



**BARNMORSKORS KUNSKAP OM HOMO- OCH BISEXUELLA OCH  
TRANSPERSONER**

**MIDWIVES' KNOWLEDGE ABOUT GAY, BISEXUAL AND  
TRANSGENDER PEOPLE-MIXED METHOD STUDY**

Examination  
Magisterprogram för omvårdnadsvetenskap 60 hp  
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng  
Avancerad nivå  
Examinationsdatum: 13-05-31  
Författare:  
Charlotte Andréasson Edman

Handledare:  
Gerd Röndahl  
Examinator:  
Bjöörn Fossum

## Sammanfattning

**Bakgrund** Få kunskapstest har gjorts där HBT- (homo-, bisexuella och transpersoner) kunskap har undersökts. Kunskapstest har dock gjorts i Österrike bland läkarstudenter som visade på stora brister i kunskap. I en svensk studie vid Uppsala Universitet från 2009 visade att 66 procent av sjuksköterske- och läkarstudenter saknade tillfredställande kunskap om homo- och bisexuella och transpersoner.

Genom att vårdpersonal inte uppdaterar eller utbildar sig försämras kvaliteten i vården och leder till att HBT-personer inte kommer att söka vård när de behöver det och känner sig heller inte trygga i vården. Barnmorskor inom mödravården möter olika sorters familjer som väntar barn. Ingen kartläggning av barnmorskors kunskap om homo- bisexuella och transpersoner är gjord i Sverige.

**Syfte** Syftet med studien var att undersöka barnmorskors kunskaper om homo- och bisexuella samt transpersoner

**Metod** Studien i form av ett kunskapstest vände sig till barnmorskor på mödravården i Sverige genomfördes med hjälp av en webbaserad enkät. Studien var indelad i två delar med en kvantitativ deskriptiv studie med efterföljande kvalitativ manifest innehållsanalys med induktiv ansats.

**Resultat** Studien visade att 70% av de 393 barnmorskor som svarade på påståendena i kunskapstestet hade ett godkänt resultat. Det fanns ingen signifikant skillnad i HBT-kunskap när ålder och bostadsort jämfördes inte heller mellan yrkesamma år som barnmorska oavsett arbetsområde. Möjligen kan sägas de barnmorskor som aldrig hade träffat någon som berättat att de var lesbisk eller bisexuell hade underkänt på kunskapstestet medan de som träffat över 50 patienter som berättat var väl godkända. En majoritet (n= 225) av barnmorskorna eftersökte dock mer HBT-kunskap. Denna kunskap omfattande såväl formell faktakunskap, sexologi kunskap samt specifik barnmorskekunskap.

**Slutsats:** Barnmorskor efterfrågar mer HBT-kunskap. Det finns en stor vilja att inhämta ytterligare kunskap. Den ökade kunskapen skulle leda till egen tryggare säkerhet i bemötandet och ge en mer patientsäker vård.

**Nyckelord:** barnmorskor, kunskap, HBT, graviditet

## Abstract

**Background** There are a few knowledge tests that have been made where LGBT knowledge has been investigated. Knowledge test has however been made in Austria among medical students who showed major gaps in knowledge. In a Swedish survey at Uppsala University from 2009 showed that 66 percent of nursing and medical students lacked satisfactory knowledge of gay and bisexual and transgender people.

LGBT people will not seek medical care when they need it and they will not feel safe in healthcare if health professional do not update and educate themselves. Midwives in maternity care face different kinds of families waiting children. No survey of midwives' knowledge of gay bisexual and transgender persons has been made in Sweden.

**Aim** The aim of this study was to explore midwives' knowledge of gay, bisexual and transgender people

**Methods** The study in the form of a knowledge test turned to midwives in maternity care in Sweden was conducted using a web-based questionnaire. The study was divided into two parts by a quantitative descriptive study with subsequent qualitative manifest content analysis with an inductive approach.

**Results** The study showed that 70% of the 393 midwives who responded to the questions made in the knowledge test had an approved result. There was no significant difference in the LGBT knowledge when age and place of residence were compared regardless of how many professionals years a midwife has been working or working area. Possibly, said the midwives who had never met someone who reviled her sexual identity failed on the knowledge test while those who met with more than 50 patients were told well qualified. The majority (n= 225) of the midwives wanted more LGBT knowledge. This knowledge covering both formal factual knowledge, sexology knowledge and specific midwifery knowledge.

**Conclusion** Midwives are asking for more LGBT knowledge. There is a great desire to seek further knowledge. With increased knowledge midwives would be more secure and self-confident when they meet the LGBT group this would provide a more patient-safe care

**Keywords:** midwives, knowledge, LGBT, pregnancy

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING.....	1.
BAKGRUND.....	1.
Historik och lagstiftning.....	1.
Mödrahälsovård.....	2.
Kunskap om homosexualitet inom vården.....	3.
HBT begreppet.....	4.
Transperson.....	4.
Queer.....	5.
Komma ut.....	5.
Hälsa i HBT gruppen.....	6.
Heteronormativitet.....	6.
Heteronormativ vård och dess konsekvenser.....	7.
Konsekvenser för lesbiska i heteronormativ vård.....	7.
Vikten av att komma ut i vården.....	8.
Strategier för att komma ut i vården.....	8.
Attityder bland vårdpersonal.....	9.
Mötet med barnmorskor i vården.....	10.
PROBLEMFÖRMULERING.....	11.
SYFTE.....	11.
METOD.....	11.
Design.....	11.
Urval.....	11.
Datainsamlingsmetod.....	12.
Instrument.....	12.
Kvantitativa och kvalitativa analyser.....	13.
Statistisk analys.....	13.
Kvalitativ analys.....	13.
Etiska överväganden.....	14.
RESULTAT.....	14.
DISKUSSION.....	21.
METODDISKUSSION.....	21.
RESULTATDISKUSSION.....	23.
Förslag på vidare forskning.....	26.
SLUTSATS.....	27.
REFERENSLITTERATUR.....	28.
Bilaga I:.....	34.

## **INLEDNING**

Vårdpersonal måste förstå att deras bemötande och hållning rörande homo-och bisexuella samt transpersoner (HBT) påverkar kvaliteten i vården. Genom att inte uppdatera eller utbilda sig försämras kvaliteten och kan i värsta fall leda till att HBT-personer inte kommer att söka vård när de behöver det (Mc Manus, Lauren, Hope Renn., 2006). Brister i medvetenhet bland vårdpersonal kan leda till dåligt underbyggda råd och missade möjligheter till förebyggande av sjukdom (Huges & Enans, 2003).

Barnmorskor är många gånger inte tillräckligt orienterade i sexual praxis och teknik mellan kvinnor som har sex med kvinnor, inte heller vilka sexuellt överförda infektioner som kan smitta mellan kvinnor (Larsdotter, 2009). Lesbiska par som fått barn upplever att det är vårdpersonalens ansvar att utbilda sig och reflektera över sitt förhållningssätt och egen sexualitet. De anser att det är viktigt att såväl läkare, sjuksköterskor, barnmorskor, undersköterskor och studenter övar sig själva i att ta emot lesbiska patienter. I utbildningar och på arbetsplatser anser de att det ska finnas tid och möjlighet för reflektion (Olesker & Walsh, 1984; Mathieson, 1998; Wilton, Kaufmann, 2001; Seaver, Freund, Wright, Tjia, Frayne., 2007; Røndahl, Bruhner, Lindhe, 2009).

I en studie av Røndahl, Innala och Carlsson (2004:b) framkom att 36 procent av vårdpersonalen skulle avstå att vårda homosexuella patienter om valmöjligheterna fanns. Røndahl (2009) visade också att 66 procent av sjuksköterske- och läkarstudenter vid Uppsala Universitet saknade tillfredställande kunskap om homo- och bisexuella och transpersoner. Kunskapstest har gjorts i Österrike bland läkarstudenter som visade på stora brister i kunskapen som sannolikt påverkar och sjukvårdspersonalens attityder och bemötande av HBT-personer (Arnold, Voracek, Musalec & Springer- Kremser, 2004). Inga liknande kunskapstest har gjorts på barnmorskor i Sverige. Detta gjorde att författaren ville ta reda på hur HBT-kunskapen såg ut hos barnmorskor som arbetar inom mödravården i Sverige.

## **BAKGRUND**

### **Historik och lagstiftning**

Genom historiens gång har kärlek och sexuell aktivitet beskrivits mellan människor av samma kön. I olika länder under olika tidsperioder har samkönad kärlek och åtrå varit mer eller mindre tillåten (Månsson & Hilte, 1990).

I Sverige avkriminaliserades homosexualitet 1944. Riksförbundet För Sexuellt Likaberättigande (RFSL) bildades 1950. RFSL arbetar för att HBT ska ha samma rättigheter, möjligheter och skyldigheter som alla andra. År 1979 tog Socialstyrelsen bort homosexualitet ur registret över mentala diagnoser i Sverige (RFSL, 2012). Sedan 1992 har Folkhälsoinstitutet på uppdrag av Sveriges regering ett åliggande att följa upp och förbättra homosexuellas situation i Sverige (Andersson, 1996).

Sverige var ett av de första länderna i världen som 1995 införde registrerat partnerskap, en lag som kunde jämföras med äktenskapslagen (RFSL, 2012). Homoombudsmannen mot diskriminering av sexuell läggning utsågs av regeringen 1999 och ansvarar för att bekämpa diskriminering och homofobi i det svenska samhället. År 2003 utvidgades bestämmelserna om hets mot folkgrupp att även omfatta hets mot grupper med anspelning om sexuell läggning (HomO 2010). Adoptionslagen ändrades 2003 för att gälla homosexuella pars rätt till närstående adoptioner och möjligheten att bli godkända för adoption från annat land. År 2005 ändrades lagen om hjälp till konstgjord befruktning att gälla även kvinnliga samkönade

relationer. Partnerskapslagen ersattes 2009 av äktenskapslagen för att gälla även samkönade relationer (RFSL, 2012).

### **Mödrahälsovård**

I Sverige finns det riktlinjer för hur mödrahälsovård ska bedrivas. Ansvaret för dessa riktlinjer sätts upp av Socialstyrelsen som lyder under regering och riksdag. Mödrahälsovård har en central roll i det hälsofrämjande arbetet för kvinnor under hela deras fertila period. Den centrala rollen innefattar allt från abortförebyggande arbete, ungdomsverksamhet, STI-prevention, preventivmedelsrådgivning, hälsovård under graviditet och till tre månader efter graviditet, förlossningsvård, föräldrastöd enskilt och i grupp, amningsstöd och information samt gynekologisk hälsoundersökning. Målet med mödrahälsovården är att ge en god vård med reproduktiv och sexuell hälsa för hela Sveriges befolkning. Tester och besök är gratis (Banke, Berglund, Collberg, Idestrom, 2008).

Landstingen har ansvar för att det finns mödravård tillgänglig för alla gravida kvinnor i Sverige. När kvinnan är gravid tar hon och om det finns en partner kontakt med en mödravårdcentral för att komma på ett inskrivningsbesök hos en barnmorska. Detta sker vanligtvis i graviditetsvecka 6-12. Barnmorskan är ansvarig för kvinnan under hela hennes graviditet fram till tre månader efter förlossning. Barnmorskans roll är att stötta kvinnan under hela graviditeten. Barnmorskan ska se till hela kvinnan, både medicinskt, psykologiskt och socialt men hennes främsta uppgift är att upptäcka faktorer som ökar risk för komplikationer under graviditet och förlossning. Detta kan vara allt från ett högt blodtryck, höga blodsockervärden, alkohol och drogkonsumtion och psykiskt och sociala påfrestningar. Riktlinjer för mödravårdens arbete finns i basprogram som är gällande för hela Sverige. I detta basprogram finns riktlinjer för antal besök på mödravården, undersökningar och provtagningar som är medicinskt och psykiskt motiverade. Detta innebär att vissa kvinnor kan behöva tätare besök och mer provtagningar och undersökningar om så bedöms (Banke et al. 2008).

Vården ska planeras tillsammans med kvinnan och hennes eventuella partner. Barnmorskan ska vara med och stärka det blivande föräldraskapet. Under graviditeten ska kvinnan och hennes eventuella partner erbjudas någon form av föräldrautbildning. Detta kan ske i grupp eller storgruppsföreläsningsform. Utbildningsformen ser olika ut på de olika mödravårdscentralerna. Syftet med föräldrautbildningen är att ge förberedande information om förlossning, efterbörstid och kommande föräldraskap (Fabian, Rådestad, Waldenström, 2005).

I arbetet med gravida kvinnor möter barnmorskan olika behov hos olika kvinnor. Relationen bygger på att den gravida kvinnan och hennes eventuella partner och barnmorskan möts i ömsesidig respekt i syfte att barnmorskan ska finnas där som stöd och vägledning om så önskas. Det finns alltid ett beroendeförhållande mellan den gravida och barnmorskan. Den gravida är beroende av att hon får adekvat vård och ett respektfullt bemötande samtidigt som barnmorskan är beroende av att vården i form av stöd och vägledning tas emot. Det är barnmorskan som är ytterst ansvarig för att mötet leder vidare i positiv riktning (Skau, 2007). Det är viktigt att barnmorskan samspelar med gravida kvinnan. Detta är en förutsättning för att barnmorskan ska kunna ge en god vård. Med god vård menas att vården är medicinskt säker, tillfredsställer förväntningar, främjar hälsa, respekterar människovärdet och respekterar etniska och kulturella skillnader samt stärker den kommande familjen (Thompson, Oakley, Burke, Jay, Conklin, 1989).

## **Kunskaper om homosexualitet inom vården**

Ett antal studier visar att utbildning och information krävs för att minska diskriminering och fördomar av homosexuella inom olika utbildningar (Burn, 2000; Ritchey & Fishbeins, 2001; Saunders 2001; Thurlow, 2001).

Diskrimineringsombudsmannen (DO) ansåg i ett yttrande över patientsäkerhet SOU, 2008:17 rörande kön, sexuell läggning, etnicitet och funktionshinder, att ”särskilt kvinnosjukvården bygger på ett heteronormativt antagande eftersom reproduktionen är i fokus”. Det finns vissa specialmottagningar homo- och bisexuella kvinnor i Stockholm med specialister i lesbisk hälsa men det är viktigt att kompetensen ska spridas i övriga vården. DO anser att “hälso- och sjukvårdspersonalens kompetens inte bara måste utvecklas. De bör också ge möjlighet att granska sina egna föreställningar och värderingar, inte bara i syfte att förebygga diskriminering, utan att också för att motverka uppkomsten av diskriminerande strukturer”. DO vill framhålla betydelsen av utbildning. Do anser att satsningar bör göras för att öka medvetenheten och kunskapen om diskriminering hos vårdpersonal för att öka patientsäkerheten.

Kunskapsmätningar har utförts inom olika områden i och utanför vården. Kunskapstest har gjorts i Österrike bland läkarstudenter som visade på stora brister i kunskapen som sannolikt påverkar och sjukvårdspersonalens attityder och bemötande av HBT-personer. När författarna utvärderade kunskapstestet sågs att mer än hälften av medicinstudenterna inte visste om homosexualitet var klassat som en sjukdom eller inte och över hälften hade ännu större brister i kunskapen kring transpersoner (Arnold et al., 2004). I en studie från Amerika uppmärksammades psykologistudenters lågt till måttliga kunskaper. Åttiofem procent av de tillfrågade uttryckte behov av utbildning (Savage, Prout, Chard, 2004).

Mc Manus et al., (2006) påtalade att vårdpersonal måste förstå att deras bemötande och hållning rörande den lesbiska gruppen påverkar kvaliteten i vården. Genom att inte uppdatera eller utbilda sig försämras kvaliteten och leder till att lesbiska inte kommer att söka vård när de behöver det. En integrerad utbildning och förståelse i frågan, där vikten ligger i att titta på egna fördomar, myter och stereotypt tänkande är av yttersta vikt. Mc Manus et al., (2006) menade också att vårdpersonal har ett unikt tillfälle att förbättra hälsan hos den kvinnliga befolkningen speciellt hos den befolkning som är marginaliserad och i stort behov av stöd. Vårdpersonal kan för sig själva besluta om de ska vara företrädare för dem som är mer utsatta än andra i vården.

År 2006 granskade sjuksköterske- och läkarstudenter vid Karolinska institutet (KI) i Stockholm sin utbildning bland annat utifrån sexuell läggning. En slutsats av den samlade rapporten kom fram till att det fanns ett osynliggörande av HBT- personer i kombination med en biologisk syn på sexualitet som inte bara drabbar HBT-personer, utan ytterligare medverkar till en bristande medvetenhet om homosexuella, bisexuella och transpersoners situation i mötet med sjukvården (KI, 2006).

I en studie av Röndahl (2009) där instrumentet HBT-K skalan användes visade att 66 procent av sjuksköterske- och läkarstudenter vid Uppsala Universitet saknade tillfredställande allmänkunskap kunskap om homo- och bisexuella och transpersoner. Sextioen procent saknade psykologisk kunskap. Åttiotvå procent saknade HBT-kunskap som var direkt kopplat till hälso- och sjukvården. Studien visade att de som uppgett att de var religiöst troende hade mindre kunskap än de studenter som inte var troende. När man undersökte den del som handlade om vårdkunskap fann författarna att sjuksköterskestudenterna hade sämre kunskap

än läkarstudenterna. Kvinnliga studenter hade högre psykologiska HBT-kunskaper än manliga studenter. Det var dock ingen skillnad på läkarstudenter respektive sjuksköterskestudenters HBT-kunskap (allmänskunskap).

### **HBT-begreppet**

Ordet HBT introducerades i Sverige första gången i RFSL medlemstidning Kom ut (nr4/2000) av redaktören Greger Eman. Samlingsbegreppet kritiseras ofta från vissa länder och rörelser. Finland anser att det ska förkortas HLBT då det anser att H:et ofta står för manlig homosexualitet och att de lesbiska glöms bort. I USA syns förkortningen HLBTQ då queer lagts till. Begreppet queer har världen över kommit att bli ett samlingsnamn för det som avviker från normen. RFSL har sedan 2012 valt att ändra förkortningen till HBTQ (Rosenberg, 2006, RFSL, 2012).

Litteraturen beskriver att svenska språket har många ord som betecknar kvinnor som har sex med kvinnor, kvinnor som älskar kvinnor och kvinnor som begär kvinnor. Genom historien hittas ord på samkönad sexualitet mellan kvinnor såsom: sapphist, invert, tribad, lesbisk, flata, homosexuell kvinna och även icke heterosexuell kvinna (Rosenberg, 2006). Begreppet HBT som kommit till som samlingsnamn för all upplevd identitet men vill man enbart beskriva den sexuella aktiviteten mellan kvinnor används begreppet KSK (Kvinnor som har Sex med Kvinnor) och MSM (män som har sex med män).

Genusforskaren Margareta Lindholm (2003) beskriver svårigheten att använda olika begrepp eller ord i en text som följer:

”omständighet att man behöver använda orden, meningarna, påminner om att det som för en själv är vardagligt och klart inte alls är självklart för andra. Och i en konkret situation kanske det inte ens är begripligt på det sätt, som det är för en själv” (Lindholm 2003, s. 7).

Oavsett hur sexualitet definieras så hänvisar ordet lesbisk till sexuella relationer mellan kvinnor och beskriver just begäret mellan dem (De Lauretis, 1994). Butler (2005) säger att det inte är säkert om det finns något gemensamt element bland lesbiska förutom att de känner till samhällets fördomar och förakt. För att göra detta tydligare kan påstås att det inte finns några gemensamma element för heterosexuella möjligen att heterosexualitet i sig generellt ses som den vedertagna normen.

### **Transperson**

Transpersoners hälsa är något som belyses mer och mer bland hälsopersonal. Upplevelse av kön och könstillhörighet har dokumenterats under flera år. Oftast har det rört transexualitet och då framförallt könsbyten från man till kvinna (Lombardi, 2001). Transperson är ett paraplybegrepp. Det finns många olika sätt att vara en transperson. De mest kända begreppen är transvestit, transexuell och intersexuell (RFSL, 2011).

Transvestit är en person som mår bra av och känner behov av att klä sig i det motsatta könets kläder. Personen har en stark önskan av att uttrycka sin personlighet som inte enbart ligger inom det biologiska könets ramar. Transvestiter har oftast ingen önskan om att förändra sin kropp eller byts sitt juridiska kön. Många transvestiter har en klar identitet i det kön de har med dem finns de som när de är omklädda har en önskan att tillhöra det motsatta könet. Det kan finnas känslor som är dubbla, antingen både manligt och kvinnligt men också som ett tredje kön, tidvis eller bara som omklädd (Lombardi, 2001).



Transexuell är en person upplever sig själv i fel kön och har önskan om att få byta kön. Oftast finns upplevelsen där redan under tidiga år (Lombardi, 2001).

Intersexuell är ett stort antal olika diagnoser och tillstånd samlas under detta begrepp. Detta kan beskrivas som en person som har en förändring i könskromosomerna och/ eller könskörtlarna (testiklar eller äggstockar) (Lombardi, 2001)

### **Queer**

Queer betyder på engelska udda, pervers, knäpp och avvikande. Ordet queer har använts som ett skällsord och nedsättande ord för homosexuella kvinnor och män i USA under 1900-talet. Amerikas feminist- och homosexrörelse började växa till sig från 1960-talet och framåt. Homosexuellas började strida för sina rättigheter under ganska försiktiga former. Ofta handlade det om att skapa möjligheter att hitta platser där homosexuella kunde träffas och bryta isolering utan att bli ofredade. Från att ha använt ordet homosexuell byttes ordet ut till gay, ordet gay ansågs låta mer glädjefyllt och mindre provocerande än homosexuell. Ett motstånd växte fram hos personer som kände sig utanför rörelsen. De började ifrågasätta om rörelsen verkligen gällde alla. Det var många som kände sig ovälkomna såsom "fjolliga" män, manhaftiga kvinnor, transor, bisexuella och transexuella. "Fjolliga" män och manhaftiga kvinnor ansågs bekräfta majoritetssamhällets syn på homosexuella. Under 1980-talets slut kom hiv/AIDS att få en större uppmärksamhet. Politiker i Amerika ville inte engagera sig i sjukdomen eller synliggöra den. Missnöjet bland homosexuella kom att bli stort, aktivister bröt sig in på konferenser och politiska arenor och skanderade ord som "we're here, we're queer, get used to it". Så började ordet queer att användas. Ordet användes just för att visa på att det var så som homosexuella sågs utifrån, som avvikande men också som en protest mot att inte finnas inom normen för homosexualitet. De avvikande hade rätt att få finnas och bli sedda (Ambjörnsson, 2006, Roseberg, 2006).

Författaren har i texten valt att använda HBT genomgående eftersom denna studie startade innan 2012 då RFSL inte lagt till Q. et i HBT.

### **Komma ut**

När en person talar om att den inte är heterosexuell kallas detta att komma ut. Komma ut har enligt litteraturen två betydelser. Det första är att personen kommer underfund med sin icke heterosexuella identitet och har förmåga att sätta ord på den och formulera den för sig själv. Den andra betydelsen är att personen berättar för sin omgivning om sin identitet (Lundahl, 1998; Dahl, 2005). Detta är en process som följer med hela livet. I varje möte av betydelse tvingas personen berätta om sin identitet. För vissa personer verkar det vara en linjär process genom livet där personen blir mer och mer öppen med sig själv och sin omgivning, men detta förutsätter att personen alltid begär, lever eller älskar någon av samma kön. Om en person är bisexuell innebär det att den gången personer begär, lever eller älskar någon av motsatt kön bryts linjen och personen slungas tillbaka till de första stadierna i processen igen. Även om personen inte uppfattar sig själv som heterosexuell kommer han eller hon betraktas i det sociala livet som heterosexuell. Personen behöver inte komma ut eftersom han eller hon gör det som förväntas i samhället alltså begär, lever eller älskar någon av motsatt kön. Nästa gång personen begär någon av motsatt kön sätts kommaprocessen igång igen. Han eller hon måste återigen komma ut och berätta om sig själv (Lundahl, 1998; Stevens & Morgan, 1999; Wilton, 2000; Dahl, 2005).

## **Hälsa i HBT-gruppen**

Statens folkhälsoinstitut fick år 2003 på uppdrag av regeringen att undersöka hälsosituationen hos homosexuella, bisexuella och transpersoner med hjälp av en folkhälsoenkät och en webbenkät. Resultaten av undersökningen publicerades 2006. Undersökningen beskriver att HBT-personer upplever sig ha generellt sämre hälsa än övriga befolkningen. När den psykiska hälsan granskades sågs att andelen psykisk ohälsa var större hos lesbiska och bisexuella kvinnor jämfört med homosexuella män. En stor skillnad sågs i att transpersoner skattade sig ha betydligt sämre psykisk ohälsa än homo- och bisexuella. Det framkom att HBT- personer i större utsträckning var rädda för att bli diskriminerade och utsatta för trakasserier och våld. Undersökningen visar också att HBT-personer upplever sämre välbefinnande än övrig befolkning, speciellt transpersoner. Känslor som ångest, ångslan och oro beskrivs oftare men också högre andel av självmordstankar (Roth, Boström, Nykvist, 2006).

## **Heteronormativitet**

Begreppet heteronormativitet kommer utifrån queerteorin och blev nedskrivet och definierat för första gången 1993. Den som myntade begreppet var Michael Warner (Warner, 1993). När det talas om begreppet heteronormativitet istället för heterosexualitet visar det på att det är själva normsystemet man vill undersöka och ifrågasätta. Det är alltså inte den enskilda människans sexualitet som är i fokus utan snarare en viss norm som premieras och leder till konsekvenser för den enskilda människan. Heteronormativitet är en norm som enkelt förklaras med att alla i ett samhälle förutsätts vara heterosexuella tills motsatsen är bevisad (Stevens & Morgan, 1999; Platzer & James, 2000; Wilton, 2000; Ambjörnsson, 2006; Rosenberg, 2006). Det innebär att de som inte identifierar sig som heterosexuella måste komma ut (berätta om sin identitet) i sammanhang som kräver detta. Ett exempel kan vara att i vården antas många gånger en anhörig som är av samma kön som patienten vara god vän eller ett syskon så länge inte den goda vännen eller syskonet berättat något annat. Om den goda vännen eller syskonet till patienten är partner måste detta berättas för att vårdpersonalen ska förstå vem den anhörige är (Westerståhl, 2003).

Om man utvecklar begreppet vidare kan sägas att heteronormativitet innebär att i det samhälle människor lever har samhället heterosexualitet som norm för människors sexualitet. Normen kan förklaras med att kvinnor förväntas åtrå och skapa romantiska och sexuella relationer med män, och vice versa. Normen innefattar att kvinnor ska vara feminina och män maskulina. Vårt sätt att klä oss signalerar vem vi är också våra kroppsrörelser och uttryck. Kvinnor ska klä sig på ett visst sätt och män på ett annat. Män som klär och rör sig feminint antas vara homosexuella och kan fördömas eller ses ned på. Män i slips kavaj med ett rakt och tydligt uttryck utan för mycket gester premieras. Kvinnor som är fula, manhaftiga, aggressiva och går i fotriktiga skor har antagits vara lesbiska och mötts med förakt (Rosenberg, 2006). Språket är en tydlig markör på heteronormativiteten. Ett exempel på detta är "din mamma och din pappa", som utgår från att det tilltalade barnet lever i en familj med föräldrar av skilda kön, ett antagande som kan ses som ett utslag av heteronormativitet. (Kaplan, Hogg, Hildingsson, Lundgren, 2009).

Heteronormativiteten genomsyrar hela samhället så som institutioner, strukturer, handlingar, relationer och lagar och de kommer att upprätthålla heterosexualitet som något som gäller för alla i samhället och är något som är naturligt (Yep, 2003; Ambjörnsson, 2006). Det sociala livet i samhället bygger på antagandet av att alla lever heterosexuellt och att detta är det enda sättet att leva på. Heteronormativiteten kan leda till att alla som inte identifierar sig som heterosexuella blir osynliga i samhället. Osynligheten kan leda till diskriminering och sämre behandling i alla sociala strukturer så som i mötet med myndigheter, i affären, på dagis, i

vården eller i föreningar (Wilton, 2000; HomO, 2006). I värsta fall kan det innebära att personer som avviker från heteronormen drabbas av utfrysning, trakasserier och våld. Idag ser man att anmälan om hatbrott från HBT-personer ökar. (Ambjörnsson, 2006).

### **Heteronormativ vård och dess konsekvenser**

Den kristna kyrkan har starkt påverkat sjuksköteyrket. I slutet av 1800- talet kom kvinnor från en borglig och religiös medelklass att utbilda sig till sjuksköterskor (Holmdahl, 1994). Den kristna tron om homosexualitet som synd har påverkat sjuksköterskeyrket precis som alla andra inom hälso- och sjukvården. Därtill kommer synen som patologiserar homosexualitet. Detta ligger många gånger som grund för sjuksköterskors synsätt (Månsson & Hilte, 1990).

Hälso- och sjukvården har baserat sin vård och behandling på antagandet av att heterosexualiteten är alla patienters sexuella identitet (Spidsberg, 2007; Rödahl, 2009). Heteronormativiteten i vården kan uttryckas med ord eller med en tyst antagande, verbal eller icke verbal kommunikation. Den icke verbala kommunikationen kan bestå i att i väntrum ha information och tidningar som visar på att alla i väntrummet underförstått är heterosexuella. Ett exempel på verbal kommunikation kan vara att läkaren, sjuksköterskan eller barnmorskan ställer frågor som ”har du en pojkvän”? eller ”använder du preventivmedel?”. Kommunikationen om heterosexualitet gör att icke heterosexuella känner sig osynliga och inte sedda (Hitchcock & Wilson, 1992; Robertsson, 1992; Mathieson, 1998; Rödahl, Innala, Carlsson, 2006).

### **Konsekvenser för lesbiska i en heteronormativ vård**

Forskning visar att vårdpersonal ofta negligerar eller inte berör patienternas sexuella orientering om de förstår att de är lesbiska (Westerståhl, Segersten, Björklund, 2002; Bjorkman & Malterud, 2009). Det har visat sig att läkare uppger att de känner sig obekväma i att möta lesbiska kvinnor och andra marginaliserade grupper och prata om deras sexuella hälsa (Khan, Plummer, Hussain, Minichiello, 2008; Bjorkman & Malterud, 2009). Detta leder till att det finns en stor okunskap inom hälso- och sjukvården när det gäller kvinnor som har sex med kvinnor (Larsdotter, 2009). Forskning tyder på att lesbiska kvinnor i större utsträckning uteblir från screening kontroller så som mammografi och cellprovskontroller och att det går att se en tre gånger större frekvens av psykisk ohälsa i gruppen lesbiska och bisexuella. Psykisk ohälsa beskrivs då i form av depression och ångest problematik (Carrol, 1999; Mc Nair, 2003).

Huges och Evans (2003) visade på att brister i medvetenhet bland vårdpersonal kunde leda till dåligt underbyggda råd och missade möjligheter till förebyggande av sjukdom. Larsdotter (2009) beskrev i sin rapport att barnmorskor många gånger inte vet om klamydia kan överföras mellan kvinnor och gav råd om att det nog inte kan det. Barnmorskor hade dessutom svårt att informera om säkrare sex råd till lesbiska då de inte var tillräckligt orienterade i sexual praxis och teknik mellan kvinnor som har sex med kvinnor.

Carol (1999), MC Nair (2003) och Larsdotter (2009) visade att lesbiska och bisexuella kvinnor skyddade sig i sexuella kontakter i sämre utsträckning när de har sex med kvinnor. Carol (1999) och MC Nair (2003) kunde också påvisa att detta även gällde när de hade sex med män medan Larsdotter (2009) såg att kvinnor som har sex med både män och kvinnor oftast skyddade sig i sina kontakter med män men detta ska understrykas att det var en stor andel kvinnor som inte skyddade sig alls. Detta kan förklaras av Larsdotter (2009) med att kvinnorna inte känner sig sedda, att information inte riktats på ett sådant sätt så att den inkluderat alla kvinnor.

Lesbiska och bisexuella kvinnor beskrev att de fått sämre vård när läkaren eller barnmorskan förstått att de är lesbiska. Barnmorskor och läkare blev korta i svaren, obekväma, drog tillbaka sitt stöd, avbokade tider, svarade inte på e-post. Vid gynekologiska undersökningar upplevde kvinnorna att barnmorskorna blev mer hårdhänta när de förstod att de var lesbiska (Spidsberg, 2007). När de lesbiska kvinnorna sökte en gynekolog inför insemination visade inte läkarna sin direkta avsky men la ändå sina egna värderingar i samtalet. Detta kunde vara värderingar i form av ”alla barn behöver en pappa” eller ”hur kan du välja bort en pappa?”. Kvinnorna kände sig ifrågasatta av läkarna i sitt val och var i stort behov av att förklara sin handling (Ross, Steele, Epstein, 2006; Renaud, 2007). Många lesbiska kunde vänta med att söka vård till det blir absolut nödvändigt p.g.a. rädslan att få sämre vård p.g.a. sin homosexualitet (Olesker & Walsh, 1984; Hitchcock & Wilson, 1992; Robertson, 1992; Wilton, 2000, Bjorkman & Malterud, 2007; Spidsberg, 2007). Det fanns också en rädsla av att ens partner inte skulle vara en likvärdig partner i sjukvårdens ögon jämfört med en partner av olikt kön. Många hade en rädsla att bli bemötta med förakt och bli avvisade (Kreiss & Patterson, 1997; Wilton, 2000).

### **Vikten av att komma ut inför vårdpersonal**

Många kvinnor upplevde att det var viktigt att komma ut inför sin läkare (Smith, Johnson, Guenther, 1985; Wilton & Kaufmann, 2001; Bjorkman & Malterud, 2009). Det fanns dock möten då det inte var relevant för den enskilda kvinnan att komma ut och där det måste finnas ett val att avstå (Larsson & Dykes, 2007). När det är medicinskt relevant att komma ut inför sin läkare eller barnmorska ansåg lesbiska kvinnor att det var viktigt att berätta för att få adekvat vård. Det kunde vara vid t.ex. en blindtarmsinflammation. Här beskrevs det viktigt att komma ut eftersom blindtarmen kunde förväxlas med graviditet vilket en del kvinnor inte hade varit i närheten av. Vid lättare infektioner som halsfluss och klamydiainfektioner var det viktigt att deras kvinnliga partners fick behandling och vid svåra sjukdomar var det viktigt att partnern, om det finns en sådan blir inkluderad i vården. Att komma ut blev viktigt men valet av att berätta kunde ibland upplevas som omöjligt när vårdpersonalen förväntas vara fördomsfull (Olesker & Walsh, 1984; Hitchcock & Wilson, 1992; Bjorkman & Malterud, 2009).

### **Strategier för att komma ut i vården**

#### Inhämtning av information

Det fanns en risk med att komma ut inför läkaren beroende på hur dennes syn på homosexualitet såg ut. Forskning visar att lesbiska och bisexuella kvinnor långt innan läkarbesök eller mödravårdsbesök kan göra en utforskning från vänner eller via Internet för att se om läkarna eller barnmorskorna är positivt inställda till homosexualitet (Hitchcock & Wilson, 1992; Bjorkman & Malterud, 2007; Spidsberg, 2007,).

#### Utformning av väntrum och blanketter

Många lesbiska och bisexuella kvinnor hade en strategi över huruvida om och när de ska komma ut eller inte göra det inför vårdpersonal. Den vanligaste strategin är dock att vara passiv i sitt berättande och vänta ut vårdpersonalen. Det är upp till läkaren eller barnmorskan att ta reda på huruvida kvinnan är lesbisk eller inte (Hitchcock & Wilson, 1992; Wilton & Kaufmann, 2001) Många kvinnor kände dock att det är viktigt och vill berätta om sin identitet men för att göra det måste kvinnorna stämma av vården. Vid besök i vården försökte kvinnorna bilda sig uppfattning om hur stämningen är i väntrummet. De tog reda vilken information som fanns där och vad signalerar vårdinrättningen för synsätt i väntrummet. Om väntrummen inte hade någon information, tidningar eller symboler, om patientenkäter,

blanketter och formulär inte är anpassade för lesbiska känner sig kvinnorna inte inkluderade vilket gör att det i kontakten med läkaren mycket svårare att komma ut. Om det fanns symboler och om blanketter är inkluderande så upplevde kvinnorna sig inbjudna redan från början innan de träffar vårdpersonalen. Det signaleras en tydlig ideologi redan i väntrummet (Hitchcock & Wilson, 1992; Mathieson, 1998; Røndahl et al. 2006; Seaver et al. 2007).

### Förhållningssätt

När inte väntrum, blanketter och information ger någon information om vårdpersonalens förhållningssätt gäller det att bilda sig en uppfattning i det direkta mötet med vårdpersonalen. Nästa steg handlar om att bilda sig en uppfattning om sjuksköterskans, barnmorskans eller läkarens inställning till homosexualitet i form av att titta på kroppsspråk och se på signaler hur de interagerar med kvinnorna och vilket språk de använder. Kvinnorna själva försökte signalera ut att de är villiga till att komma ut men då måste läkaren uppfatta signalen. Om inte läkarens inställning upplevdes positiv kom kvinnorna inte ut (Hitchcock & Wilson, 1992; Björkman & Malterud, 2007; Spidsberg, 2007; Björkman & Malterud, 2009).

### **Attityder bland vårdpersonal**

Røndahl, Innala och Carlsson (2004a) har fokuserat på attityder hos sjukvårdspersonal gentemot homosexuella. Sjuksköterskor, undersköterskor och studenter fick svara på enkäter om sina attityder gentemot homosexuella. Resultaten visade att 62 procent av deltagarna hade positiva attityder. Sjuksköterskor rapporterade mer positiva attityder än undersköterskor. 30 procent uttryckte varken positiva eller negativa attityder. I ytterligare en studie beskriver Røndahl et al. (2004b) att om möjligheten fanns skulle 36 procent av sjuksköterskorna och undersköterskorna och 9 procent av studenterna avstå från att vårda homosexuella. Røndahl et al., (2004b) resultat visade att ju lägre utbildning och mindre erfarenhet av homosexuella människor ju mer ilska väcktes. De fann att det fanns en signifikant skillnad i svaren från sjuksköterskor, undersköterskor och studenter med annan kulturell bakgrund. Personal med annan kulturell bakgrund än svensk visade mer homofobi. Sjuksköterskestudenter som oftast var yngre visade mer tolerans än andra i äldre åldersgrupper.

Wilton & Kaufmann (2001) och Spidsberg (2007) satte barnmorskorna i fokus. De såg att det fanns en vilja från barnmorskornas sida att bemöta de samkönade par de mötte på ett bra sätt men att de kändes osäkra i vilka ord de kunde använda som inte var nedvärderande eller vilka frågor som kunde ställas som inte upplevdes som integritetskränkande. Ju längre graviditeten gick ju säkrare kändes barnmorskorna i mötet med paren. Røndahl et al., (2006) poängterade att rädslan över att uppträda inkorrekt ledde till en känsla av osäkerhet och kunde orsaka missuppfattningar och dubbla budskap i kommunikationen mellan vårdare och patient. Kaplan et al., (2009) poängterade att barnmorskans brist på erfarenhet kan göra barnmorska osäker och att barnmorskans utbildning där många gånger reproduktiv hälsa betonas förstärker heteronormativiteten.

Lesbiska par som fått barn upplevde att det var vårdpersonalens ansvar att utbilda sig och reflektera över sitt förhållningssätt och egen sexualitet. De ansåg att det var viktigt att såväl läkare, sjuksköterskor, barnmorskor, undersköterskor och studenter övade sig själva i att ta emot lesbiska patienter. I utbildningar och på arbetsplatser ansåg de att det ska finnas tid och möjlighet för reflektion (Olesker & Walsh, 1984; Mathieson, 1998; Wilton & Kaufmann, 2001; Seaver et al., 2007; Røndahl et al., 2009). Kliniker som specialiserat sig på fertilitet, graviditet och förlossning och som tydligt vänder sig till lesbiska kvinnor var något som kvinnorna önskade sig. De ansåg att dessa kliniker i sin tur kan lära ut förhållningssätt till andra vårdinrättningar (Ross et al., 2006; Renaud, 2007).

### **Mötet med barnmorskor i vården**

Lesbiska par som väntar barn kan känna sig mycket osäkra, försvarslösa och sårbara i möte med barnmorskan under deras första graviditet. Många har bra erfarenheter från barnmorskor men en del har mött barnmorskor med negativa attityder. Kvinnorna upplevde att det framförallt kommuniceras heteronormativitet genom hela graviditeten och då via verbal och icke verbal kommunikation (Röndahl, 2005; Mc Manus et al. 2006; Röndahl et al., 2006; Spidsberg, 2007; Röndahl et al., 2009). Många av paren hade positiva upplevelser av vården men beskriver trots detta en upplevelse av överfokusering på deras sexualitet. En fokusering på sexualiteten istället för själva graviditeten och det kommande barnet och föräldraskapet (Wilton & Kaufmann, 2001; Spidsberg, 2007; Röndahl et al., 2009).

Fokus på sexualiteten kan upplevas som att känna sig som ett begrepp ”att vara lesbisk”. ”Att vara lesbisk” är att vara annorlunda och som andra runt omkring kan reagera och ha synpunkter på. Detta i sin tur ger en känsla av otrygghet och osäkerhet och framförallt ett behov till att försvara och förklara sig i olika situationer då upplevelsen är att vara ifrågasatt (Spidsberg, 2007). Wilton och Kaufmann (2001) samt Spidsberg (2007) beskrev att vara lesbisk och gravid är att göra sig till en offentlig person där ens privatliv visas upp vilket innebär att kvinnorna känner ett krav på att utbilda barnmorskorna i frågor om homosexualitet vilket i sin tur leder till att skapa en mer tolerant sjukvård och samhälle, ett samhälle som ska göra det lättare för deras barn att växa upp i. Genomgående upplevde kvinnorna att de svarar på frågor av för privat karaktär. En känsla av tomhet och utlämnande kunde ibland infinna sig hos dem. När kvinnorna jämförs med sina heterosexuella kvinnliga vänner som också väntar barn insåg de att de inte alls fick frågor av samma karaktär. Kvinnorna ansåg att frågor om donatorn och valet av att välja en donator och inte en pappa kändes för intima. De förstod inte riktigt varför dessa frågor var så viktiga att få svar på. Kvinnorna beskrev också att de hade en rädsla av att bli behandlade som ”dåliga” mammor. De upplevde ofta en stor rädsla över att deras föräldraskap kritiskt granskas av vårdpersonal i syfte att se om ”de duger”. De måste då svara på frågor och dessutom bevisa mer än andra blivande föräldrar för att berättigas ett föräldraskap.

Heteronormativiteten blir synlig i bemötandet av paret. Detta blev särskilt tydligt i mötet med den gravida kvinnans partner. Paret upplevde många gånger en osäkerhet i barnmorskans bemötande mot partnern. De kände barnmorskans svårighet att sätta in henne i ett sammanhang, att se henne som en självklar blivande förälder. Detta resulterade i att partnern inte kände sig sedd. Heteronormativiteten blev också tydlig i föräldrautbildningen som mödravårdcentraler erbjuder till alla blivande föräldrar i någon form. Utbildningarna utgår många gånger från ett ”mamma och pappa” perspektiv vilket gör att paren kände sig exkluderade. (Wilton & Kaufmann, 2001; Larsson & Dykes, 2007).

De lesbiska gravida kvinnorna relaterade erkännande av identitet genom att vara sedda, accepterade och förstådda (Olesker & Walsh, 1984; Larsson & Dykes, 2007). Kvinnorna uppskattade när barnmorskorna behandlade dem som kvinnor så som alla andra kvinnor och som vilket par som helst som väntade barn. När barnmorskan använde då ord som ” detta har ni gjort bra, vilken perfekt liten kille ni fått eller vänder sig till partnern som inte fött och ställer frågan ” ska du amma?” ”Det gjorde dem säkra, inkluderade och bekräftade (Olesker & Walsh, 1984; Ross et al., 2006; Spidsberg, 2007; Larsson & Dykes, 2007). När barnmorskorna signalerade det motsatta frågade de om kvinnan som den gravida kvinnan

hade med sig vid inskrivningssamtalet var en syster. Den gravida var då själv tvungen att berätta att det var en partner detta kunde leda till att barnmorskan kände sig obekvämt och besvärad vilket kändes pinsamt (Ryding, 1992; Buchholz, 2000; Bjorkman & Malterud, 2007). Det upplevdes som lättare för kvinnorna om läkarna och barnmorskorna ställde öppna frågor om deras livsstil. Med öppna frågor menas, ”hur känns det för er att vänta barn?” eller ”har ni planerat barn länge?”. På det sättet upplevde kvinnorna att frågorna är fria från antagandet av att de är heterosexuella och de kunde lättare berätta om sig själva (Larsson & Dykes, 2007).

Buchholz (2000) samt Wilton och Kaufmann (2001) visade att det kändes mycket viktigt för kvinnan som hade fött att hennes partner blev sedd och att de blev sedda som en familj. Under förlossning var det viktigt att barnmorskan såg partnern som en jämbördig och självklar partner som fanns där för att stödja under förlossningsarbetet. Det var viktigt att paret upplevde att de kunde hålla om varandra utan att barnmorskan tappade fattningen och blev obekvämt. Efter förlossningen beskrev sig paren som trötta och sårbara och ett ”olämpligt uttryck” kunde få dem att känna sig värdelösa, otillräckliga och inte värdiga som föräldrar. De barnmorskor som la ned möda på att få kvinnorna att känna sig bekräftade i sin nya föräldraroll uppskattades mycket och upplevdes som oerhört stärkande. I sin sårbarhet kunde kvinnorna missuppfatta signaler såsom när barnmorskorna var stressade, inte hann med dem på rätt sätt kunde det uppfattas som att barnmorskorna valde bort dem framför andra heterosexuella par. Kvinnorna insåg att det kanske inte var så men känslan fanns där.

### **Problemformulering**

Barnmorskor på mödravården möter olika sorters familjer som väntar barn. Ingen kartläggning av barnmorskors kunskap om homo- bisexuella och transpersoner är gjord i Sverige. Därför är det av yttersta vikt att kartlägga detta eftersom kunskapen påverkar kvalitén i mötet och ger en mer patientsäker vård.

### **Syfte**

Syftet med studien var att undersöka barnmorskors kunskaper om homo-bisexuella och transpersoner.

## **METOD**

### **Design**

Studien var indelad i två delar med en kvantitativ deskriptiv studie och en kvalitativ manifest innehållsanalys med induktiv ansats som genomfördes med hjälp av webbaserad enkät.

### **Urval**

Inkluderingskriterierna var samtliga barnmorskor som arbetade inom mödravården i Sverige och som hade tillgång till en e-postadress. Exklusionskriterier var barnmorskor som arbetade inom mödravården i Sverige och som inte hade tillgång till en e-postadress.

Totalt inkluderades 827 barnmorskor med e-postadresser varav 393 deltog (392 kvinnor och 1 man) men eftersom mannen endast utgjorde en individ exkluderades han p.g.a. risk för identifiering. Svarefrekvensen var 47,5 procent av deltagande barnmorskor.

Barnmorskornas ålder varierade mellan 20-70 år, majoriteten 58,5 procent (n=229) var mellan 51-70 år. På frågan om var deltagarna arbetade svarade 38 procent (n=149) att de arbetade i Stockholm, Göteborg och Malmö, 44,6 procent (n=175) av barnmorskorna kom från en mindre stad eller samhälle söder om Stockholm övriga arbetade i en mindre stad eller

samhälle norr om Stockholm. De svarandes civilstånd varierade men huvuddelen 85,7% (n=338) var gifta eller sambo de övriga var ensamstående särbo, skilda eller änkor. Majoriteten 64,4 procent (n=253) av de svarande hade varit yrkessamma i 16-40 år, 7,9 procent (n=31) hade arbetat som barnmorska i 1-5 år. Vid specifik fråga om hur länge de svarande arbetat inom mödravården svarade 32,6 procent (n=128) att de arbetat mellan 16-40 år, 28,8 procent (n=113) hade endast arbetat 1-5 år inom mödravården.

### **Datainsamlingsmetod**

En pilotstudie genomfördes våren 2011 på mödravårdscentralen Mama Mia Söders barnmorskor (n=13) där författaren själv arbetar i syfte att korrigera de frågor som missförstods eller inte var begripliga. Barnmorskorna satt ned och diskuterade de frågor de inte förstod. Frågorna korrigerades därefter. Frågeformuläret överfördes till en webenkät hos ett företag som utformar webenkäter, ([https://websurvey.textalk.se/se/start/enkat\\_info.html](https://websurvey.textalk.se/se/start/enkat_info.html)).

Information och samordning av Sveriges mödravårdsbarnmorskor leds av en Rikssamordningsbarnmorska (R-samba). Under henne finns det samordningsbarnmorskor (samba) i varje landsting som ansvarar för att föra ut information, utbildning och riktlinjer till de mödravårdsbarnmorskor som arbetar i landstingen. Författaren träffade R-samba under ett planerat möte under våren 2011 för att informera om studien och diskutera genomförandet. R-samba var positiv till samarbete och erbjöd sig att informera ”samba” som därefter kunde vidarebefordra verksamma barnmorskors e-postadresser till författaren. E-postadresserna skickades sedan vidare till Websurvey. ”Samba” fick separat skriftlig information om studien innan aktuella e-postadresser lämnades till författaren.

Författaren la in e-postadresserna i en exelfil som skickades till Websurvey. Webföretaget skickade ut webenkäten med ett informationsbrev till mödravårdsbarnmorskorna den 9 januari 2012. Efter två veckor skickades en påminnelse ut till samtliga igen. Svaren lades in i ett dataprogram där författaren kontinuerligt kunde följa hur många svar som hade kommit in.

### **Instrument**

Professor Mary Harris vid Universitetet i New Mexico utarbetade 1995 ett kunskapstest ”Knowledge About Homosexuality Questionnaire” (Davis, Yarber, Bausemann, Scheer, Davis, 1998) i syfte att mäta vårdpersonals kunskap om homosexualitet och sakfrågor som var relaterade till hälso- och sjukvård. Kunskapstestet är validerat och har även använts inom andra områden såsom att mäta ungdomars kunskap på colleges och högskola i USA. Testet hade 20 påståenden som svarades med sant, falskt och vet ej svar. Med godkännande från professor Harris, översattes och modifierades instrumentet efter svenska förhållanden och kallas nu HBT-K skalan (där K står för kunskap). Instrumentet identifierade tre olika kunskapsområden (subskalor) vårdkunskap, psykologikunskap och allmänskunskap (Röndahl, 2009). Författaren har i sin tur modifierat enkäten för att anpassas till barnmorskor som arbetar inom mödravården i Sverige.

Kunskapsenkäten består av 26 påståenden som markeras av deltagaren som sant, falskt eller vet inte. Exempel på frågor är: *Genom psykoterapi kan homosexuella personer botas och bli heterosexuella* eller *Forskning visar att homosexualitet orsakas av en förändring i kromosomerna*.

Maximalt antal poäng är 26. Kunskapen är godkänd om minst 70 procent av svaren är korrekta vilket ger ett medelvärde på 18,2 poäng. Vilket gör att 18 poäng och över är godkänt.



Enkäten identifierar tre olika kunskapsområden (subskalor) specifik barnmorskekunskap max 8 frågor (3,4,8, 9,17,19,20,24), godkänd 5,6, psykologikunskap max 9 frågor (2,7,12,14,15,16, 21,22, 23), godkänd 6,3 poäng och allmänskunskap max 9 (1,5,6,10,11,13,18, 25, 26), godkänd 6,3 poäng.

Enkäten avslutas med två frågor där svar kan ges i fri text. Frågorna som ges är *Beskriv vilken typ av kunskap du behöver* och *Om du hade möjlighet att avstå från någon eller några som du redan innan mötet visste var homo, bi eller trans skulle du göra det? Och i så fall varför?*

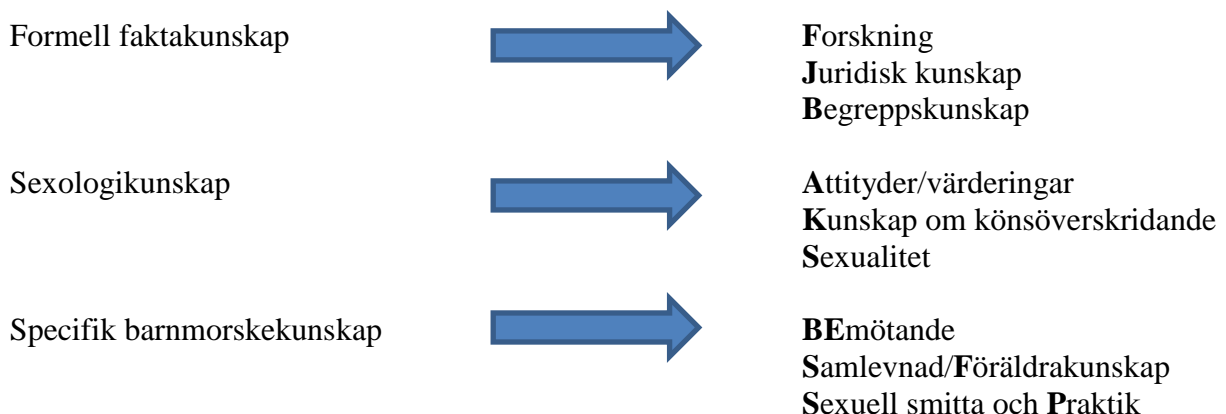
## Kvantitativa och kvalitativa analyser

### Statistisk analys

Statistikprogrammet SPSS version 20 användes för att statistisk bearbetning av variablerna ålder (20-30, 31-40, 41-50, 51-60, 61-70), bostadsort (Stockholm, Göteborg, Malmö, mindre stad eller samhälle norr om Stockholm, mindre stad eller samhälle söder om Stockholm), civilstånd (gifta, sambo, ensamstående, eget alternativ), yrkesverksamma år som barnmorska (1-5, 6-10, 11-15, 16-20, 21-30, 31-40), yrkesamma år inom mödravården (1-5, 6-10, 11-15, 16-20, 21-20, 31-40), antal lesbiska och bisexuella patienter (0, 1-5, 6-10, 11-20, 21-50 >50), antal lesbiska par som väntar barn (0, 1-5, 6-10, 11-20, 21-50, >50), antal transpersoner (0, 1-5, 6-10, 11-20, 21-50, >50). Dataanalysen genomfördes med hjälp av Chi-test vid jämförelse mellan ålder, bostadsort, civilstånd, yrkesamma år som barnmorska, yrkesamma år inom mödravården, antal lesbiska och bisexuella patienter, antal lesbiska par som väntar barn och antal transpersoner.

### Kvalitativ dataanalys

Den avslutade delen med två frågor där svar kunde ges i fri text har analyserats efter riktlinjer för kvalitativ manifest innehållsanalys med induktiv ansats (Graneheim & Lundman, 2004; Elo & Kyngäs, 2008). I första steget av analysen läser författaren igenom den fria texten till svaren flera gånger för att få en helhetssyn. Svaren numreras. Därefter identifieras meningar och fraser som är meningsbärande dessa kodas och blir till kategorier. Därefter kortas de ned ytterligare/kondenseras, blir till subteman och kodas, utan att det väsentliga innehållet går förlorat, se figur 1.



Figur 1: De identifierade meningarna t.ex. "ny forskning, nya rön, som kodats delades in i tre kategorier t.ex. Formell faktakunskap som skildrar textens innehåll och under dessa ses subteman t.ex. Forskning med ett gemensamt mönster.

### **'Etiska överväganden**

Studien godkändes av Rikssamordningsbarnmorskan. Samtliga deltagare fick ett informationsbrev tillsammans med Webenkäten. Deltagandet var frivilligt och skedde anonymt. Deltagarna garanterades att datamaterialet inte kommer att användas i annat syfte än det ovan angivna. Författaren är den enda som har tillgång till materialet.

## **RESULTAT**

### **Barnmorskornas HBT-kunskap**

För att barnmorskorna skulle kunna uppnå ett godkänt kunskapsresultat krävdes att de svarade rätt på 70 procent av påståendena vilket innebar ett medelvärde p å 18,2 poäng. I hela gruppen (n=392) var M 19,5 och standardavvikelsen (s) 3,144. Antalet icke godkända svar var 19,9 procent (n=78). Antalet deltagare respektive kunskapspoäng presenteras i tabell 1.

Tabell1: Antalet deltagare respektive kunskapspoäng

<b>Kunskapspoäng</b>	<b>Antal</b>	<b>Procent</b>
3,00	1	,3
4,00	1	,3
10,00	2	,5
11,00	3	,8
12,00	4	1,0
13,00	6	1,5
14,00	8	2,0
15,00	14	3,6
16,00	15	3,8
17,00	24	6,1
18,00	43	11,0
19,00	60	15,3
20,00	53	13,5
21,00	48	12,2
22,00	48	12,2
23,00	35	8,9
24,00	16	4,1
25,00	11	2,8
<b>Total</b>	<b>392</b>	<b>100,0</b>

Tabell1: Antalet korrekta svar varierade från 3 rätt till 25 (n=392).

Deltagarnas svar för varje påstående presenteras som Sant, Falskt eller Vet ej. Korrekt svar har markerats med fet stil, se tabell 2. Tabell 2: Antalet deltagares (n=392) svar inklusive procent.

Välj det alternativ som du tycker stämmer bäst med din kunskap inom området	Sant	Falskt	Vet ej
1. Enligt svensk lag är det tillåtet för homosexuella att ingå äktenskap	<b>387</b> (98,5%)	6 (1,5%)	0
2. Homosexualitet är en utvecklingsfas barn växer ifrån	4 (1,0%)	<b>373</b> (94,9%)	16 (4,1%)
3. Patienters sexuella läggning har inget informationsvärde för vård och omsorg	71 (18,1%)	<b>298</b> (75,8%)	24 (6,1%)
4. Lesbiska upplever att barnmorskor har liten kunskap om sexuell praktik mellan kvinnor	<b>310</b> (78,9%)	11 (2,8%)	72 (18,3%)
5. En bisexuell individ är en person som inte bestämt sig för att vara homosexuell eller heterosexuell	94 (23,9%)	<b>286</b> (72,8%)	13 (3,3%)
6. En biologisk man i kvinnokläder är transsexuell	179 (45,5%)	<b>181</b> (46,1%)	33 (8,4%)
7. Den sexuella läggningen fastställs i unga år	<b>176</b> (44,8%)	140 (35,6%)	77 (19,6%)
8. Föräldrautbildning som är uppdelad i en grupp blivande mammor och en grupp blivande pappor försvårar deltagandet för ett lesbiskt par som väntar barn	<b>228</b> (58%)	55 (21,6%)	80 (20,4%)
9. Klamydia kan överföras mellan två kvinnor som har sex	<b>357</b> (90,8%)	15 (3,8%)	21 (5,4%)
10. Enligt svensk lag är det tillåtet för homosexuella att adoptera barn	<b>279</b> (71,%)	73 (18,4%)	41 (10,4%)
11. ”Att komma ut” är ett uttryck homosexuella använder för att berätta för andra att de är homosexuella	<b>373</b> (94,9%)	3 (0,8%)	17 (4,3%)
12. Forskning visar att homosexualitet orsakas av en förändring i kromosomerna	10 (2,5%)	<b>316</b> (80,4%)	67 (17,1%)
13. Homosexuella kan man känna igen genom sitt utseende eller uppträdande	12 (3,1%)	<b>375</b> (95,4%)	3 (1,5%)
14. De flesta lesbiska kvinnor har haft sex med män	<b>118</b> (30%)	86 (21,9%)	189 (48,1%)
15. En person som identifierar sig som heterosexuell har alltid sex med någon av motsatt kön- dvs. sexuell praktik och sexuell identitet hör alltid ihop	72 (18,3%)	<b>267</b> (67,9%)	54 (13,7%)
16. Barn till homosexuella blir oftast själva homosexuella	1 (0,3%)	<b>362</b> (92,1%)	30 (7,6%)
17. Humant papillomvirus kan överföras mellan två kvinnor som har sex	<b>293</b> (74,6%)	48 (12,2%)	52 (13,2%)
18. Bisexualitet karaktäriseras av en öppenhet och/eller sexuell intresse för både män och kvinnor	<b>376</b> (95,7%)	5 (1,3%)	12 (3,1%)
19. Enligt DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) är homosexualitet en sjukdom	18 (4,6%)	<b>237</b> (60,3%)	138 (35,1%)
20. Efter donatorsinsemination i Sverige blir båda kvinnorna juridiska föräldrar, ingen adoption utförs	<b>124</b> (31,5%)	126 (32,1%)	143 (36,4%)
21. I samkönade parrelationer är den ena individen kvinnan och den andre mannen	18 (4,6%)	<b>334</b> (85%)	41 (10,4%)
22. Barn till homosexuella föräldrar far oftast illa	3 (0,8%)	<b>352</b> (95,9%)	41 (3,3%)
23. Genom psykoterapi kan homosexuella personer botas och bli heterosexuella	3 (0,8%)	<b>377</b> (95,9%)	13 (3,3%)
24. Många lesbiska upplever sig osynliga i vården.	<b>289</b> (73,5%)	11 (2,8%)	93 (23,7%)
25. Homosexuella aktiviteter förekommer bland många djurarter	<b>302</b> (76,8%)	8 (2,0%)	83 (21,1%)
26. En transvestit är en person som vill men ännu inte har bytt kön	47 (12%)	<b>311</b> (79,1%)	35 (8,9%)

### Jämförelser i HBT-kunskap

Jämförelser gjordes mellan åldersgrupper respektive bostadsort och kunskaper, se tabell 3 och 4.

Tabell 3: Fördelning av ålder och kunskaper

Ålder	n=	M	s
20-30	2	21.0	2.8
31-40	65	19.9	2.9
41-50	96	19.5	3.1
51-60	174	19.5	3.3
61-70	55	19.1	2.7
<b>Total</b>	<b>392</b>	<b>19.5</b>	<b>3.1</b>

Tabell 3: Ingen signifikant skillnad ( $p=0.987$ ) mellan ålder och kunskaper.

Tabell 4: Fördelning bostadsort och kunskaper

Bostadsort	n=	M	s
Stockholm	108	19.1	3.4
Göteborg	13	18.5	2.2
Malmö	28	20.6	2.4
Mindre stad eller samhälle norr om Stockholm	68	19.2	3.4
Mindre stad eller samhälle söder om Stockholm	175	19.7	2.9
<b>Total</b>	<b>392</b>	<b>19.5</b>	<b>3.1</b>

Tabell 4: Ingen signifikant skillnad ( $p=0.746$ ) mellan bostadsort och kunskaper.

Jämförelser gjordes mellan yrkesverksamma år respektive yrkesverksamma år inom mödravård och kunskaper, se tabell 5 och 6.

Tabell 5: Fördelning yrkesverksamma år och kunskaper

Yrkesverksamma år som barnmorska	n=	M	s
1-5 år	30	19.4	2.7
6-10 år	42	20.2	2.6
11-15 år	67	19.0	3.4
16-20 år	55	19.9	2.7
21-30 år	105	19.3	3.6
31-40 år	93	19.5	2.8
<b>Total</b>	<b>392</b>	<b>19.5</b>	<b>3.1</b>

Tabell 5: Ingen signifikant skillnad ( $p=0.844$ ) mellan antalet yrkesverksamma år och kunskaper.

Tabell 6: Fördelning yrkesverksamma år inom mödravården och kunskaper

<b>Yrkesverksamma år inom mödravården</b>	<b>n=</b>	<b>M</b>	<b>s</b>
1-5 år	112	19.4	2.8
6-10 år	92	19.7	3.4
11-15 år	60	20.0	3.0
16-20 år	36	19.2	2.6
21-30 år	72	19.0	3.4
31-40 år	20	19.9	2.8
<b>Total</b>	<b>392</b>	<b>19.5</b>	<b>3.1</b>

Tabell 6: Ingen signifikant skillnad ( $p=0.965$ ) mellan antalet yrkesverksamma år inom mödravården och kunskaper.

På frågan om hur många patienter som berättat att de var lesbiska eller bisexuella svarade 54,5 procent ( $n=214$ ) att de träffat 1-5 patienter, 13,5 procent ( $n=54$ ) hade aldrig träffat några patienter som berättat om sin sexuella identitet och 9,7 procent ( $n=38$ ) hade träffat fler än 11 patienter. Jämförelser gjordes utifrån antalet patienter som berättat om sin sexuella identitet och deltagarnas kunskaper, se tabell 7.

Tabell 7: Fördelning antalet patienter som berättat om sin sexuella identitet och kunskaper

<b>Antal patienter som berättat om sin lesbiska eller bisexuella identitet</b>	<b>n=</b>	<b>M</b>	<b>s</b>
0	54	17.5	3.9
1-5	214	19.4	3.0
6-10	86	20.5	2.5
11-20	30	20.2	2.2
21-50	6	20.1	2.
>50	2	23.0	.0
<b>Total</b>	<b>392</b>	<b>19.5</b>	<b>3.1</b>

Tabell 7: Ingen signifikant skillnad ( $p=0.139$ ) mellan antalet patienter som berättat om sin sexuella identitet och deltagarnas kunskaper.

Bland barnmorskorna som svarade på frågan hur många lesbiska par de träffat under sin tid på mödravården svarade 34,9 procent ( $n=137$ ) att de aldrig träffat några lesbiska par, 57 procent av de svarande hade träffat 1-5 par ( $n=224$ ), 8,1 procent ( $n=32$ ) hade träffat 6-20 stycken. Jämförelser gjordes utifrån antalet lesbiska par och deltagarnas kunskaper, se tabell 8.

Tabell 8: Fördelning antal gravida lesbiska par på mödravården och kunskaper

<b>Antal gravida lesbiska par på mödravården</b>	<b>n=</b>	<b>M</b>	<b>s</b>
0	137	18.8	3.8
1-5	223	19.8	2.6
6-10	24	20.7	2.3
11-20	8	20.0	2.3
<b>Total</b>	<b>392</b>	<b>19.5</b>	<b>3.1</b>

Tabell 8: Ingen signifikant skillnad ( $p=0.604$ ) mellan antalet gravida lesbiska par som deltagarna träffat och deltagarnas kunskaper.

Under det sista påståendet fick barnmorskorna svara på hur många patienter de hade träffat inom mödravården som berättat att de identifierar sig som transpersoner svarar 85 procent (n=333) att de aldrig träffat någon som berättat om detta och 0,8 procent (n=3) hade träffat fler än 6 -10 transpersoner. Jämförelser gjordes utifrån antalet transpersoner och deltagarnas kunskaper, se tabell 9.

Tabell 9: Fördelning antal personer som identifierat sig som transpersoner och kunskaper

Antal personer som identifierar sig som transperson	n=	M	s
0	333	19.3	3.1
1-5	56	20.6	2.7
6-10	3	20.6	3.2
<b>Total</b>	<b>392</b>	<b>19.5</b>	<b>3.1</b>

Tabell 9: Ingen signifikant skillnad ( $p=0.579$ ) mellan antalet transpersoner som deltagarna träffat och deltagarnas kunskaper.

### Subskalor

*Specifik barnmorskekunskap* består av 8 påståenden som är relevant för barnmorskor inom mödrahälsovården. Maximalpoängen för specifik barnmorskekunskap är 8 poäng och för att uppnå ett godkänt resultat ska M vara minst 5,6 poäng, vilket utgör 70 procent av frågorna. Inom specifik barnmorskekunskap var M 5,6, 70,1 procent av svaren var korrekta.

*Psykologikunskap* består av 9 påståenden. Påståendena är relevanta för yrken inom hälso- och sjukvården. Psykologikunskap har en maximal poäng på 9, för att vara godkänd krävs ett medelvärde på minst 6,3 poäng. 83 procent av svaren var korrekta och M var 7,47.

*Allmänskunskap* består av 9 påståenden. Dessa påståenden kan förvärvas inom t.ex. TV, radio och dagstidningar. Allmänskunskap har maximalkunskap på 9, för att vara godkänd krävs 6,3 poäng. 81,7 procent av svaren var korrekta och M var 7,29.

### Enkäten avslutades med två öppna frågor

*Beskriv vilken typ av kunskap du behöver och Om du hade möjlighet att avstå från någon eller några som du redan innan mötet visste var homo, bi eller trans skulle du göra det? Och i så fall varför?*

#### Fråga ett.

225 svarade på den första fria frågan, ” *Beskriv vilken typ av kunskap du behöver*”.

I 221 av svaren eftersöktes mer kunskap i någon form och i några av svaren fanns dessutom egna värderingar i ämnet. Fyra av svaren uttryckte tillräckligt med kunskap, dessa svar togs åt sidan. De hade svar så som ”*vet inte, nej*”. Tio procent av svaren hade inte önskan om specifik kunskap utan var mer allmänt inriktade såsom svaret ”*Det mesta inom HBT!*”. De kategoriserades i en ospecifik kategori. Resterande svar hade önskan om olika sorters kunskap och gav dessutom många gånger egna värderingar i ämnet. Svaren lästes noggrant igenom, meningar kondenserades. Vid kondensering såg snart tre kategorier, kategorier som eftersökte olika sorters kunskap, *formell faktakunskap, sexologikunskap och specifik barnmorskekunskap*, representativa citat presenteras under respektive kategori/subtema.

## **Formell faktakunskap**

Tjugofem procent av svaren handlade om någon form av formell fakta. Önskemålen handlade dels om allmän forskning ospecificerat uttryckt eller dels konkret uttryckt i form av önskemål om forskning kring bemötande i vården eller upplevelser av att leva i en HBT-familj. Därefter följde önskan om kunskap vad lagstiftningens säger i samband med adoption, insemination och föräldraskap men också försäkringskassans regler om föräldrapenning. Deltagarna saknade även begrepp i samband med rådgivning som gjorde dem rädda att kränka någon p.g.a. av sin okunskap. Dessa svar kategoriserades under formell faktakunskap och delades sedan in i tre utkristalliserade subteman: **Forskning**, **Juridisk kunskap** och **Begreppskunskap**.

### Forskning

Här efterfrågades aktuell forskning i ämnet. Kunskapen var i många av svaren inte specifikt specificerad så som "Saknar *alla nya rön*" (F10) (subtema **Forskning** tionde svaret av 225), *all ny forskning kring HBT*" (F122)". Dessa svar var allmänt hållna under subtemat, det gick inte att säga vilken typ av forskning som efterfrågas. Några eftersökte forskning om hur HBT-personer upplevde sig bli bemötta i kvinnovården "*jag vet att homosexuella blir diskriminerade i vården. Vad säger forskningen?*" (F188). Deltagarna uttryckte här specifikt forskning om bemötande i vården. Det fanns också önskemål om forskning om barns upplevelse av att växa upp i HBT-familjer "*Barn till homosexuella, hur upplevs barndomen-vad säger forskningen*" (F172).

### Juridisk kunskap

Här eftersöktes kunskap i aktuell lagstiftning rörande donatorsinsemination, adoptionslagstiftning och föräldralagstiftning. Ett av svaren var: "*jag behöver information om lagen kring adoption/insemination/IVF-behandling för lesbiska kvinnor*" (J8). Men också svar såsom "*vad lagen säger vad gäller vårdnadstvist, försäkringskassan, föräldraskap*" (J110).

### Begreppskunskap

En fattigdom i begreppskunskap sågs genomgående i svaren. Vilka begrepp använder HBT personer själva, vilka begrepp är korrekta att använda eftersöktes i många av svaren detta i syfte att inte kränka någon eller visa sig okunnig. "*Jag vill ha kunskap i alla nya ord och uttryck som används. Jag vill inte uttrycka mig FEL så jag kränker någon*" (B13).

## **Sexologikunskap**

En mindre kategori av svaren cirka 15 procent kunde kategoriseras under kategorin sexologikunskap. För att göra det mer överskådligt kategoriserades sedan dessa under tre subteman: **Attityder/värderingar**, **Kunskap om könsöverskridande** och **Sexualitet**. Det fanns i svaren egna värderingar i ämnet och dels önskan om att diskutera attityder bland kollegor men också i form av diskussionsforum av något slag. Dessa svar kategoriserades under attityder och värderingar. Alla svar som berörde T:et i HBT sågs handla om svårigheter och kunskapsbrist i könsöverskridande frågor fick subtemat kunskap om könsöverskridande och frågor som eftersökte kunskap i sexualitet kom att kategoriseras under sexualitet.

### Attityder/värderingar

I svaren sågs efterfrågan på diskussion kring attityder och värderingar i ämnet. Många svar uttryckte deltagarnas egna värderingar så som "*eftersom jag är kristen så tror jag att homosexualitet ej var menat och att Gud kan förändra en person genom bön men jag skulle aldrig i min profession uttrycka något sådant utan möta en sådan person med respekt!*" (A167)

eller *"Har varit på flera föreläsningar om HBTQ som jag upplevt som mycket överdrivna, känns som om problemet ligger hos den som föreläser"* (A15). Dessa svar uttryckte ingen önskan om kunskap men eftersom de innehöll en värdering kategoriserades och kodades de och fick vara med under subtemat. Sedan fanns det de som uttryckte både egen värdering och önskemål om mer kunskap hos barnmorskekåren i stort *"jag vill att barnmorskor ska ha mer kunskap så jag slapp att höra fördomar och myter bland kollegor. Blir provocerad av andras korkade åsikter om sina medmänniskor"* (A36). Några av svaren höll en mer allmän önskan om kunskap kring attityder och värderingar så som *"mer information om attityder"* (A48).

### Kunskap om könsöverskridande

I svaren beskrevs en stor kunskapsbrist om transpersoner och könsöverskridning. Det fanns en konkret önskan om transpersoner och könsöverskridning så som *"jag saknar mycket kunskap om transpersoner och om könsöverskridande"* (K55) och *"information om hur det kan vara att inte uppleva sig som sitt biologiska kön"* (K91). Kategorin skulle kunna ha döpts till transpersoner men eftersom många av svaren innehöll begreppet könsöverskridande så används det som begrepp i detta subtema.

### Sexualitet

I svaren eftersöktes mer kunskap och diskussion om sexualitet, om dess uppkomst och olikheter. Svaren uttryckte *"Jag behöver mer information om sexuella läggningar och dess olikheter"* (S44), Sedan uttrycktes önskan i mer allmänna ordalag dessa kategoriserades in under ovanstående subtema så som *"behöver mer kunskap om sexologi"* (S52) och *"biologisk påfyllning alltid viktigt"* (S220).

### **Specifik barnmorskekunskap**

Hälften av svaren handlade om kunskap knuten till yrket, kunskap som ansågs viktig för att kunna ge ett professionellt mottagande. Detta kategoriserades i Specifik barnmorskekunskap. Även här sågs tre subteman: **B**emötande, **S**amlevnad/Föräldraskap och **S**exuell smitta och **P**raktik.

### Bemötande

Majoriteten av svaren handlade om bemötande och då viljan att bemöta på rätt sätt. Osäkerhet och rädsla över att kränka någon eller vara nonchalant i mötet såg i många av svaren. *"jag vill veta vad homosexuella har för förväntningar på oss barnmorskor men även andra personer i vården. Om vi vet det kan vi bemöta på rätt sätt som dom vill bli bemötta. Jag vet inte om jag gjort rätt eller fel när jag mött homosexuella kvinnor/män i min yrkesutövning som barnmorska. Har aldrig fått någon feedback på det"* (BE133).

### Samlevnad/föräldraskap

I svaren sågs efterfrågan på större insikt i HBT-personers tankar kring sina relationer och föräldraskap i syfte att deltagarna skulle kunna veta vilka frågor som var viktiga att ställa för att alla ska känna sig sedda i mödravården. *"hur fungerar parrelationen i homosexuella relationer-jag vill ju inte bemöta fel"* (SF116) och *"information om tiden när barnet kommit, i känslor kring amning, förlossning"* (SF 3).

### Sexuell smitta och praktik

Här efterfrågades kunskap i hur och vilka sexuellt överförbara sjukdomar som smittar mellan kvinnor men också kunskap i sexuell praktik med kvinnor i syfte att rådgivningen ska bli så bra som möjligt. *"hur skyddar sig lesbiska mot STI"* (SP64), *"STI vid kvinnlig homosexualitet"* (SP88) och *"vilka sex och samlevnadsproblem finns"* (SP 67).



### **Fråga två.**

*Om du hade möjlighet att avstå från någon eller några som du redan innan mötet visste var homo, bi eller trans skulle du göra det? Och i så fall varför?*

292 svarade på frågan. De allra flesta svarade enbart nej (263) men några hade endel funderingar kring om de kunde avstå och i så fall varför. Eftersom det endast rörde sig om sju utförliga svar nummerades de enbart men har inte kondenserats och kodats utan lyfts här fram som exempel på svar. De övriga svaren löd exempelvis ”*dum fråga*” (Avstå 2) eller ”*oseriös fråga*” (Avstå 3).

Fyra barnmorskor får sammanfatta de fria svar som gavs ”*om jag skulle avstå så skulle det bero på att jag skulle vara orolig för att bemöta fel och att någon blir arg eller ledsen. Men jag skulle inte avstå! Men förståndet säger att man med öppenhet kan ta emot patienter som söker!*” (Avstå 38 svar 38 i fråga två, om du hade möjlighet att avstå) någon sa ”*Jag skulle vara lite orolig innan mötet och sedan väldigt ödmjuk med att jag kanske inte vet lika mycket om deras relation/läggning men att jag vet mycket annat*” (Avstå 241) ”och ”*Men jag blir lite mer nervös pga. min bristande kunskap inom området. Det brukar ordna sig om man är öppen med att man inte har alla svar, men att jag försöker ta reda på svaren*” (avstå 161) och ”*Det var den värsta frågan på länge! Har aldrig ens tänkt i dom banorna. Som sagt var alla behandlas lika och med samma respekt oavsett könstillhörighet*” (Avstå 192) och ”*nej varför skulle jag vilja det??? Det är faktiskt 2012:)*” (Avstå 236).

Två barnmorskor får ge exempel på några av de svar som gav inte gav svar på frågan men uttryckte deras känsla i frågan ”*Jag behandlar alla patienter lika (utefter sina behov) oavsett könstillhörighet. Har varit på flera föreläsningar om HBTQ som jag upplevt som mycket överdrivna, känns som att problemet ligger hos den som föreläser. T.ex. varit med om att en föreläsare gått igång på att det är en rosa eller blå lapp i ”baljan”. Hörde också att någon trodde att dom inte blev kallade till cyt-provtagning? Tror knappast att datorn som spottar ut remisserna kan känna av personens köns-tillhörighet*” (Avstå 92).

”*Alltid bra med kunskap men har tyvärr varit på olika föreläsningar bl.a. med RFSL där de snarare framhåller HBT som något annorlunda istället för att ”normalisera”. Känslan jag fick efter dessa föreläsningar är att det är synd om dem. Jag anser att det inte spelar någon roll vad man tillhör för grupp, alla har samma förutsättningar. Vet att många inte upplever det så men många gånger handlar det också om den självuppfyllande profetian. Ska man göra samma sak med dem som ex synskadade dvs. hela tiden ta upp att de har ett handikapp??*” (Avstå 4).

## **DISKUSSION**

### **METODDISKUSSION**

Mindre än hälften av mödravårdsbarnmorskornas e-mail adresser kom författaren till handa. Drygt 1000 mödravårdsbarnmorskor har aldrig fått möjlighet att svara på frågorna. Om HBT-kunskapen hos dessa barnmorskor vet vi inget. Av de 827 enkäter som skickades ut besvarades endast 47,5 procent. Det är med försiktighet som resultaten i denna studie kommer att tolkas. Det kan dock sägas att låg försvarsfrekvens förekommer i många

enkätundersökningar speciellt i studier som behandlar känsliga ämnen (Hertlitz, 2009). Detta kan bero på att alla studier med viss känslighet kan beröra och påverka de som är involverade i studien (Dickson-Swift, 2005).

Rikssammordningsbarnmorskan (R-samba) godkände studien vid den inledande presentationen. Hon var mycket positiv och åtog sig uppgiften vid möte då alla samordningsbarnmorskorna (samborna) var samlade att tillfråga dem om de kunde lämna ut mödravårdsbarnmorskornas e-mailadresser till författaren. R-samban meddelade författaren efter mötet att samborna var positiva till att lämna ut dessa. Författaren skickade då ut en förfrågan om e-mailadresser till samborna tillsammans med ett informationsbrev om studien. Svaret från samborna blev att 75 procent av dem mycket tveksamma till att lämna ut sina e-maillistor. Författaren fick frågor och ifrågasättande om hur seriös studien var, några sambor tyckte det var fel att enkäten inkräktade på barnmorskornas arbetstid, och ville därför inte förmedla adresser, några ifrågasatte anonymiteten i svaren och hos vissa sambor skulle mödravårdsöverläkarna bestämma om studien var lämplig att skickas ut till barnmorskorna. Författaren skickade då ånyo ut ett informationsbrev om syftet med enkäten och dess innehåll. Detta resulterade i att hälften av samordningsbarnmorskorna skickade sina e-mailsändlistor till författaren. Författaren fick knappt hälften av alla mailadresser, 876 stycken. Dessa skickades till webföretaget. Det visade sig dock att några av samordningsbarnmorskorna inte uppdaterat sina listor. Några av mödravårdsbarnmorskorna hade slutat, några av adresserna kom tillbaka på grund av att de var felskrivna. Det totala antalet blev tillslut 827.

Svårigheten i studiens genomförande låg i att samordningsbarnmorskorna var ovilliga att lämna ut sina e-mailsändlistor trots att de blivit tillfrågade om att studien var godkänd och att de initialt uppgav att de var villiga att lämna ut dem. Rikssamordningsbarnmorskan var mycket tydlig med att de var positiva till studien och att det inte skulle bli några problem att få e-mailsändlistor tillhanda. När förfrågan tillsammans med ett informationsbrev skickades ut backade de. Vad berodde detta på? Var det känsligheten i ämnet som gjorde att hälften av samordningsbarnmorskorna inte ville lämna ut mödravårdsbarnmorskornas e-mailadresser i deras landsting? Eller berodde det på att de var överhopade av enkäter från forskade barnmorskor och valde bort detta ämne? Eller var samordningsbarnmorskorna underställda mödravårdsöverläkarna som fick ta beslutet och ansåg av någon anledning att studien inte var lämplig? Eller var helt enkelt informationsbrevet otydligt? Spekulationerna är många. Det går bara att spekulera i om HBT-ämnet i sig skapar en viss oro hos samordningsbarnmorskorna. Deltagandet kan påverkas av känsligheten i frågorna. Det kan kännas politiskt inkorrekt att i ett arbete med människor inte ha tillräckligt med kunskap (Lee, 1993). Samordningsbarnmorskorna ville kanske inte visa upp ett landsting med barnmorskor som saknade kunskap. Då kan det vara av yttersta vikt att inte visa sin identitet och därför blir deltagandet lågt (Lee, 1993). Beror en låg svarsfrekvens på att det var webenkäter istället för pappersenkäter? Är barnmorskegruppen mer van vid pappersenkäter behärskar de ej tekniken? De finns studier som visar på att svarsfrekvensen inte skiljer sig nämnvärt mellan pappersenkäter och webenkäter. Studierna har vänt sig till utsedda grupper. I de studier där svarsfrekvensen redovisas har deltagandet varit allt från 2 till 50 procent (Andrews, Nonnecke, Preece, 2003; Bethell, Fiorillo, Landsky, Hendryx, Knickman, 2004; Kaplowitz, Hadlock, Levine, 2004).

Det som kan diskuteras och ifrågasättas i genomförandet av denna studie är representativiteten och generaliserbarheten. Var de 393 barnmorskor som svarade på enkäten mer intresserade av sexuella frågor än de som lät bli att svara? Var de redan mer kunniga i ämnet? Tyckte de att det var deras plikt att svara då ämnet rörde deras arbetsområde och var

gjort av en barnmorska? Ville de vara lojala? Liknande spekulationer görs av Herlitz (2009) på detta finns det dock inget svar. Forskare som studerar människor med depression eller fenomen som stress eller psykopatologi har i enkäter lyft fram problemen med generaliserbarheten. Hur länge är resultaten i studierna giltiga? Hur snabbt förändras tiden och leder till att det inte går att generalisera längre (Herrero & Meneses, 2006; Jones, Fernyhough, de Wit, Meins, 2008)?

### **Varför valdes webenkäter istället för enkäter per post?**

Valet blev webenkäter av praktiska skäl. Websurvey användes därför enkätsvaren skickades direkt till webbförtagets dataprogram som redovisade svaret i stapeldiagram i takt med att svaren kom in. Studier visar att webenkäter ger svar snabbare. Den så kallade turn over rate alltså att tiden från att svaret ges kommer forskarna snabbare tillhanda (Paulo, Bonaminio, Gibson, Partridge, Kallail, 2000; Pealer, Weiler, Pigg, Miller, Dorman, 2001). Eftersom antalet mödravårdsbarnmorskor var stort blev datainsamlingen lättare via internet. Fördelen var att datainsamlingen lästes in automatiskt. När inläsningen var klar presenterades svaren i en exelfil som med lätthet överfördes till dataprogrammet SPSS. Detta var både tidssparande och kostnadseffektivt, jämfört med pappersenkäter. Forskare menar att enkäter via internet är mer kostbesparande och möjliggör större antal respondenter och urval (Koch & Emrey, 2001).

Fråga sex och sju som finns med i de validerade frågorna ligger godkända svar på 45,5 respektive 44,8 procent kan diskuteras separat. Är det så att så få vet svaren på en *biologisk man i kvinnokläder är transsexuell* och *den sexuella läggningen fastställs i unga år* eller är det så att frågorna är otydliga? Kan man tolka en biologisk man i kvinnokläder är transsexuell olika. Om så är fallet kommer svaren att variera kraftigt. Denne man kan ju vara transsexuell men han behöver inte vara det han kanske är transvestit eller bara klätt ut sig för att gå på maskerad. Den sexuella läggningen fastställs i unga år detta är korrekt men kan frågan tolkas olika. Om man är bisexuell och prövar olika kön men är aldrig riktigt nöjd är den sexuella läggningen då fastställd? Det är svårt att utforma en kunskapstest där frågorna till 100 procent är lika tydliga för var och en av oss. För att nå dit krävs att den som utformat testet sitter ned och förklarar enskilt för alla som deltar vad meningen med frågan är.

## **RESULTATDISKUSSION**

### **Kunskapstestet**

I barnmorskegruppen saknade 19,9 procent tillfredställande kunskap om homo- och bisexuella samt transpersoner. Vid uppdelning av resultatet i specifik barnmorskekunskap, psykologikunskap och allmän kunskap, saknade 29,9 procent av barnmorskorna kunskap som var direkt kopplad till hälso- och sjukvården, 17 procent saknade psykologi kunskap och 18,3 procent allmänkunskap.

Det fanns ingen signifikant skillnad i HBT-kunskap när ålder och bostadsort jämfördes inte heller mellan yrkesamma år som barnmorska oavsett arbetsområde eller yrkesamma år inom mödravården. Här visades ingen skillnad i kunskap oavsett var i Sverige barnmorskorna bodde. Ett antagande om att kunskapsbristen skulle vara större utanför storstäderna påvisades inte i denna studie.

Tidigare studier från Österrike och Amerika har rapporterat att det fanns stora till måttliga brister i HBT-kunskapen bland läkar- och psykologistudenter (Arnold et al, 2004; Savage et al, 2004). Från Sverige rapporterade Gerd Röndahl (2009) att 66 procent av sjuksköterske- och läkarstudenter att de saknade tillfredställande allmän HBT-kunskap. I föreliggande studie ses barnmorskorna ha betydligt bättre kunskap.

När HBT-kunskapen jämfördes med antalet patienter som hade berättat om sin lesbiska eller bisexuella identitet för barnmorskan sågs medelvärden variera. De barnmorskor som inte träffat någon som berättat hade ett medelvärde på 17,6, vilket var underkänt eftersom det krävdes 18,2 för ett godkänt resultat. De barnmorskor som hade träffat mer än femtio patienter som berättat om sin identitet hade ett medelvärde på 23 vilket var mer än godkänt. Variansen i svaren var så stor att det inte gick att se någon signifikans. Chi-testet kunde därför inte komma till korrelation mellan påståendet och utslaget. Här kan man dock spekulera i om det är så att erfarenhet utökar kunskap. Röndahl et al., (2004b) resultat visade att ju lägre utbildning och mindre erfarenhet vårdpersonal hade ju större var risken för att de kände motvilja mot de homosexuella de träffade i sitt arbete. Vid ytterligare jämförelse av fördelningen av antalet gravida lesbiska par som barnmorskan hade träffat och HBT kunskapen sågs liknande tendens i medelvärdet. De barnmorskor som inte träffat några par hade ett medelvärde på 18,8 vilket var godkänt men dock något lägre än de som träffat 6-10 stycken par som hade ett medelvärde på 20,7. Standardavvikelsen var högre i den grupp barnmorskor som inte hade träffat någon som berättat om sin identitet och inte hade träffat några lesbiska par. I denna grupp varierade korrekta svar betydligt mer. Det fanns knappt någon skillnad i medelvärdet när jämförelse gjordes mellan kunskap och antalet transpersoner som berättat om sin identitet. Wilton och Kaufman (2001) samt Spidsberg (2007) kom fram till att lesbiska gravida kvinnor många gånger upplevde att de kände ett krav på att utbilda barnmorskorna, detta i syfte att få en mer tolerant sjukvård. Det kan kanske påstås att ju högre kunskap ju större är förutsättningarna för att HBT personer får ett mer adekvat och kunnigt bemötande.

De största kunskapsbristerna sågs i de enskilda frågorna som påstående 19: Enligt DSM IV (Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders) är homosexualitet en sjukdom. Kunskapstestet visar att 4,6 procent svarade fel och 35,1 procent inte visste om påståendet var sant eller falskt. Detta är anmärkningsvärt då homosexualitet togs bort ur diagnosregistret redan 1979. Hur kommer det sig att så många som 35,1 procent är osäkra på påståendet? Bli deltagarna osäkra när det refereras till DSM IV eller vill de just i denna fråga inte svara fel? Sjukdomar ska vårdpersonal hålla koll på. Det är av största vikt att barnmorskor vet om att homosexualitet inte är en sjukdomsdiagnos. Detta kan annars vara en källa till att kvaliteten i omvårdnaden påverkas då barnmorskorna inte uppdaterar sig (Mc Manus et al., 2006).

I påståendet "Föräldrautbildning som är uppdelad i en grupp blivande mammor och en grupp blivande pappor försvårar deltagandet för ett lesbiskt par som väntar barn", svarade 58 procent av barnmorskorna att det försvårade deltagandet 21,6 procent ansåg att det inte gjorde det medan 20,4 procent inte visste. Det är något betänksamt att det var så många som 42 procent inte såg ett stort hinder med att dela upp gruppen i mammor och pappor efter som detta så klart försvårar deltagandet för den kvinna som inte bär på barnet i en lesbisk relation. En föräldrautbildning som bygger på att det finns en grupp gravida kvinnor och en grupp blivande pappor utesluter de blivande föräldrar som varken är havande eller biologiska. Precis som i studierna av Hitchcock & Wilson, 1992; Robertsson, 1992; Mathieson, 1998; Wilton & Kaufmann 2001; Röndahl et al., 2006; Larsson & Dykes 2007 kan tyckas att det kommuniseras ett antagande om heterosexuallitet. Normen är en grupp mammor och en grupp pappor vilket kan leda till att icke heterosexuella känner sig osynliga och/eller inte inkluderade. Även här kan de 20,4 procenten vet inte diskuteras. Borde just barnmorskor kunna svara vilket gör dem osäkra eller är frågan i sig otydligt gjord?

Det har gått snart tio år sedan Roth et al., (2006) från Statens folkhälsoinstitut publicerade sin undersökning om HBT-personers hälsa. Undersökningen belyser att speciellt transpersoner hade ett sämre välbefinnande. Även om denna undersökning visade att barnmorskorna hade en god HBT kunskap kan det dock diskuteras hur god kunskapen är rörande transpersoner. I denna undersökning hade 333 av barnmorskorna aldrig i arbetet på mödravården träffat någon transperson därför att det oerhört svårt att säga hur stor kunskapen är. På påståendet ”En biologisk man i kvinnokläder är transexuell” svarade 45,5 procent fel och 8,4 procent vet ej. Detta diskuteras under metoddiskussionen men kan även diskuteras här. Eftersom så många som 333 av deltagarna inte träffat någon transperson på mödravården kan det kanske påstås att kunskapen inte är så stor. Fler och fler transpersoner får barn, barnmorskor kommer följdaktligen att träffa fler. Om barnmorskor höjer sin kunskapsnivå kommer de kunna möta dessa personer med större trygghet och ge en mer patientsäker vård. Barnmorskorna skulle då bidra till att med en förhoppning öka välbefinnandet för gruppen.

I påståendet ”en person som identifierar sig som heterosexuell har alltid sex med någon av motsatt kön- dvs. sexuell praktik och sexuell identitet hör alltid ihop”, var antalet godkända barnmorskor 69,9 procent vilket endast var något under kravet för godkänt vilket var 70 procent. Det går dock att diskuteras att 30,1 procent inte var godkända. Sexuell praktik är ett centralt kunskapsområde för barnmorskor. I det rådgivande samtalet kring sex och samlevnad krävs kunskap. Påstående 20 i kunskapsenkäten löd ”efter donatorsinsemination i Sverige blir båda kvinnorna juridiska föräldrar, ingen adoption utförs” visade på den okunskap som finns då endast 31,5 procent har ett godkänt svar. 68,5 procent antingen svarar fel eller vet inte. 71 procent vet att det är tillåtet i Sverige att adoptera barn men 29 procent vet inte eller svarar fel. Huges och Evans (2003) visade på att brister i medvetenhet bland vårdpersonal kunde leda till dåligt underbyggda råd och missade möjligheter till förebyggande av sjukdom.

### **De öppna frågorna**

Det visade sig att 225 (57,3 procent) av de tillfrågade eftersökte mer kunskap. Detta kan tyckas vara motsägelsefullt då 80,1 procent hade ett godkänt resultat på kunskapstestet. 225 svar vittnade om kunskapsbrist. Det är en sak att svara på ett antal påståenden och en sak att uttrycka kunskapsbristen i fri text. Många uttryckte en längtan efter allmän HBT-kunskap.

Svaren vittnade om en tydlig önskan att få mer kunskap. Många av barnmorskorna förstod att de HBT-personer de träffade krävde att de hade kunskap. Detta stämmer väl överrens med den forskning som gjorts där lesbiska par som fått barn upplevde att det var vårdpersonalens ansvar att utbilda sig och reflektera över sitt förhållningssätt och egen sexualitet. De ansåg att det var viktigt att såväl läkare, sjuksköterskor, barnmorskor, undersköterskor och studenter övade sig själva i att ta emot lesbiska patienter. (Olesker & Walsh, 1984; Mathieson, 1998; Wilton & Kaufmann, 2001; Seaver et al., 2007; Rödahl et al., 2009). Om både barnmorskor och HBT-personer ville att det skulle finnas kunskap vems ansvar är det att det finns HBT-kunskap bland barnmorskorna. Är det den enskilda barnmorskan, verksamhetschefernas eller både och?

Det efterfrågades kunskap i hur och vilka sexuellt överförbara sjukdomar som smittar mellan kvinnor men också kunskap i sexuell praktik med kvinnor i syfte att rådgivningen ska bli så bra som möjligt. Larsdotter (2009) beskrev tydligt i sin rapport att barnmorskor många gånger inte vet om klamydia kan överföras mellan kvinnor och gav råd om att det nog inte kan det. Barnmorskor hade dessutom svårt att informera om säkrare sex råd till lesbiska då de inte var tillräckligt orienterade i sexual praxis och teknik mellan kvinnor som har sex med kvinnor. De fria svaren indikerar att barnmorskorna har insikt i kunskapsbristen och påtalar den. Detta blir

förstås motsägelsefullt då svaren i kunskapstestet sa att barnmorskorna hade generellt tillfredställande kunskap. Barnmorskorna hade dock sämst kunskap i de svar som var direkt kopplade till hälso och sjukvården (29,9 procent). Det går att anta att osäkerhet blir större om det saknas kunskap i det direkta samtalet.

Majoriteten av de fria svaren handlade om bemötande och då viljan att bemöta på rätt sätt. Osäkerhet och rädsla över att kränka någon eller vara nonchalant i mötet såg i många av svaren. Wilton & Kaufmann (2001) och Spidsberg (2007) såg att det fanns en vilja från barnmorskornas sida att bemöta de samkönade par de mötte på ett bra sätt men att de kändes osäkra i vilka ord de kunde använda som inte var nedvärderande eller vilka frågor som kunde ställas som inte upplevdes som integritetskränkande. Många svar vittnade om att barnmorskorna hade en önskan om att vara närvarande med kunskap så att guidning i det direkta mötet skulle bli så bra som möjligt för den person eller personer som fanns i rummet. Frågan är vad svårigheten i det direkta mötet ligger? Handlar det bara om okunskap och ovana? Gör erfarenhet oss mer säkra?

I några av svaren fanns ett antagande om ”vi och dom” ett antagande heterosexuallitet och att detta är normen t.ex. *”jag vill veta vad homosexuella har för förväntningar på oss barnmorskor men även andra personer i vården. Om vi vet det kan vi bemöta på rätt sätt som dom vill bli bemötta”*. Forskning visar att lesbiska kvinnor som väntade barn, upplevde att det framförallt kommunicerades heteronormativitet genom hela graviditeten och då via verbal och icke verbal kommunikation (Röndahl, 2005; Mc Manus et al. 2006; Röndahl et al., 2006; Spidsberg, 2007; Röndahl et al., 2009). Det finns en tanke i några av svaren om att vi barnmorskor behandlar alla lika. Frågan är om detta är korrekt? Om det vore så varför söker sig då många HBT personer till mottagningar som profilerar sig som HBT kunniga? Många lesbiska kvinnor önskade sig kliniker som specialiserat sig på fertilitet, graviditet och förlossning och som tydligt vände sig till lesbiska kvinnor (Ross et al., 2006; Renaud, 2007). Ett av svaren på den andra fria frågan *”Om du hade möjlighet att avstå från någon eller några som du redan innan mötet visste var homo-, bi eller trans skulle du göra det? Och i så fall varför?”* lød *”Det var den värsta frågan på länge! Har aldrig ens tänkt i dom banorna. Som sagt var alla behandlas lika och med samma respekt oavsett könstillhörighet”* visar kanske vårdens komplexitet vi ska behandla alla lika men också yrkets omnipotens att vara kunnig i allt. Genom att svara *”nej”* eller *”dum fråga”* på frågan finns dock en insikt att det inte går att avsäga sig vård. Frågan är om vården inte borde behandla alla olika eftersom vi alla är olika. Detta kräver förstås mer av yrkesgruppen i insikt och kunnskap. Så länge vården är heteronormativ kommer det alltid att finnas ett utanförskap hos den som identifierar sig inom HBT- gruppen och då kommer det finnas ett behov av att söka sig till specialmottagningar. Så länge HBT personer upplever att de inte blir bemötta med respekt och blir nonchalerade kommer det behövas aktivt ställningstagande av barnmorskor i frågan. Författaren håller med Wilton (2006) och HomO (2006) som säger att om vården och vårdens verksamheter inte synliggör gruppen mer kan detta leda till att vården bidrar till diskriminering.

### **Förslag på vidare forskning**

Djupintervjuer av barnmorskor i ämnet saknas för att få en kompletterande bild av HBT-kunskapen detta för att kunna jämföras med barnmorskestudenters kunskap. Det skulle dessutom vara intressant med en studie som jämför HBT personer upplevelse av mödravård där barnmorskorna är utbildade i HBT-kunskap med en mödravård som inte är utbildade. Detta skulle sedan ligga till grund till att utarbeta en manual eller förslag till hur mödravården skulle kunna arbeta med att utbilda barnmorskorna i ämnet så att en likvärdig och trygg vård ges till dessa familjer.

### **Slutsats**

Studien visar att av de 393 barnmorskor som svarade på påståendena i kunskapstestet hade 70 procent godkänt. Det fanns ingen signifikant skillnad i HBT-kunskap när ålder och bostadsort jämfördes inte heller mellan yrkesamma år som barnmorska oavsett arbetsområde eller yrkesamma år inom mödravården. Möjligen kan sägas de barnmorskor som aldrig hade träffat någon som berättat att de var lesbiska eller bisexuella hade underkänt på kunskapstestet medan de som träffat över 50 patienter som berättat var väl godkända. 225 av barnmorskornas eftersökte dock mer HBT-kunskap många vitnade om att de saknade kunskap vilket kunde leda till brist i bemötandet gentemot gruppen.

Med viss tillförsikt kan resultaten av denna studie avläsas. Datainsamlingen visade sig var svår då samordningsbarnmorskorna, trots att de initialt var positiva backade de då de skulle lämna ut e-post adresser. Detta gjorde att endast mindre än hälften av alla mödravårdsbarnmorskor fick ta del av enkäten. Endast 47 procent av de 827 besvarade enkäten. I jämförelse med tidigare kunskapstest som gjorts bland vårdpersonal var kunskapsläget bland barnmorskorna gott. Kunskapstestet visade att barnmorskorna blev godkända men i fri text uttryckte de att de saknade stor kunskap för att möta HBT-gruppen på ett respektfullt och kunnigt sätt.

## Referenser:

- Andrews, D., Nonnecke, B., Preece, J. (2003) *Electronic survey methodology: A case study in reaching hard-to-involve internet users*. Int J Hum-Comput Int 185-210.
- Ambjörnsson, F. (2006). *Vad är queer??* Stockholm: Natur och Kultur
- Andersson, M. (1996) *Öppenhet och motstånd. Om homosexualitet i massmedia 1990-1994* Folkhälsoinstitutet, Stockholm
- Arnold, O., Voracek, M., Musalec, M., Springer-Kreser, M. (2004) *Austrian medical students' attitudes toward male and female homosexuality: A comparative survey*. Wien Klin Wochenschr, 116/21-22, 730-736
- Banke, G., Berglund, A., Collberg, P., Idestrom, M. (red) (2008) *Mödrahälsovård, sexuell och reproduktiv hälsa*. ARG-rapport nr 59, ISSN 1100-438X
- Bethell, C., Fiorillo, J., Lansky, D., Hendryx, M., Knickman, J. (2004) *Online consumer surveys as a methodology for assessing the quality of the United States health care system*. J Med Internet Res 6:e 2.
- Bjorkman, M., Malterud, K. (2007) *Being lesbian- does the doctor know?.* Scandinavian Journal of Primary Health Care 25 (1) 58-62
- Bjorkman, M., Malterud, K. (2009) *Lesbian women's experiences with health care: A qualitative study*. Scandinavian Journal of Primary Health Care 27;238-243
- Burn, S.M. (2000) *Heterosexual's use of "fag" and queer" to decide one another; A contributor to heterosexism and stigma*. Journal of Homosexuality 40; 1-11
- Butler, J. (2005) *Könet brinner*. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur
- Buchholz, S.E. (2000). *Experiences of Lesbian Couples During Childbirth*. Nursing Outlook 48: 3007-11
- Carroll, N.M. (1999). *Optimal Gynaecologic and obstetric care for lesbians*. Obstetrics & Gynaecology 93 (4) 611-613
- Dahl, U. (2005). *Det viktigaste är inte vad extremisterna tycker utan vad den stora majoriteten gör: En kunskapsinventering av forskning om homofobi och Heteronormativitet*. Stockholm: Hom0 och Forum för levande historia
- Davis, C.M., Yarber, W .L., Bausermann, R., Scheer, G. & Davis, S.L. (1998) *Handbook of sexuality- related measures*. Thousand Oaks: Sage
- De Lauretis, T. (1994) *The Practis of Love: Lesbian Sexuality and Perverse Desire*. Bloomington & Indianapolis: Indiana University Press



Dickson- Swift, V. (2005) *Undertaking sensitive health research: The experience of researcher*. Department of public health, School of health and environment, La Trobe University, Bendigo, Australia

Diskrimineringsombudsmannen (2008). *Remissyttrande över Socialstyrelsens förslag över Patientsäkerhet* (2008:17)

Fabian, HM., Rådestad, IJ., Waldenström, U. (2005) *Childbirth and parenthood education classes in Sweden. Women´s opinion and possible outcome*. Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica May: 84 (5): 436-43

Herlitz, C. (2009) *Sexual risk-taking in the general population of Sweden (1989-2007)*. Sexual Health 6, 272-80.

Herrero, J., Meneses, J. (2006) *Short web-based versions of the perceived stress (PSS) and center for epidemiological studies-depression (CESD) scales: A comparison to pencil and paper responses among internet users*. Comput Human Behav 22, 830-46.

Hitchcock, J.M., & Wilson, H.S. (1992) *Personal Risking: Lesbian Self Disclosure of Sexual Orientation to Professional Health Care Providers*. Nursing Research 41 (3): 178-183

Holmdahl, B. (1994) *Sjuksköterskans historia från sjukvakterska till omvårdnadsdoktor*. Stockholm: Liber

Homooombudsmannen mot diskriminering på grund av sexuell läggning (HomO). (2006) *Det syns inte utanpå men känns inuti*, Bromma tryck, Artikelnr: 06-060

Homooombudsmannen mot diskriminering på grund av sexuell läggning (HomO). (2010) *Hets mot folkgrupp med anspelning på sexuell läggning*. Faktablad, Brottsbalken 16 kap. 8 § Hämtad 7 april, 2010. [http://www.homo.se/upload/homo/pdf\\_homo/Hets\\_04060.pdf](http://www.homo.se/upload/homo/pdf_homo/Hets_04060.pdf)

Huges. C., Evans, A. (2003) *Health needs of women who have sex with women*. BMJ; 327: 939-940

Jones, SR., Fernyhough, C., de Wit, L., Meins, E. (2008) *A message in the medium? Assessing the reliability of psychopathology e-questionnaires*. Pers Individ Differ 44, 349-59.

Kaplan, A., Hogg, B., Hildingsson, I., & Lundgren, I. (2009) *Lärobok för barnmorskor*. Lund: Studentlitteratur AB

Kaplowitz, MD., Hadlock, TD., Levine, R. (2004) *A comparison of web and mail survey response rates*. Public Opin Quart 68, 94-101.

Khan, A., Plummer, D., Hussain, R., Minichiello, V. (2008) *Does physician bias affect the quality of care they deliver? Evidence in the care of sexually transmitted infections*. Sex Transm Infect 84; 150-1

- KI, Karolinska Institutet (2006) *Vidgade perspektiv I utbildningen. Sjuksköterske- och läkarstudenter granskar sin utbildning utifrån kön, sexuell läggning, etnicitet, religion och funktionshinder*. Medicinska föreningen, Karolinska Institutet
- Koch, NS., Emrey, JA. (2001) *The internet and opinion measurement: Surveying marginalized populations*. Soc Sci Quart 82, 131-8
- Kreiss, J.L., & Patterson, D.L (1997) *Psychosocial issues in primary care of lesbian, gay and transgender youth*. Journal of Paediatric Health care 11, 266-274
- Larsdotter.S. (2009) *Som att slicka på en regnkappa- En kvantitativ studie av kvinnor som har sex med kvinnor och sexuellt överförbara sjukdomar/säkrare sex*. RFSL:rapport
- Larsson, A-K., & Dykes, A-K. (2007). *Care during pregnancy and childbirth in Sweden: Perspectives of lesbian women*. Midwifery 10: 1-9
- Lee, R.M. (1993) *Doing research on sensitive topics*. Sage Publications: London
- Lindholm, M. (2003) *Dubbelliv: reflektioner om döljande och öppenhet*. Kabusa böcker. Ystad
- Lombardi. E. (2001) *Enchancing Transgender Health care*. American Journal of Public Health June, Vol. 91. No 6, 869-872
- Lundahl, P. (1998). *Lesbisk identitet*. Carlssons bokförlag: Stockholm
- Mc Manus, J., Lauren, P., Hope Renn, K. (2006) *Lesbian Experiences and Need During Childbirth: Guidance for Health Care Providers*. Journal of Obstetric, Gynaecologic and Neonatal Nurses. 35(1) 13-23
- Mathieson, C.M. (1998). *Lesbian and bisexual health care*. Canada Family Physician 44 (8): 1634-1640
- McNair, R.P. (2003). *Lesbian health inequalities: a cultural minority issue for health professionals*. The Medical Journal of Australia 178 (12): 643-645
- Månsson, S-A., Hilde, M. (1990) *Mellan hopp och förtvivlan – en studie om hiv och homosexualitet*. Lund: Studentlitteratur
- Olesker, E., & Walsh, L.V. (1984) *Childbearing Among Lesbians: Are we meeting their needs?*. Journal of Nurse-Midwifery 29 (5): 322-329
- Pealer, LN., Weiler, RM., Pigg, MR., Miller, D., Dorman, SM. (2001) *The feasibility of a web-based surveillance system to collect health risk behavior data from college students*. Health Educ Behav 28,547-59
- Platzer, H., James.T. (2000) *Lesbians' experiences of healthcare. Including commentary by C. Maggs* NT Research 5, 194-203

- Paulo, AM., Bonaminio, GA., Gibson, C., Partridge, T., Kallail, K. (2000) *Response rate comparisons of e-mail- and mail-distributed student evaluations*. *Teach Learn Med* 12, 81-4.
- Renaud, M.T. (2007). *We Are Mothers Too: Childbearing Experiences of Lesbian Families*. *Journal of Obstetric, gynaecologic and neonatal nurses*36 (2):190-199
- RFSL, (2012). Lagar. Hämtad 15 april, 2012 från RFSL:s hemsida <http://www.rfsl.se/?p=2840>
- RFSL. (2012) Hämtad 15 april, 2012, från RFSL hemsida [www.rfsl.se/?p=3852](http://www.rfsl.se/?p=3852)
- RFSL. (2011) Hämtad 26 augusti, 2011, från RFSL hemsida <http://www.rfsl.se/?p=623>
- Ritchey, P.N., Fishbein, H.D. (2001) *The lack of association between adolescent friends' prejudice and stereotypes*. *Merill-Palmer Quartely* 47: 188-206
- Robertson, M.M. (1992). *Lesbians as an invisible minority in the health services arena*. *Health Care for Women International*, 13: 155-163
- Rosenberg, T. (2006). *L-ordet*, Stockholm: Normal förlag
- Ross, L.E., Steele, L.S., & Epstein, R. (2006). *Services use and gaps in services for lesbian and bisexual women during donor insemination, pregnancy, and the postpartum period*. *Obstetric and Gynaecologic of Canada* 28 (6): 505-511
- Roth. N., Boström. G., Nykvist. K. (2006) *Hälsa på lika villkor: hälsa och livsvillkor bland HBT-personer*. Rapportnummer: 200:08, ISBN:91-7257-453-4
- Ryding, E.L. (1992). *Lesbian Women and gynecological examination*. *Nordisk Sexologi*. 10: 116-123
- Röndahl. G., Innala. S., & Carlsson. M. (2004a). *Nurses' attitudes towards lesbians and gay men*. *Journal of Advanced Nursing*. 47(4), 386-392
- Röndahl. G., Innala. S., & Carlsson. M. (2004b). *Nursing staff and nursing students' emotions towards homosexual patients and their wish to refrain from nursing, if the option existed*. *Scandinavian Journal of Caring Science*. 18, 19-26
- Röndahl. G. (2005) *Heteronormativity in a Nursing Context. Attitudes Toward Homosexuality and Experiences of Lesbian and Gay men*. (Thesis) Uppsala University, Sweden
- Röndahl, G., Innala. S., & Carlsson. M. (2006). *Heterosexual assumptions in verbal and non verbal communication in nursing*. *Journal of Advanced Nursing* Nov;56 (4):373-81
- Röndahl. G., Bruhner. E., Lindhe. J. (2009) *Heteronormative communication with lesbian families in antenatal care, childbirth and postnatal care*. *Journal of Advanced nursing* 65 (11), 2337-2344

Röndahl, G. (2009) *Sjuksköterske- och läkarstudenters kunskap om homo- och bisexuella och transpersoner*. Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap. Uppsala universitet

Saunders, D. (2001) *Commentary: The medical profession should face up to its own homophobia*. *British Journal* 322: 424-425

Savage, T., Prout, T., Chard, K. (2004) *School psychology and issues of sexual orientation: attitudes, beliefs and knowledge*. *Psychology in Schools* 41, 201-210.

Seaver, M.R., Freund, K.M., Wright, L.M., Tjia, J., & Frayne, S.M. (2008). *Healthcare Preferences Among Lesbians: A focus Group Analysis*. *Journal of Women's Health* 17 (2): 215-225

Skau, G-M. (2007) *Mellan makt och hjälp: förhållandet mellan klient och hjälpare i ett samhällsvetenskapligt perspektiv*. Stockholm, Liber

Smith, E.M., Johnson, S.R., & Guenther, S.M. (1985). *Health care attitudes and experiences during gynaecologic care among lesbians and bisexuals*. *American Journal of Public Health* 75 (9), 1085-1087

Spidsberg, B, D. (2007). *Vulnerable and strong- lesbian women encountering maternity care*. *Journal of Advanced Nursing* 60 (5), 478-486

Stevens, P.E., Morgan, S. (1999) *Health of lesbian, gay, bisexual and transgender youth*. *Journal of Child and Family Nursing* 2, 237-251

Thompson, JE., Oakley, D., Burke, M., Jay, S., Conklin, M. (1989) *The theorybuilding in nurse-midwifery process, the care process*. *Journal of Nurse Midwifery*, 34 (3): 120-130

Thurlow, C.(2001) Naming the “outsider within”: Homophobic pejoratives and the verbal abuse of lesbian, gay and bisexual high-school pupils. *Journal of Adolescence* 24: 25-38

Warner, M. (1993) *Fear of a Queer Planet. Queer politics and Social Theory*. University of Minnesota Press, Minneapolis & London

Westerståhl, A., Segersten, K., Björklund, C. (2002) *GPs and lesbian women in the consultation: Issues of awareness and knowledge*. *Scand J Prim Health Care* 20; 203-7

Westerståhl, A. (2003). *Encounters in the Medical Context- Issue of Gender and Sexuality*. Doctoral Thesis, Department of Primary Health Care, Göteborgs Universitet, Göteborg, Sweden

Wilton T. (2000). *Sexualities in Health and Social Care- A Textbook*. Open University Press, Philadelphia, PA

Wilton, T., & Kaufmann, T. (2001.) *Lesbian mothers' experiences of maternity care in the UK*. *Midwifery* 17: 203-211

Yep.G. (2003) *The violence of heteronormativity in communication studies: notes on injury, healing, and queer world-making*. Journal of Homosexuality 45, 11-59

Bästa samordningsbarnmorska,

Mitt namn är Lotta Andréasson Edman. Jag är barnmorska och arbetar på mödravårdscentralen Mama Mia Söder i Stockholm. I två år har jag läst in en magisterexamen på Sophia Hemmets högskola och nu återstår endast en uppsats.

Under de tio år som jag arbetat på Mama Mia Söders mödravårdscentral har jag i mitt arbete specialiserat mig på regnbågsfamiljer. I mitt dagliga arbete har jag hört många berättelser om hur HBT (homo, bi och trans) – personer upplever graviditet och bemötande av barnmorskor. Detta väckte mitt intresse för att ta reda på hur stor kunskapen är hos mödravårdsbarnmorskor i dessa frågor. Jag har framställt en webenkät som innehåller påståenden som barnmorskor kan svara på. Frågorna grundar sig i och har modifierats utifrån en redan validerad enkät i ämnet. Svaren ger förhoppningsvis kunskap i hur kunskapsläget ser ut. Detta skulle i sin tur så småningom ge underlag till att lägga upp utbildning som är anpassad efter kunskapsläget. Enkäten ger förhoppningsvis dessutom möjlighet till reflektion i frågan.

I våras pratade jag med rikssamordningsbarnmorskans Kerstin Peterson som jag tror har förvarnat er om att detta brev skulle komma. För att kunna skicka ut enkäten behöver jag er hjälp. Jag behöver e-mail adresser till alla barnmorskor som arbetar i mödravården i Sverige. Jag skulle vara mycket tacksam om du kunde skicka mig din sändlista med adresser så att jag därefter kunde ta adresserna stoppa in dem i ett exelprogram och vidarebefodra dessa till Webföretaget. De skickar ut enkäten till barnmorskorna. Barnmorskorna kommer att vara helt anonyma. De som inte svarar kommer att få en påminnelse inom ett par veckor. Webföretaget som används är <https://websurvey.textalk.se/se/>. Enkätsvaren avidentifieras och kommer därefter att gå in i ett statistikprogram och analyseras. Jag kommer därefter att tolka analysen och redovisa den i en artikel. Meningen är att denna artikel ska redovisas i någon tidskrift.

Med stort tack på förhand  
Lotta Andréasson Edman  
Mama Mia Söder  
Götgatan 83  
116 62 Stockholm  
08-556 92 778  
[lotta.andreasson@mamamia.se](mailto:lotta.andreasson@mamamia.se)

Min handledare heter:  
Gerd Rönndahl  
Fil dr. I vårdvetenskap. Leg. Sjuksköterska  
Klinisk universitets lektor  
Linköpings Universitet  
601 74 Norrköping  
011-363537  
[gerd.rondahl@liu.se](mailto:gerd.rondahl@liu.se)