 2012-12-17) Tillgänglig: http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2003460-om-etikprovning_sfs-2003-460/
- 53.** Sjukdomsinformation om hivinfektion. (Elektronisk). Solna: Smittskyddsinstitutet; 2012. (Läst: 2013-08-29) Tillgänglig: <http://www.smittskyddsinstitutet.se/statistik/hivinfektion/>.
- 54.** RFSL:s principprogram. (Elektronisk). Stockholm: Riksförbundet för homosexuellas, bisexuellas och transpersoners rättigheter, RFSL; 2012. (Läst: 2013-08-29) Tillgänglig: <http://www.rfsl.se/?p=336>.
- 55.** Ökade satsningar för att säkerställa Hbt-personers rättigheter och möjligheter (Elektronisk). Stockholm: Regeringskansliet; 2013. (Läst: 2013-09-02) Tillgänglig: <http://www.regeringen.se/sb/d/17591/a/222478>.
- 56.** Velicko I, Unemo M. Recent trends in gonorrhoea and syphilis epidemiology in Sweden: 2007 to 2011. *Eurosurveill.* 2012;17(29):1-6.
- 57.** Unemo M, Nicholas RA. Emergence of multidrug-resistant, extensively drug-resistant and untreatable gonorrhoea. *Future Microbiol.* 2012;7(12):1401-22.

1. Varför söker du/varför vill du testa dig?

2. Hur har du haft sex det senaste året?

- Vaginalt samlag
- Oralt samlag
- Analt samlag
- Annat

3. Vem/vilka har du haft sex med det senaste året?

- Man/män
- Kvinna/kvinnor
- Både man/män och kvinna/kvinnor
- Annan

	Ja	Nej	Vet ej
4. Har du besvär? Om nej gå till fråga 5			
Urinvägsbesvär/ont när du kissar			
flytningar			
mellanblödningar			
blödning i samband med samlag			
har/har haft ont nedtill i buken/underlivet/pungen			
sår, utslag, blåsor eller underlivskläda			
ömma lymfkörtlar?			
5. Har din/dina partners haft urinvägs – eller underlivsbesvär?			
6. Har du under det senaste året haft vaginalt, oralt eller analt sex med en ny eller tillfällig partner?			
7. Har du under det senaste året haft vaginalt, oralt eller analt sex med någon som kan ha haft sex med någon annan?			
8. Har du haft sex utomlands?			

9. Använder du kondom?

- Alltid
- Oftast
- Ibland
- Aldrig

Enkät om *Frågor inför STI-provtagning*

1. Vilken är din huvudsakliga arbetsplats?

Barnmorskemottagning

Ungdomsmottagning

2. Känner Du till formuläret "Frågor inför STI-provtagning"?

Ja Nej

3. Använder Du dig av formuläret i ditt dagliga arbete?

Ja Nej

Om nej, motivera varför du inte använder formuläret, gå därefter till fråga 6:

4. Underlättar formuläret ditt arbete med STI?

Ja Nej

Motivera ditt svar:

5. Hur använder du dig av formuläret i ditt dagliga arbete?

Låter patienten fylla i själv

Som mall inför anamnestagande

Annat _____

6. Vilka ytterligare frågor inom området (utöver de som ingår i formuläret) ställer du?

7. Tycker du att frågeformuläret är HBTQ-vänligt?

Ja Nej

8. Övriga synpunkter om formuläret:

BILAGA 3

E-POST TILL ENHETSCHEFER

Vi är två barnmorskestudenter vid Göteborgs Universitet som skriver vår magisteruppsats, där syftet är att undersöka barnmorskors åsikter om frågeformuläret ”Frågor inför STI-provtagning”. Frågeformuläret togs fram av *HIV-prevention* samt *Smittskyddsenheten* i Västra Götalandsregionen 2010-2011 och har funnits tillgängliga för barnmorskor i ungefär ett års tid.

Tanken är inte att utvärdera barnmorskans dagliga arbete utan att ge oss en uppfattning om deras åsikter om formuläret ”Frågor inför STI-provtagning” för att på så sätt se om barnmorskorna är tillfredsställda med hjälpmedlet eller om det går att utveckla. Detta vill vi göra för att underlätta barnmorskans arbete med STI-provtagning. Utvärderingen kommer att göras via enkätundersökning.

Detta mail skickas till alla enhetschefer på ungdoms- och barnmorskemottagningar i Västra Götalandsregionen samt södra Bohuslän. Vi har fått Din e-postadress genom kursansvariga lärare på barnmorskeprogrammet i Göteborg.

Vi skulle vilja veta hur många barnmorskor som arbetar på Er mottagning, så vi vet hur många enkäter som vi ska skicka till Er. Därför önskar vi att Du e-postar tillbaka till någon av oss, hur många barnmorskor som arbetar hos Er.

Tack på förhand!

Linnéa Gross. Tel.nr 0733-408 815. Mail: guswlinn@student.gu.se

Marie Ordéus. Tel.nr 0705-244 936. Mail: gusordma@student.gu.se

Tone Ahlberg, handledare. Tel.nr 031-786 60 53. Mail: tone.ahlborg@gu.se



INFORMATION TILL VEDERBÖRANDE CHEF

För en tid sedan skickade vi e-post till Dig där vi informerad om att vi är två barnmorskestudenter vid Göteborgs Universitet som skriver vår magisteruppsats, där syftet är att undersöka barnmorskors åsikter om frågeformuläret ”Frågor inför STI-provtagning”. Frågeformuläret togs fram av *HIV-prevention* samt *Smittskyddsenheten* i Västra Götalandsregionen 2010-2011 och har funnits tillgängliga för barnmorskor i ungefär ett års tid.

Tanken är inte att utvärdera barnmorskans dagliga arbete utan att ge oss en uppfattning om deras åsikter om formuläret ”Frågor inför STI-provtagning” för att på så sätt se om barnmorskorna är tillfredsställda med hjälpmedlet eller om det går att utveckla. Detta vill vi göra för att underlätta barnmorskans arbete med STI-provtagning.

Till detta brev finns enkäter bifogade, tillsammans med ett frankerat svarskuvert samt formuläret ”Frågor inför STI-provtagning”. Vi är tacksamma om Du kunde förmedla detta till alla barnmorskor på mottagningen. Enkäten tar ungefär tio minuter att fylla i. Enkäten och svarskuvertet är inte kodnumrerat varför vi kan garantera total anonymitet i vår studie. På grund av att enkäten inte är numrerad hoppas vi att Du har överseende med att ett påminnelsebrev kommer till Dig att vidarebefordra till barnmorskorna om att återsända svarskuverten, ungefär en vecka innan sista inlämningsdatum.

Vi kommer att skicka en kopia av magisteruppsatsen till er mottagning efter att den godkänds av examinator.

Vid frågor och funderingar om studien vänligen ta kontakt med någon av oss:

Linnéa Gross. Tel.nr 0733-408 815. Mail: guswlinn@student.gu.se

Marie Ordéus. Tel.nr 0705-244 936. Mail: gusordma@student.gu.se

Tone Ahlberg, handledare. Tel.nr 031-786 60 53. Mail: tone.ahlborg@gu.se

Med vänliga hälsningar

Linnéa Gross, leg. Sjuksköterska, barnmorskestudent.

Marie Ordéus, leg. Sjuksköterska, barnmorskestudent.



FORSKNINGSPERSONSINFORMATION
Barnmorskors åsikter om frågor vid STI-provtagning

Studiens bakgrund

Övergripande ökar problemet med STI i Sverige, vilket kan leda till både fysisk och psykiskt lidande för den drabbade individen. Idag finns det hälso- och sjukvårdsmottagningar som erbjuder STI-provtagning, dock visar studier att det är långt ifrån alla med symtom eller som tror sig ha blivit utsatt för smitta som testar sig samt att vårdpersonal emellanåt nekar individen provtagning trots att detta är olagligt. I kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska finns det beskrivet att barnmorskor ska kunna ge information gällande STI, ha förmåga att tillämpa kunskaper om STI samt att identifiera och förebygga hälsorisker. Med bakgrund till detta önskar vi ta reda på om barnmorskor upplever att de har tillräckligt med verktyg för att hantera situationer gällande STI-provtagning.

Studiens genomförande

Vi är två barnmorskestudenter vid Göteborgs Universitet som har skapat enkäten för att utvärdera vad barnmorskor anser om frågeformuläret ”Frågor inför STI-provtagning” som togs fram av *HIV-prevention* i Västra Götalandsregionen samt *Smittskyddsenheten* under 2010-2011. Enkäten har skickats till alla ungdoms- samt barnmorskemottagningar i Göteborg och södra Bohuslän. Resultatet kommer sedan att sammanställas i en magisteruppsats som examineras i januari 2014.

Deltagandet är frivilligt och alla enkäter kommer att hanteras konfidentiellt så att ingen obehörig har tillgång till materialet. Samtycke till att medverka i studien ges genom att ifyllt enkät skickas in. Beräknad tid för att fylla enkäten är ungefär 10 minuter. Enkäten och svarskuvert är inte kodnumrerat varför vi kan garantera total anonymitet. På grund av att enkäten inte är numrerad hoppas vi att du har överseende med att ett påminnelsebrev kommer till dig, via din enhetschef, om att återsända svarskuverten, ungefär en vecka innan sista inlämningsdatum. Det insamlade materialet kommer att destrueras efter godkänd examination.

Utöver denna forskningspersonsinformation innehåller brevet en kopia på ”Frågor inför STI-provtagning”, enkäten samt ett föradresserat svarskuvert. Du skickar endast in ifyllt enkät.

Vi kommer att skicka en kopia av magisteruppsatsen till er mottagning efter att den godkänds av examinator.

Vänligen sänd in din besvarande enkät senast den **31 Maj 2013**.

Vid frågor och funderingar om studien vänligen ta kontakt med någon av oss:

Linnéa Gross. Tel.nr 0733-408 815 Mail: guswlinn@student.gu.se

Marie Ordéus. Tel.nr 0705-244 936. Mail: gusordma@student.gu.se

Tone Ahlborg, lektor, handledare. Tel.nr 031-786 60 53. Mail: tone.ahlborg@gu.se

Med Vänlig Hälsning

Linnéa Gross och Marie Ordéus



GÖTEBORGS UNIVERSITET
SAHLGRENSKA AKADEMIN

Information till vederbörande chef

För en tid sedan skickade vi en enkät till Dig som vi ville att Du skulle bifoga till barnmorskorna på Er mottagning. Enkäten handlade om barnmorskans åsikter om formuläret ”Frågor inför STI-provtagning”. Vi vore tacksamma om Du kunde påminna barnmorskorna om att fylla i enkäten samt skicka in den då sista svarsdatum är **31 Maj 2013**. Har enkäterna redan skickats in ber vi Er bortse från detta brev.

Tanken är inte att utvärdera barnmorskans dagliga arbete utan att ge oss en uppfattning om deras åsikter om formuläret för att på så sätt se om barnmorskorna är tillfredsställda med hjälpmedlet eller om det går att utveckla. Detta vill vi göra för att underlätta barnmorskornas arbete med STI-provtagning.

Besvarandet av enkäten är frivilligt, enkäten och svarskuvertet är inte kodnumrerat varför vi kan garantera total anonymitet. Enkäten kommer att förvaras på ett sådant sätt att inga andra än författarna och handledaren har tillgång till materialet. Det insamlade materialet kommer att förstöras när magisteruppsatsen blivit godkänd av examinator.

Vid frågor och funderingar om studien vänligen ta kontakt med någon av oss:

Linnéa Gross. Tel.nr 0733-408 815. Mail: guswlinn@student.gu.se

Marie Ordéus. Tel.nr 0705-244 936. Mail: gusordma@student.gu.se

Tone Ahlborg, handledare. Tel.nr 031-786 60 53. Mail: tone.ahlborg@gu.se

Med vänliga hälsningar

Linnéa Gross, leg. Sjuksköterska, barnmorskestudent.

Marie Ordéus, leg. Sjuksköterska, barnmorskestudent.

Provtagningsmall STI

Frågor att ställa inför provtagning

2012/05/07

STI	Klamydia	Mycoplasma G	Gonorré	Hepatit B	Hepatit C	HIV	Syfilis	Kondylom	Herpes	Kommentar
Tidigaste tid för provtagning efter smittotillfälle	10 dagar	10 dagar	7 dagar	2 + 6 månader*	1 + 3 månader*	2 v + 3 månader*	2 v + 3 månader*			
Har/har haft urinvägssvår	●		●							Ex. urinodling
Har/har haft trynningar	●	●	●							Undersökning/gynundersökning
Har/har haft mellanblödningar	●									Gynundersökning
Har/har haft blödning i samband med samlag	●							1		Undersökning av gynekolog
Har/har haft ont nedtill i buken/underlivet	●	●	●							Undersökning av läkare
Har så, utslåg, blåsor, klåda eller smärta i underlivet?	●					○	●	1	●	Undersökning av läkare (syfilis kan också förekomma oralt)
Har svullna lymfkörtlar	●					●			1	Ex. undersökning av läkare
Har ögonbesvär/svidig konjunktiva	●		●							Prov tas från konjunktiva, ex. till ögonläkare
Har nätsvår efter oralsex	○		○							Ex. svågprov: GC, klamydia
Har inom de senaste 12 månaderna haft vaginalt, oralt, analt sex med ny eller tillfällig partner	●	●	●	●	●	●	●			Svågprov, rektalprov utgående från utifrån sexuell praktik. Noggrann anamnes krävs.
Smittskyddslag	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Nej	Om Ja, undersökning och behandling görs för partnern
Smittspridningskryddigkret		Parovoxbehandling och partnervaxning och rekommenderas		Vid positivt prov skall patient till infektions-klinik	Vid positivt prov skall patient till infektions-klinik	Vid positivt prov dietkonakt med infektionsklinik	Vid positivt prov skall patient till STD-Hud	Nej	Nej	Om Ja, undersökning och behandling görs för partnern
Har haft sex utomlands	●	1	●	●	●	●	●	1		Styrkningar Par-otika Brevarens i olika länder.
Anam	Kontrollprov efter behandling av 1 normaliserat ej nödvändigt. Öccsa risk för falskt positiv svar.	Prov gör alltid tas om torrsakta besvär vid hög klamydia eller torst klamydiabehandling.	Alltid oclling före behandling! (urin-vagnprov (PCR) skall alltid verifieras)	Prov (HBeAg) behövs ej upprepas om det gått mer än 6 månader.	Prov behövs ej upprepas om det gått mer än 3 månader.	Prov behövs ej upprepas om det gått mer än 3 månader.	* Prov (Syphilis) Trinitropo- rena screening behövs normalt ej upprepas om det gått mer än 3 månader, men antokontaktkontroll kan följa svår vid konstatensstanna, kontakta STD-Hud (— prov 6 mån?)	Noggrann anamnes för annan STI- provtagning	Behandling helst inom 72 tim. Noggrann anamnes för annan STI- provtagning	
Rek. behandling	Doxycylin Vid gravitet se läkemedelsverkets rekommendation	Azithromax Om 1-5-dagars-behandlingen	Ska behandlas på STD-Hud	Ex. vaccination		Om sex med hivpositiv till infektion inom 4 tim (72 tim)	Ska behandlas på STD-Hud	Behandling Se REK-lista	Behandling Se REK-listan. Kan ges så länge man får blåsor	

Angelägenhetsgrad för provtagning

● = Hög

○ = Medel, mer noggrann anamnes

● = Låg (inte 0)

1 = Tänk på!