



Helse blant lesbiske og bifile kvinner i Norge

Kirsti Malterud og Norman Anderssen

Foto forside: Kirsti Malterud
Trykt utgave: AIT AS
ISBN: 978-82-92970-82-9 (trykt)
ISBN: 978-82-92970-83-6 (pdf)
Uni Research Helse/Uni Research AS
Bergen 2014

SAMMENDRAG

Bakgrunn

Prosjektet «Helse blant lesbiske og bifile kvinner i Norge» er gjennomført på oppdrag fra Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. Tidligere studier har rettet oppmerksomheten mot fysisk og psykisk helse, sykdomsrisiko og helsetjenestebruk blant lesbiske kvinner, men det kan være vanskelig å tolke resultatene. Mange studier har metodeproblemer som svekker overførbarheten. Ofte er resultater fra lesbiske og bifile kvinner slått sammen med resultater fra homofile og bifile menn. Helseforhold blant bifile kvinner er særlig dårlig belyst.

Som del av prosjektet «Seksuell orientering og levekår» gjennomførte vi i 2013 en nasjonal spørreundersøkelse om levekår og helse blant lesbiske og bifile kvinner og homofile og bifile menn (LHB-personer). Konklusjonen var blant annet at det var større likheter enn forskjeller mellom lesbiske og bifile kvinner sammenliknet med heterofile kvinner. Samtidig fant vi tegn på utsatthet blant lesbiske og bifile kvinner. Et mindretall viste tegn til marginalisering i form av større psykisk symptombelastning, lavere livstilfredshet, flere negative erfaringer på arbeidsplass og studiested og mindre åpenhet om sin seksuelle orientering.

I denne rapporten skulle vi kartlegge relevante forskjeller i helse mellom lesbiske og bifile kvinner sammenliknet med heterofile kvinner i Norge. Vi skulle også prøve å identifisere undergrupper som er særlig utsatt. Til slutt skulle vi presentere forslag til tiltak som kan bidra til bedre helse blant lesbiske og bifile kvinner i Norge.

Dette har vi gjort ved å gjennomgå og oppsummere forskningslitteraturen nasjonalt og internasjonalt om helse blant lesbiske og bifile kvinner, identifisere tema som fortjener nærmere utforskning med utgangspunkt i data fra norske forhold og sammenfatte og gjennomføre videre analyse av relevante helsedata fra levekårsundersøkelsen i 2013 for følgende tema:

- åpenhet og forhold til egen seksuell orientering
- generell helse og funksjonsnivå
- psykisk helse og selvmordsatferd
- seksuelt overførbare infeksjoner
- helsevaner
- forebyggende masseundersøkelser mot kreft
- erfaringer med bruk av helsetjenester

I tillegg har vi gjennomført en ny kvalitativ studie om årsaker til dårlig oppslutning om forebyggende masseundersøkelse mot livmorhalskreft blant lesbiske kvinner i Norge.

Spørreundersøkelsen om levekår omfattet blant annet helsedata fra 197 lesbiske kvinner, 405 bifile kvinner og 979 heterofile kvinner. Vi innhentet informasjon fra alle tre gruppene i samme undersøkelse med samme spørsmål på samme tidspunkt for å kunne sammenlikne helse blant lesbiske, bifile og heterofile kvinner i Norge. For å etablere mest mulig representative nasjonale befolkningsutvalg tok vi utgangspunkt i allerede etablerte webpaneler, utviklet med sikte på å representere hele den norske befolkningen. Rekrutteringen fra web-panelene skjedde lenge nok til at vi fikk tilstrekkelig store LHB-grupper for relevante sammenlikninger («over-sampling» av LHB-personer). Spørreskjemaet omfattet spørsmål om sosialt nettverk, trivsel, arbeidsliv og studier, fritid og organisasjonsliv, vold og forhold til egen seksuell orientering i tillegg til helse.

Utvalgsstrategien har muliggjort statistiske sammenlikninger av helseforhold mellom lesbiske, bifile og heterofile kvinner med høyere grad av overførbarhet enn det som har vært mulig i de fleste tidligere undersøkelser. Det samlede utvalget er befolkningsbasert og omfatter tilstrekkelig mange deltakere i målgruppene til at vi kunne skille mellom lesbiske og bifile kvinner i analysene. Fra levekårsrapportens konklusjoner om helseforhold har vi gjennomført en del nye analyser for å få innsikt i likheter og forskjeller i helse mellom lesbiske, bifile og heterofile kvinner i Norge. Vi har også undersøkt hva som kjennetegner undergrupper som er mer utsatt for helseproblemer. Vi har ikke sammenliknet forholdene blant lesbiske og bifile kvinner med tilsvarende forhold blant homofile og bifile menn.

I delstudien «*Lesbiske og celleprøve*» skulle vi undersøke grunner til at lesbiske kvinner ikke følger helsemyndighetenes anbefalinger og sjeldnere får tatt celleprøve fra livmorhalsen. Vi gjennomførte en eksplorerende kvalitativ studie basert på empiriske data i form av skriftlige svar via internett fra lesbiske kvinner i Norge. Vi fikk inn til sammen 45 svar, av disse var 38 egnet for analyse.

Resultater

Et mindretall av de lesbiske og bifile kvinnene var helt skjulte angående sin *seksuelle orientering*, flest blant de bifile. Åpenhet om seksuell orientering overfor fastlegen var langt vanligere blant lesbiske kvinner enn blant bifile kvinner. De fleste lesbiske og bifile kvinner aksepterte sin seksuelle orientering, men de lesbiske kvinnene var langt mer tilfredse enn de bifile kvinnene med sin seksuelle orientering. Noen få lesbiske og bifile kvinner opplevde sin seksuelle orientering som belastende, hadde ønsket seg en annen seksuell orientering eller skammet seg over å være lesbiske eller bifile. Vi fant ingen aldersforskjeller angående selvakseptering, verken blant lesbiske eller bifile kvinner. Både blant lesbiske og bifile kvinner var det en sterk sammenheng mellom åpenhet og akseptering av egen seksuell orientering. De som var helt skjulte, viste mindre grad av akseptering.

De aller fleste lesbiske og bifile kvinnene rapporterte god *generell helse og funksjon*. Forholdene for lesbiske og heterofile kvinner var omtrent like med hensyn til selvurdert helse, kronisk sykdom, fysisk funksjonsnedsettelse og langtidssykmelding. Bifile kvinner hadde dårligere selvurdert helse, mer kronisk sykdom og fysisk funksjonsnedsettelse enn lesbiske og heterofile kvinner, og langtidssykmelding var vanligere blant bifile enn blant heterofile kvinner.

Psykiske plager var alvorligere og mer utbredt blant lesbiske og bifile kvinner enn blant heterofile kvinner. Bifile kvinner rapporterte gjennomsnittlig psykisk symptombelastning på et nivå som indikerer behov for behandling. Bifile kvinner med omfattende psykiske plager var unge med lav inntekt og kort utdanning. Lesbiske kvinner som var helt skjult, hadde større psykisk symptombelastning enn andre lesbiske kvinner. Tilsvarende sammenheng fant vi ikke blant bifile kvinner. Selvmordstanker var mer utbredt blant lesbiske og bifile kvinner enn blant heterofile kvinner. Selvmordsforsøk var mer utbredt blant lesbiske og bifile kvinner enn blant heterofile kvinner. Bifile kvinner som rapporterte selvmordsforsøk, hadde lav inntekt og kort utdanning. Det var ingen sammenheng med alder og åpenhet angående selvmordsforsøk i denne gruppen.

Forekomsten av *seksuelt overførbare infeksjoner* var svært lav blant lesbiske kvinner. De aller fleste kvinnene som hadde hatt seksuelt overførbart sykdom, var smittet av menn, uansett om de var lesbiske, bifile eller heterofile.

Vi har også gjort analyser av *helsevaner* og fedme. Røyking var vanligere blant bifile kvinner enn blant lesbiske og heterofile kvinner. Snusbruk var vanligere blant lesbiske kvinner enn blant bifile og heterofile kvinner. Det var ingen forskjeller mellom lesbiske, bifile og heterofile kvinner angående ukentlig bruk av alkohol. Indikasjoner på skadelig alkoholforbruk var vanligere blant bifile kvinner enn blant lesbiske og heterofile kvinner. Vi fant ikke sammenheng mellom skadelig alkoholbruk og alder, inntekt, fysisk aktivitet eller åpenhet. Det var ingen forskjeller mellom lesbiske, bifile og heterofile kvinner med hensyn til fysisk aktivitet minst ukentlig. Fedme var noe mer utbredt blant bifile kvinner enn blant lesbiske og heterofile kvinner, men forskjellen var ikke stor.

Lesbiske kvinner hadde lavere oppslutning om *forebyggende masseundersøkelser mot kreft* enn bifile og heterofile kvinner, uansett utdanningslengde eller inntektsnivå. Resultatene er sikrere for celleprøve enn for mammografi. En del lesbiske kvinner, og noen av deres leger, mener risikoen for livmorhalskreft er så lav at celleprøve er unødvendig for kvinner som ikke har sex med menn. Å kvie seg for å snakke med legen om seksuell helse og ubehaget ved den gynekologiske undersøkelsen kan være viktige hindringer for at lesbiske kvinner får tatt celleprøve. Det er ikke tilstrekkelig godt kjent blant lesbiske kvinner at celleprøve vanligvis tas hos fastlegen.

På spørsmål om *erfaringer ved bruk av helsetjenester* fant vi ingen forskjell mellom lesbiske, bifile og heterofile kvinner med hensyn til kontakthypighet med fastlegen. Et mindretall i alle grupper hadde vært til konsultasjon ved psykiatrisk poliklinikk siste 12 måneder, noe vanligere blant lesbiske og bifile kvinner. Lesbiske og heterofile kvinner var like tilfredse med helsehjelp de har mottatt, mens bifile kvinner var mindre tilfredse. Lesbiske og bifile kvinner som var helt skjult angående seksuell orientering, var like tilfredse med fastlegen som øvrige lesbiske og bifile kvinner.

Oppsummering av *likhetstrekk* i helse mellom lesbiske og bifile kvinner:

Forekomst og alvorlighetsgrad av psykiske plager var høyere blant lesbiske og bifile kvinner sammenliknet med heterofile kvinner, særlig i yngre aldersgrupper. Disse konklusjonene styrkes av sammenfallende funn for psykisk funksjonsnedsettelse, psykisk symptombelastning, bruk av medikamenter mot depresjon, selvmordsforsøk og konsultasjon ved psykiatrisk poliklinikk.

Tobakksbruk var mer utbredt blant lesbiske og bifile kvinner, med høyest andel røykere blant de bifile kvinnene og høyest andel snusbrukere blant de lesbiske kvinnene. Blant de under 30 år var snusbruken vanligere blant både bifile og lesbiske kvinner sammenliknet med heterofile.

Spørsmålet om åpenhet om seksuell orientering ble stilt bare til lesbiske og bifile kvinner. Vi fant en sterk sammenheng mellom åpenhet og akseptering av egen seksuell orientering blant både lesbiske og bifile kvinner. De som var helt skjulte, viste mindre grad av akseptering.

Oppsummering av *forskjeller* i helse mellom lesbiske og bifile kvinner:

Åpenhet og tilfredshet med seksuell orientering var mer utbredt blant lesbiske kvinner enn blant bifile. Blant bifile kvinner var det ingen sammenheng mellom åpenhet om seksuell orientering og psykisk symptombelastning, mens lesbiske kvinner som var helt skjult, hadde tyngre psykisk symptombelastning enn lesbiske kvinner forøvrig.

Bifile kvinner skilte seg ut med dårligere generell helse og redusert funksjonsnivå. I denne gruppen var det flere med dårlig selvvurdert helse, kronisk sykdom, fysisk funksjonsnedsettelse og langtids sykdom.

Bifile kvinner hadde tyngre psykisk symptombelastning og høyere forekomst av selvmordsforsøk enn lesbiske kvinner. Vi vurderer det som alvorlig når de bifile kvinnene rapporterte gjennomsnittlig psykisk symptombelastning som er så høy at den kan indikere behov for behandling.

Forekomsten av seksuelt overførbare infeksjoner var svært lav blant lesbiske kvinner sammenliknet med bifile og heterofile kvinner. Våre funn tyder på at seksuelt overførbare infeksjoner i begrenset grad overføres fra kvinne til kvinne.

Indikasjoner på skadelig alkoholbruk var vanligere blant bifile kvinner enn lesbiske og heterofile kvinner. Lengre utdanning, å være singel, barnløshet, røyking, utestedaktivitet og høy psykisk symptombelastning var forhold som hadde sammenheng med skadelig alkoholbruk, mens alder og åpenhet ikke var av betydning.

Lesbiske kvinner hadde lavere oppslutning om *forebyggende masseundersøkelser mot kreft* enn bifile og heterofile kvinner, uansett utdanningslengde eller inntektsnivå.

Bifile kvinner var mindre tilfredse enn lesbiske og heterofile kvinner med helsehjelp som de hadde mottatt.

Hva så?

Våre funn leder til følgende hypoteser:

- Helsetjenesten har et betydelig potensial for forbedring i møte med lesbiske og bifile kvinner, både angående innsikt i deres levekår og helseforhold, og når det gjelder tiltak som kan styrke deltakelsen blant lesbiske kvinner i forebyggende masseundersøkelser mot kreft.
- Minoritetsstress kan ha ulik utforming og betydning for lesbiske og bifile kvinner.
- Det i dag er lavere grad av kulturell gjenklang i vårt samfunn for å være bifil enn å være lesbisk, og dette kan ha negativ betydning for helseforhold blant grupper av bifile kvinner. Vi regner det som sannsynlig at mange bifile kvinner med til dels alvorlige helseproblemer ikke får adekvat helsehjelp fordi fastlegen mangler kunnskap både om pasientens seksuelle orientering og om biseksualitet generelt.

Med dette som utgangspunkt vil vi foreslå følgende konkrete tiltak når det gjelder lesbiske og bifile kvinners helse:

- Strategier for generell synliggjøring av bifile kvinner i det norske samfunnet, for eksempel som en målrettet kampanje i massemedia og målrettet informasjon til landets lærere, uten spesifikk vektlegging av risiko eller helseproblemer.
- Støtte til nettverkstilbud for bifile kvinner som kan bidra til å styrke identitet, mestring og akseptering av egen seksuell orientering, spesielt for yngre kvinner, for eksempel via relevante organisasjoner eller webside.
- Støtte til nettverkstilbud for lesbiske kvinner som holder sin seksuelle orientering skjult, for eksempel via relevante organisasjoner eller webside.
- Informasjon om helse og sykdomsrisiko blant grupper av bifile kvinner til norske fastleger, psykiatere og psykologer, for eksempel via kurs i videre- og etterutdanning eller via Rosa Kompetanse.
- Utvikling av målrettede strategier for selvmordsforebygging blant yngre bifile kvinner med helseøstre og skolehelsetjenesten som ankerpunkt.
- Informasjon til norske fastleger og gynekologer om at også lesbiske kvinner bør inkluderes i forebyggende masseundersøkelser mot livmorhalskreft, for eksempel via Norsk forening for allmennmedisins referansegruppe for lesbisk og homofil helse, tidsskriftet Utposten, Dagens Medisin, Tidsskrift for Den norske legeforening, Norsk Elektronisk Legehåndbok og Rosa Kompetanse.
- Opplysningskampanje rettet mot lesbiske kvinner for å styrke motivasjonen til å delta i forebyggende masseundersøkelse mot livmorhalskreft med informasjon om fastlegens rolle og tilbud, for eksempel via relevante organisasjoner og media.
- Forebyggingskampanje rettet mot ulike lesbiske miljøer med sikte på reduksjon av snusbruk særlig i de yngste aldersgruppene, for eksempel via relevante organisasjoner.
- Forebyggingskampanje rettet mot bifile kvinner med sikte på røykeslutt, for eksempel via åpne mediekkanaler som gaysir.no eller Blikk.
- Forebyggingskampanjer rettet mot bifile kvinner med sikte på reduksjon i skadelig alkoholbruk, for eksempel via åpne mediekkanaler som gaysir.no eller Blikk.
- Løpende befolkningsbaserte undersøkelser om helse som inneholder spørsmål om seksuell orientering, der antallet deltakere er stort nok til å kunne analysere undergrupper, for eksempel ved kumulering av rutinedata over flere år.
- Forskning som følger opp spørsmål om likheter og forskjeller i helse mellom lesbiske og bifile kvinner, særlig om hvordan minoritetsstress fremtrer og oppleves og om betydningen av sosial tilhørighet.

-
- Forskning om hvordan bi- og homonegativitet kan fungere krenkende i tilsynelatende nøytrale situasjoner og samtaler (mikroaggresjon).
 - Videre forskning om hva som skaper utsatthet for psykisk lidelse og selvmordsatferd, dette som grunnlag for utvikling av målrettede strategier for forebygging blant lesbiske og bifile kvinner.
 - Forskning som utvikler kunnskap om ressurser, mestring og positive helseforhold blant lesbiske og bifile kvinner.

ABSTRACT

Background

The project «Health among lesbian and bisexual women in Norway» has been conducted as an assignment from the Directorate for Children, Youth, and Family Affairs (Bufdir), the governmental office for the welfare and protection of children and families. Previous studies have drawn attention to bodily and psychological health, risk factors and service utilization among lesbian women, but interpretation of results is challenging. Several studies suffer from methodological problems which limit generalization. Often are results from lesbian and bisexual women merged with results from gay and bisexual men. The health conditions among bisexual women are scarcely explored.

An element of our previous project “Sexual orientation and living condition” (2013) was a national survey about living conditions and health among lesbian women, gay men, and bisexual men and women (LGB persons) in Norway. One of the main conclusions was that similarities were more apparent than differences between lesbian and bisexual women compared to heterosexual women. Still, we found indications of vulnerability among lesbian and bisexual women. A minority within these groups reported more psychological symptoms, lower satisfaction with life, more negative experiences from school or workplace and less degree of openness regarding sexual orientation.

The aim of this report was to elucidate relevant differences in health among lesbian and bisexual women compared to heterosexual women in Norway. We also wanted to identify vulnerable subgroups. Finally, our task was to present suggestions for interventions supposed to improve health conditions among lesbian and bisexual women in Norway.

We approached these objectives by reviewing and summarizing the national and international research literature about health among lesbian and bisexual women, identifying themes which deserved closer attention, and summarizing and conducting further analysis of relevant health data from the 2013 survey. The following themes were decided upon:

- Openness and relation to own sexual orientation
- General health and level of function
- Psychological health and suicidal behaviour
- Sexually transmitted disorders
- Health behaviours
- Screening programs for prevention of cancer
- Health care utilization and experiences

We have also conducted a new qualitative study about reasons for low compliance with the screening for cervical cancer among lesbian women in Norway.

The survey about living conditions included data about health provided by 197 lesbian women, 405 bisexual women and 979 heterosexual women. Information from all three groups were collected in the same study with identical questions at the same point in time to be able to compare health conditions among lesbian, bisexual and heterosexual women in Norway. To establish a close to representative population based sample, we applied previously established web panels, which had been developed to represent the total Norwegian population. Recruitment of participants from the web panels was continued until the LGB groups were sufficiently large for relevant comparisons (“over-sampling” of LGB participants). The questionnaire included questions about social network, well-being, work life and studies, leisure time and organization activity, violence, and relation to own sexual orientation, in addition to health.

The sampling strategy allows for statistical comparisons of health among lesbian, bisexual and heterosexual women with a larger degree of generalization than what has usually been possible in most previous research designs within this area. The total sample is population based with sufficient number of participants in the target groups to differentiate between lesbian and bisexual women in the analyses. From the conclusions about health conditions in our previous report, we have conducted several new analyses to explore similarities and differences in health among lesbian, bisexual and heterosexual women in Norway. We have also identified hallmarks for vulnerable subgroups. We did not compare the situation among lesbian and bisexual women with similar conditions among gay and bisexual men.

In the sub study “*Lesbian and Pap smear*” we have explored reasons for low compliance among lesbian women regarding cervical cancer screening. We have conducted an explorative qualitative study based on empirical data from written answers submitted by internet from lesbian women in Norway. We received 45 responses, of these were 38 suitable for analysis.

Results

A minority of the lesbian and bisexual women were completely closeted regarding sexual orientation, mostly among the bisexuals. Disclosure about sexual orientation towards the general practitioner (GP) was much more frequent among lesbians than among bisexuals. Most of the lesbian and bisexual women accepted their sexual orientation, but the lesbians were much more satisfied than the bisexual women. A small minority of lesbian and bisexual women experienced their sexual orientation as a burden, would have preferred another sexual orientation, or were ashamed by being lesbian or bisexual. We found no age differences regarding self-acceptance, neither among lesbian nor bisexual women. For both groups, there was a strong association between disclosure and acceptance of own sexual orientation. Those who were completely closeted had lower levels of acceptance.

The large majority of lesbian and bisexual women reported good *general health and function*. The situation for lesbian and heterosexual women was fairly comparable regarding self-assessed health, chronic disease, physical disability and long term sick leave. Bisexual women reported lower levels of self-assessed health, more chronic disease and physical disability than lesbian and heterosexual women, and long term sickness absence was more frequent among bisexuals than among heterosexual women.

Psychological symptoms were more serious and more frequent among lesbian and bisexual women compared to heterosexual women. Bisexual women reported average psychological symptom burden indicating need for treatment. Bisexual women with extensive psychological problems were young, with low income and short education. Lesbian women who were completely closeted had more extensive burden of psychological symptoms than other lesbian women. We did not find a similar association among bisexual women. Suicide attempts were more frequent among lesbian and bisexual women compared to heterosexual women. Bisexual women reporting suicidal attempts had lower income and shorter education. We found no association between age and suicide attempts in this group.

Very few lesbian women reported the experience of having had *sexually transmitted disorders*. Most of the women with such experiences had been infected by men, independent of being lesbian, bisexual or heterosexual.

We have also analysed *health behaviors* and obesity. Smoking was more prevalent among bisexual women than among lesbian and heterosexual women. Use of snuff was more frequent among lesbian women than among bisexual and heterosexual women. We found no differences between lesbian, bisexual and heterosexual women regarding weekly consumption of alcohol. Indications of harmful use of alcohol were more frequent among bisexual women compared to lesbian and heterosexual women. We found no associations between harmful use of alcohol and age, income, physical activity or disclosure. We found no differences between the three groups regarding physical activity performed at least weekly. Bisexual women were more often obese than lesbian and heterosexual women, but the differences were small.

Lesbian women complied with *cancer prevention screening programs* to a lower degree than bisexual and heterosexual women, independent of education or income. The results are more reliable for Pap smear than for mammography participation. Some lesbian women, and probably some of their doctors, believe that Pap smear is not necessary for women who do not have sex with men, since their risk is low. Embarrassment of talking about sexual issues and discomfort related to the pelvic examination may constitute barriers for lesbian women regarding Pap smear. Lesbian women in Norway seem to need knowledge that the GP usually is in charge of Pap smears.

Exploring *utilization of health care*, we found no differences between lesbian, bisexual and heterosexual women regarding their frequency of contact with their GP. A minority within all the groups had consulted a psychiatric outpatient clinic last year, more frequently among lesbian and bisexual women. Lesbian and heterosexual women were equally satisfied with the health care they had received, while bisexual women were less satisfied, lesbian and bisexual women who were completely closeted regarding sexual orientation, were equally satisfied with their GP as the remaining lesbian and bisexual women.

Summary of *similarities* in health between lesbian and bisexual women:

The proportion and severity of psychological problems were larger among lesbian and bisexual women compared to heterosexual women, especially among the youngest. These conclusions are supported by similar findings regarding psychological disability, burden of psychological symptoms, use of antidepressant medication, suicidal attempts, and contact with psychiatric outpatient clinics.

The use of tobacco was more frequent among lesbian and bisexual women, with the largest proportion of smokers among bisexual women and largest proportion of snuff users among lesbian women. Among women below 30 years the use of snuff was more frequent among bisexual as well as lesbian women compared to heterosexuals.

Only lesbian and bisexual women were asked about disclosure of sexual orientation. We found a strong association between disclosure and self-acceptance of own sexual orientation among lesbian as well as bisexual women. Those who were completely closeted, had lower levels of acceptance.

Summary of *differences* in health between lesbian and bisexual women:

The proportion of disclosure and acceptance of own sexual orientation was much larger among lesbian women than among bisexuals. Among bisexual women, we found no association between disclosure and burden of psychological symptoms, while lesbian women who were completely disclosed, had more extensive burden of psychological symptoms than the remaining lesbian women.

Bisexual women reported lower level of general health and reduced level of function. The proportion with low self-assessed health, chronic disease, physical disability and long term sick leave was larger in this group.

Bisexual women had more severe burden of psychological symptoms and more suicidal attempts than lesbian women. We are concerned that bisexual women at average have a score at the measure of psychological symptoms which may indicate need for treatment.

Experiences of sexually transmitted disorders were very low among lesbian women compared to bisexual and heterosexual women. Our findings further indicate that sexually transmitted infections to a very low degree is transmitted between women.

Indications of harmful alcohol consumption were more frequent among bisexual women than among lesbian and heterosexual women.

Compliance to preventive cancer screening programs was lower among lesbian women compared to bisexual and heterosexual women, independent of education and income.

Bisexual women were less satisfied with the health care they had received compared to lesbian and heterosexual women.

So what?

Our findings lead to the following hypotheses:

- The health care service has a considerable potential for improvement encountering lesbian and bisexual women, regarding knowledge about health and living conditions, as well as interventions for increased compliance in cancer prevention screening programs.
- Minority stress may have different shape and impact for lesbian and bisexual women.
- The cultural space for bisexuality seems to be lower than for being lesbian in Norwegian society today. This may have a negative impact on health among groups of bisexual women. We find it plausible that many bisexual women, some of them with serious health problems, do not receive adequate health care since the GP lacks knowledge about the actual patient's sexual orientation and about bisexuality in general.

Taking our main findings and hypotheses as a point of departure, we propose these interventions:

- Strategies to increase visibility of bisexual women in the Norwegian society, for example as campaigns in mass media and information to teachers, without emphasizing risk factors or health problems.
- Facilitate network programs for bisexual women, to support identity, coping and acceptance of own sexual orientation, especially addressing young women, for example by means of relevant organizations and websites.
- Facilitate network programs for lesbian women who are closeted, for example by means of relevant organizations and websites.
- Information about health and risk factors among groups of bisexual women to Norwegian GPs, psychiatrists and psychologists, for example by means of continuing education or assisted by the «Pink Competency» program.
- Development of tailored strategies for prevention of suicide among young bisexual women, with school health services and public health nurses as resources.
- Information to Norwegian GPs and gynaecologists about inclusion of lesbian women in cancer prevention screening programs, for example by means of the special interest group for lesbian and gay health in the Norwegian College of General Practitioners, the journals *Utposten*, *Dagens Medisin* and *Journal for the Norwegian Medical Association*, the *Digital Handbook for GPs*, and the «Pink Competency» program.
- Information campaign addressing lesbian women to increase their motivation to participate in cervical cancer screening, including information about the role and service of the GP, for example by means of relevant organizations and media.
- Prevention campaign addressing different lesbian environments aiming for reduction of snuff use, especially among the youngest groups, for example by means of relevant organizations.
- Prevention campaign addressing bisexual women aiming for smoking cessation, for example by means of open media like *gaysir.no* or the journal *Blikk*.
- Prevention campaigns addressing bisexual women aiming for reduction of harmful alcohol consumption, for example by means of open media like *gaysir.no* or the journal *Blikk*.
- Regular population based health surveys which include questions about sexual orientation, with sufficient number of participants for subgroup analysis, for example by cumulating routing data during several years.

-
- Further research about similarities and differences in health between lesbian and bisexual women, especially regarding the shape and impact of minority stress, and about the impact of social networks.
 - Research about degrading effects of bi- and homonegativity in apparently neutral situations and conversations (micro-aggression).
 - Further research about preconditions for vulnerability regarding psychological problems and suicidal behaviour as a starting point for development of prevention strategies tailored for lesbian and bisexual women.
 - Research about resources, coping and positive health conditions among lesbian and bisexual women.

FORORD

Under arbeidet med prosjektet «Seksuell orientering og levekår» i 2012-2013 innhentet vi et betydelig omfang av forskningslitteratur og data. Da Bufdir høsten 2013 utlyste et nytt prosjekt om helse blant lesbiske og bifile kvinner i Norge, så vi dette som en fin anledning til å gå mer i dybden med flere av de problemstillingene vi hadde arbeidet med i den forrige rapporten. Fokuset ble skjerpet på mange måter. Nå skulle vi rette søkelyset mot helse, ikke hele levekårsfeltet. Vi skulle undersøke situasjonen for lesbiske og bifile kvinner, denne gangen uten å belyse homofile og bifile menns helse.

Vi har mange å takke. Først og fremst vil vi takke alle deltakerne som har gitt informasjon om seg selv ved å svare på spørreskjemaet om levekår og helse eller ved å fortelle om årsaker til at de ikke følger screeningprogrammet mot livmorhalskreft. En viktig takk går også til våre samarbeidspartnere Tone Hellesund, Mari Bjørkman og Hilde Slåtten fra prosjektet «Seksuell orientering og levekår».

Mari Bjørkman og Anbjørg Ohnstad har gitt viktige kommentarer og innspill til denne rapporten om lesbiske og bifile kvinners helse. Vi har fått profesjonell og nyttig bistand fra Uni Research Helse på forskjellige stadier i forskningsprosessen: Avdelingscontroller Mariann Apelseth og personal- og administrasjonsleder Bente Groth har gitt oss god hjelp med søknadsprosessen og økonomistyring, forskningsassistent Ingrid Blø Olsen ga råd og tips for oppsett av internettbasert spørreskjema med Qualtrics, førstekon-sulent Rune Rolvsjord bisto med internettside for spørreundersøkelsen om celleprøve samt grafisk utforming av rapporten, og forskningsleder Guri Rørtveit viste stor entusiasme og ga prioritet til prosjektet i Allmenntmedisinsk Forskningsenhet i Bergen.

Vi vil også takke våre oppdragsgivere, LHBT-senteret, det nasjonale kunnskapssenteret for seksuell orientering og kjønnsidentitet i Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir), som tok initiativ til prosjektet, som finansierte mesteparten og som viste oss tillit til å gjennomføre det hele.

Bergen 12. desember 2014

Kirsti Malterud og Norman Anderssen

INNHOLD

SAMMENDRAG	i
ABSTRACT	vii
FORORD	xiii
1. BAKGRUNN	1
Innledning	3
Teoretisk tilnærming og begrepsbruk	4
Målsetting og problemstillinger	5
Strukturen i rapporten	5
2. FORSKNING OM HELSE BLANT LESBISKE OG BIFILE KVINNER	7
Metodeutfordringer	9
Bakgrunn og metode – litteraturgjennomgang	10
Oversikt over sentrale publikasjoner	11
Norske publikasjoner om helse blant lesbiske og bifile kvinner	20
Sentrale publikasjoner om utvalgte helsetema	22
Åpenhet	22
Generell helse og funksjonsnivå	23
Psykisk helse	24
Seksuelt overførbare infeksjoner	25
Helsevaner	26
Forebyggende masseundersøkelser mot kreft	28
Helsetjenester – bruk og erfaringer	28
Hva vet vi?	29
Hvor er det behov for videre forskning?	30
3. METODE – UTVALG - ANALYSER	31
Spørreundersøkelsen om levekår – bakgrunn og metode	33
Design - spørreundersøkelsen	33
Spørreskjemaet	34
Analyser og statistiske prosedyrer - spørreundersøkelsen	34
Beskrivelse av utvalget - spørreundersøkelsen	35
«Lesbiske og celleprøve» – kvalitativ delstudie	39
Bakgrunn – kvalitativ delstudie	39
Design – kvalitativ delstudie	40
Materiale – kvalitativ delstudie	41
Analyse – kvalitativ delstudie	42
4. ÅPENHET OG FORHOLD TIL EGEN SEKSUELL ORIENTERING	43

Bakgrunn - åpenhet	45
Har andre kjennskap til din seksuelle orientering?	45
Hvordan ser du på din seksuelle orientering?	46
Hovedfunn – åpenhet	48
5. GENERELL HELSE - FUNKSJONSNIVÅ	49
Bakgrunn – generell helse og funksjonsnivå	51
Selvurdert helse	51
Kronisk sykdom - fysisk funksjonsnedsettelse - langtidssykmelding	52
Hovedfunn – generell helse og funksjonsnivå	53
6. PSYKISK HELSE	55
Bakgrunn – psykisk helse	57
Psykiske plager	57
Psykisk symptombelastning – tyngde og aldersfordeling	58
Åpenhet og psykiske plager	60
Hvilke bifile kvinner er mest utsatt for psykiske plager?	61
Selvmondsatferd	61
Hvilke bifile kvinner har forsøkt å ta sitt eget liv?	63
Hovedfunn – psykisk helse	63
7. SEKSUELT OVERFØRBARE INFEKSJONER	65
Bakgrunn – seksuelt overførbare infeksjoner	67
Har hatt seksuelt overførbare infeksjon	67
Smittet av mann eller kvinne?	69
Hovedfunn – seksuelt overførbare infeksjoner	69
8. HELSEVANER	71
Bakgrunn - helsevaner	73
Tobakk	73
Alkohol	74
Fysisk aktivitet	76
Fedme	77
Hovedfunn – helsevaner	78
9. FOREBYGGENDE MASSEUNDERSØKELSER MOT KREFT	81
Bakgrunn – forebyggende masseundersøkelser mot kreft	83
Deltakelse – celleprøve og mammografi	83
«Lesbiske og celleprøve» – en kvalitativ studie	86
Hovedfunn – forebyggende masseundersøkelser mot kreft	90
10. HELSETJENESTER - BRUK OG ERFARINGER	93
Bakgrunn – helsetjenester	95
Bruk av helsetjenester	95
Erfaringer med helsetjenester	96
Hovedfunn - helsetjenester	98

11. SEKSUELL ORIENTERING OG HELSE BLANT KVINNER I NORGE	99
Hovedfunn fra analysene	101
Helse blant lesbiske og bifile kvinner sammenliknet med heterofile kvinner	101
Ulikheter i helse mellom lesbiske og bifile kvinner	101
Tolkningsgrunnlag og mulige forklaringer	102
Noen forutsetninger og forbehold	102
Sykdomsrisiko, helsevaner og helsetjenester	103
Minoritetsstress – selvakseptering, åpenhet og psykisk helse	104
Bifile kvinner – en sammensatt gruppe	105
Forslag til tiltak	106
LITTERATURREFERANSER	109
VEDLEGG	121
Spørreskjemaet fra levekårsundersøkelsen	
FORSKERNE	

Kapittel 1

BAKGRUNN

Innledning

Forskning om ulikhet i helse med fokus på kjønn og seksuell orientering er nødvendig for å etablere kunnskapsbaserte og målrettede strategier for folkehelse i Norge. Denne rapporten er utarbeidet på oppdrag fra Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) som en oppfølging av Regjeringens handlingsplan *Bedre livskvalitet for lesbiske, homofile, bifile og transpersoner 2009-2012* (Barne- og likestillingsdepartementet 2008), som ble forlenget ut 2013. En målsetting i handlingsplanen var at helse- og omsorgspersonell og tjenesteytere skal ha god tilgang på kunnskap om helse og levekår for lesbiske, bifile og transpersoner (LHBT-personer). Kvinnehelse har hittil hatt lite oppmerksomhet innenfor LHBT-forskningen i Norge. Derfor ønsket man en undersøkelse som kunne styrke kunnskapsgrunnlaget om helse blant lesbiske og bifile kvinner (LB-kvinner).

Bufdir utlyste forskningsmidler med kontraktsinngåelse i november 2013. Prosjektet startet 1.1.2014 og ble avsluttet 31.12.2014. Prosjektet utgår fra Uni Research Helse med forankring i Allmennmedisinsk forskningsenhet i Bergen.

Seksuell orientering kan påvirke helsen i positiv eller negativ retning (Institute of Medicine (US) 2011, The Lancet 2011). Blant legfolk, fagfolk og forskere finnes det mange oppfatninger om helseforhold blant LB-kvinner, spesielt hypoteser om overhyppighet av sykdom (for eksempel brystkreft) eller risikofaktorer (for eksempel skadelig alkoholbruk) hos lesbiske sammenliknet med kvinner forøvrig i befolkningen (Malterud 2001). I 1999 fastslo Solarz-rapporten om lesbisk helse fra det amerikanske Institute of Medicine at lesbiske kvinner er utsatt for minoritetsstress, og at helsevesenets tilbud ikke er tilstrekkelig tilpasset kvinner som har sex med kvinner (Solarz 1999). For øvrig var konklusjonen den gang at foreliggende forskning ikke ga forsvarlig kunnskapsgrunnlag om forekomst eller utbredelse av sykdommer og risikotilstander hos lesbiske kvinner.

En rekke studier har rettet oppmerksomheten mot selvvurdert helse, fysisk og psykisk helse, selvmordsatferd, helsetjenestebruk, risiko for kreft i reproduktive organer, seksuelt overførbare infeksjoner, fedme, og helsevaner som røyking og rusbruk blant lesbiske kvinner (Solarz 1999, Institute of Medicine (US) 2011). Forskning på dette feltet reiser imidlertid en rekke metodologiske utfordringer som innebærer at konklusjonene i mange tidligere studier er usikre (Malterud, Bjorkman et al. 2009). Helseforhold blant bifile kvinner er enda dårligere belyst forskningsmessig enn helseforhold blant lesbiske (Schick and Dodge 2012).

Som del av prosjektet «Seksuell orientering og levekår» gjennomførte vi i 2013 en nasjonal spørreundersøkelse om levekår som blant annet inneholdt spørsmål om helse, sykdom og helsevaner blant lesbiske (N = 197) og bifile (N = 405) kvinner sammenliknet med heterofile (N = 979) kvinner (Anderssen and Malterud 2013). Konklusjonen var at likhetene mellom lesbiske og bifile kvinner sammenliknet med heterofile kvinner er større enn forskjellene. Dette indikerer at det finnes ressurser og positive krefter som kan motvirke uheldige effekter av homonegativitet og heteronormativitet som fortsatt gjør seg gjeldende i vårt samfunn. Samtidig fant vi flere systematiske tegn på utsatthet blant lesbiske og bifile kvinner i Norge i dag. Et mindretall av kvinnene i disse to gruppene viste tegn til marginalisering i form av større symptombelastning vedrørende helse, noe lavere livstilfredshet, flere negative erfaringer på arbeidsplass og studie-sted og mindre åpenhet om sin seksuelle orientering. Våre funn tydet på at det er behov for særlig oppmerksomhet på situasjonen for bifile kvinner (Anderssen and Malterud 2013).

I levekårsprosjektet i 2013 gjennomførte vi også en nasjonal spørreundersøkelse om befolkningens holdninger til LHBT-personer samt en kvalitativ studie om erfaringer med å skjule sin seksuelle orientering. Hovedfunnene fra ulike kilder i levekårsundersøkelsen utfylte hverandre. Holdningsundersøkelsen viste at selv om det har skjedd positive endringer i det norske samfunnet de siste fem årene, er det fortsatt betydelig homo- og binegativitet i folks holdninger og atferd (Anderssen and Slåtten 2008, Anderssen and Malterud 2013). Lesbiske og bifile kvinner i Norge kan derfor ikke alltid kjenne seg sikre på at mennesker omkring dem vil anerkjenne deres seksualitet og identitet, og dette kan være en god grunn til å vurdere hvem som skal få vite noe om dette. Den kvalitative studien om å holde sin seksuelle orientering skjult ga

mange konkrete beskrivelser av hvordan og hvorfor dette finner sted til hverdags. Resultatene demonstrerte også hvordan heteronormativitet utspiller seg i det norske samfunnet - kulturelle og sosiale praksiser som tar for gitt at alle mennesker er heteroseksuelle, der homo- og biseksualitet blir usynlig og annenrangs (Berlant and Warner 2000, Plummer 2003, Anderssen and Hellesund 2009). Homonegativitet og heteronormativitet er levekårsbetingelser som er med på å utforme livene til lesbiske og bifile kvinner i Norge i dag, i positiv så vel som i negativ retning (Anderssen and Malterud 2013). I tillegg er det mange andre forhold som er med på å bestemme om resultatet blir daglig mestring eller daglig minoritetsstress for den enkelte.

Levekårsundersøkelsen belyste flere av de aktuelle problemstillingene som oppdragsgiver reiste for det foreliggende prosjektet. Noen av våre forskningsspørsmål er derfor allerede delvis besvart i vår forrige rapport (Anderssen and Malterud 2013). Funn og videre analyser av data fra spørreundersøkelsen har lagt et godt grunnlag for dette nye forskningsprosjektet om helse blant lesbiske og bifile kvinner i Norge. Denne rapporten inneholder derfor tilnærminger, konseptualiseringer, hovedfunn og formuleringer fra den forrige rapporten fra 2013. Samtidig har det vært en målsetting å videreutvikle kunnskapsgrunnlaget fra det første prosjektet.

Teoretisk tilnærming og begrepsbruk

Vår faglige posisjon i dette kunnskapsfeltet kan beskrives som en *pragmatisk kulturorientert tilnærming*.

På den ene siden erkjenner vi at de sosiale kategoriene som dette prosjektet omhandler (lesbiske, bifile og heterofile kvinner) er under stadig omforming. Disse må ses i sammenheng med hvordan seksualitet, kjønn og identitet konstitueres i vår samtid. Både i befolkningen og i vitenskapelige sammenhenger blir de etablerte kategoriene lesbisk, homofil og bifil i økende grad sett som utilstrekkelige og begrensende. Her er vi inspirert av sosialkonstruksjonister og queer-teoretikere (Plummer 1981, Kitzinger 1987, Anderssen 1988, Butler 1993, Hegna and Larsen 2007, Sedgwick 2008).

Samtidig ser vi de sosiale kategoriene og de relevante begrepene som relativt stabile over en viss tid og som virksomme i vår kultur. I den medisinske og psykologiske forskningslitteraturen brukes hovedsakelig de tradisjonelle kategoriene *lesbiske, bifile og heterofile kvinner* (*lesbian, bisexual and heterosexual women*), som indikerer en forståelse av seksuell orientering der identitet vektlegges mer enn atferd. Dette er relevante perspektiver for videre utforskning av hovedfunnene fra levekårsundersøkelsen i 2013, der minoritetsstress og psykisk helse pekte seg ut som sentrale utfordringer (Anderssen and Malterud 2013).

I denne rapporten har vi brukt betegnelsen LHB-personer når lesbiske, homofile og bifile personer er omtalt og analysert som en samlet gruppe, og tilsvarende betegnelsen LB-kvinner når lesbiske og bifile kvinner er omtalt og analysert som en samlet gruppe.

Seksuell atferd sammenfaller ikke alltid med seksuell orientering eller identitet (Hegna and Larsen 2007). Studier som vektlegger seksuell atferd i høyere grad enn identitet eller tiltrekning, for eksempel i studier av seksuelt overførbare infeksjoner, bruker andre kategorier (Marrazzo 2000, Mercer, Bailey et al. 2007): Kvinner som har sex med kvinner (norsk: KSK, engelsk: WSW), kvinner som har sex med kvinner og menn (KSKM/WSWM), kvinner som har sex med menn (KSM/WSM). Vi kan altså ikke si at KSK er synonymt med 'lesbisk', at KSKM er synonymt med 'bifil kvinne' eller at KSM er synonymt med 'heterofil kvinne'.

Vår vurdering er at selvrapportert seksuell orientering i større grad enn atferdstermene KSK/KSKM/KSM reflekterer personlig identitet og den samfunnsmessige kategori den enkelte tilordner seg selv, og dermed er mest relevant som definisjon ved utforskning av de fleste sammenhenger mellom helse og seksuell orientering. I denne rapporten bruker vi derfor i all hovedsak de tradisjonelle kategoriene *lesbiske, bifile og heterofile kvinner*, vel vitende om at virkeligheten er mer sammensatt enn som så. Grunnen til vårt valg er dels at oppdragsgiver har ønsket en utredning basert på disse kategoriene og også at dette er begreper som fortsatt har stor gjennomslagskraft i det norske samfunnet.

Når vi ikke har inkludert helseforhold hos transpersoner i dette prosjektet, reflekterer dette oppdragsgivers bestilling og ikke våre holdninger til begrepene og gruppene det handler om. Transpersoner kan forøvrig være lesbiske, bifile eller heterofile.

I rapporten har vi anlagt både et *minoritetsstressperspektiv* (Institute of Medicine (US) 2011) som anerkjenner betydningen av at LHB-personer som grupper kan representere sårbare posisjoner, og et *ressursperspektiv* på helse og seksuell orientering. Ressursperspektivet innebærer fokus på mestring og styrke framfor risiko og sykdom (Antonovsky 1987).

Vi har mer kunnskap om sykdom og sykdomsrisiko enn om helsefremmende forhold blant lesbiske (Hegna, Kristiansen et al. 1999, Solarz 1999, Malterud 2001, Institute of Medicine (US) 2011). Ensidig fokus på marginalitet hos LB-kvinner bidrar til et elendighetsperspektiv som kan være selvforsterkende (Malterud 2001, Moseng 2002, Hellesund 2008). Marginalitet er ikke nødvendigvis en risikofaktor, men kan også representere helsefremmende forhold (O'Leary 1998, Bjorkman and Malterud 2009, Flatval and Malterud 2009).

Målsetting og problemstillinger

Målsettingen for dette prosjektet var å utvikle og presentere relevant kunnskap om helse blant lesbiske og bifile kvinner i Norge som grunnlag for målrettede strategier for folkehelse og mangfoldspolitikk.

Dette har vi gjort ved å belyse følgende problemstillinger:

- Hva sier nasjonal og internasjonal forskning om helse blant lesbiske og bifile kvinner som kan ha relevans og overførbarhet til norske forhold?
- Er det forskjeller mellom lesbiske og bifile kvinner sammenliknet med heterofile kvinner i Norge med hensyn til generell helse og funksjonsnivå, psykisk helse, seksuelt overførbare infeksjoner, helsevaner, forebyggende masseundersøkelser mot kreft samt erfaringer med bruk av helsetjenester?
- Kan vi identifisere spesielle undergrupper blant lesbiske og bifile som er særlig utsatt?
- Hvordan kan man forklare eventuelle ulikheter i helse blant lesbiske og bifile kvinner sammenliknet med heterofile kvinner i Norge?
- Hva slags tiltak kan bidra til bedre helse blant spesielt utsatte grupper blant lesbiske og bifile kvinner i Norge?
- Hva slags tiltak kan bidra til bedre helse blant lesbiske og bifile kvinner generelt i Norge?

Strukturen i rapporten

I dette første kapittelet har vi presentert prosjektets bakgrunn, teoretiske posisjoner, målsetting og problemstillinger .

Rapporten bygger på tre ulike kilder. Vi har gjort en bred litteraturgjennomgang om helse blant lesbiske og bifile kvinner og gjennomført to empiriske studier. De empiriske studiene omfatter en sammenfatning og videre analyser av relevante helsedata fra spørreundersøkelsen om levekår i 2013 (Anderssen and Malterud 2013), samt en ny kvalitativ studie «Lesbiske og celleprøve» der vi har innsamlet nye data.

Vi starter med en gjennomgang av forskningslitteraturen i kapittel 2. I kapittel 3 oppsummerer vi våre overveielser og viktigste metodiske veivalg når det gjelder design, analysestrategier og presentasjonsmåte for de to empiriske studiene. Her har vi også samlet oversikter over deltakerne i begge studier med relevante bakgrunnsopplysninger.

De påfølgende kapitler (4-10) presenterer våre resultater og hovedfunn organisert tematisk. Funnene omhandler

-
- Åpenhet og forhold til egen seksuell orientering
 - Selvvurdert helse og funksjonsnivå
 - Psykisk helse
 - Seksuelt overførbare infeksjoner
 - Helsevaner
 - Forebyggende masseundersøkelser mot kreft
 - Helsetjenester – bruk og erfaringer

Hvert av disse kapitlene starter med en kort oppsummering av relevant tidligere forskning om det aktuelle tema. Med utgangspunkt i våre viktigste funn fra levekårsrapporten fra 2013 (Anderssen and Malterud 2013) presenterer vi deretter våre nye problemstillinger og analyser og sammenfatter resultatene på slutten av hvert kapittel. Vår rapport har et empirisk tyngdepunkt, der vi har vektlagt presentasjon av funn og analyser i større grad enn teoretiske perspektiver og diskusjoner.

For å belyse sammenhenger mellom de ulike temaene har vi valgt å samle vår diskusjon av resultatene i kapittel 11. Der drøfter vi likheter og forskjeller i helse blant lesbiske og bifile kvinner sammenliknet med heterofile kvinner i lys av foreliggende forskning. Til sist oppsummerer vi våre hovedfunn og presenterer noen forslag til tiltak.

Bakerst i rapporten har vi samlet litteraturreferanser og vedlegg (spørreskjema).

Kapittel 2

FORSKNING OM HELSE BLANT LESBISKE OG BIFILE KVINNER

I dette kapittelet legger vi frem vår gjennomgang av forskningslitteraturen om helse blant lesbiske og bifile kvinner. Først presenterer vi noen metodeutfordringer som kjennetegner dette forskningsfeltet og som har betydning for tolkning av funn fra tidligere studier. Deretter beskriver vi fremgangsmåten vi har brukt for å identifisere og kvalitetsvurdere relevant forskningslitteratur. Så følger en tabellarisk oversikt over design, materiale og hovedfunn for de mest sentrale publikasjonene, herunder enkelte norske. Etter en kort utvidet oversikt over relevante publikasjoner fra Norge presenterer vi en tematisk oversikt over forskningsbasert kunnskap om utvalgte helsetema for lesbiske og bifile kvinner.

Metodeutfordringer

Forskningslitteraturen om helse blant lesbiske og bifile kvinner viser mange motstridende funn, noe som sannsynligvis forklares av de mange metodiske utfordringene på dette feltet. Det er problematisk å sammenlikne tidligere studier om helse blant lesbiske og bifile kvinner med nyere undersøkelser på tvers av ulike regioner og land. Vi vil peke på fire sentrale problemer som innebærer at store deler av det foreliggende kunnskapsgrunnlaget er mangelfullt (Institute of Medicine (US) 2011). Dette omfatter inkonsistent begrepsbruk for seksuell orientering, selvrekrutterte tilgjengelighetsutvalg, utvalg med begrenset antall deltakere fra målgruppen, samt kulturell kontekst (Malterud, Bjorkman et al. 2009).

Seksuell orientering kan defineres ut fra selvrapportert identitet, erotisk tiltrekning eller seksuell atferd (Marrazzo, Koutsky et al. 2001, Hegna 2007). I tidligere studier har disse nyansene i liten grad vært differensiert (Bauer and Jairam 2008, Institute of Medicine (US) 2011). Konsekvensen er derfor at utvalgene i forskningslitteraturen er heterogene, og at resultatene kan tilsløre både likheter og forskjeller (Ridolfo, Miller et al. 2012). I mange studier er dessuten lesbiske og bifile kvinner slått sammen som «non-heterosexual women» eller «sexual minority women» i analysene, heretter omtalt som LB-kvinner (Bowen, Balsam et al. 2008, McCabe, Hughes et al. 2009).

Tidligere var det vanlig å bruke *selvrekrutterte tilgjengelighetsutvalg* i studier om lesbiske og bifile kvinners helse, med rekruttering for eksempel via organisasjoner, tidsskrifter eller arrangementer for LHBT-personer, se for eksempel Hegna, Kristiansen et al. (1999), Moseng (2002), Moseng (2005). Sammenstillingen av deltakere i tilgjengelighetsutvalg vil alltid være skjev, og et tilgjengelighetsutvalg kan ikke regnes som representativt for den befolkningsgruppen man ønsker å undersøke. Ofte sammenliknes funn blant heterofile kvinner fra befolkningsbaserte studier med funn blant lesbiske kvinner fra tilgjengelighetsbaserte studier (Hegna, Kristiansen et al. 1999). Befolkningsbaserte representative utvalg av alle gruppene er imidlertid nødvendig for å trekke konklusjoner om forekomsten av sykdommer eller risikofaktorer blant lesbiske og bifile kvinner sammenliknet med heterofile kvinner (Institute of Medicine (US) 2011, Meads and Moore 2013).

Først de siste årene er det gjennomført større befolkningsstudier med representative utvalg der man har kunnet sammenligne forhold i LHB-gruppene med befolkningen for øvrig, se for eksempel French, Story et al. (1996), Remafedi, French et al. (1998), Garofalo, Wolf et al. (1999), Diamant, Wold et al. (2000), Valanis, Bowen et al. (2000), Wichstrom and Hegna (2003), Bakker, Sandfort et al. (2006), Roth, Boström et al. (2006), Sandfort, Bakker et al. (2006), Hegna and Larsen (2007), Mercer, Bailey et al. (2007), Boehmer and Bowen (2009), Gransell and Hansen (2009), Fredriksen-Goldsen, Kim et al. (2010), Hughes, Szalacha et al. (2010), Normann and Gulløy (2010), Hayes, Chakraborty et al. (2011), McCabe, Hughes et al. (2011), McNair, Szalacha et al. (2011), Veenstra (2011), Fredriksen-Goldsen, Kim et al. (2012), Lindley, Walsemann et al. (2012), Rothman, Sullivan et al. (2012), Savin-Williams, Joyner et al. (2012), Frisch and Simonsen (2013).

Også innen denne gruppen av publikasjoner er det imidlertid metodiske utfordringer, særlig når det gjelder antall deltakere fra målgruppen og hvilke kategorier som er brukt i analyse og presentasjon. Lesbiske og bifile kvinner utgjør en minoritet av befolkningen, noe som innebærer *begrenset antall deltakere fra disse målgruppene* i vanlige representative befolkningsbaserte utvalg. Noen løser problemet med få deltakere i slike undersøkelser ved å slå sammen grupper av kvinner for å få statistisk styrke i analysene, som

for eksempel i Frisch and Simonsen (2013), Malterud, Anderssen et al. (2015 - in press). Andre skaper ytterligere problemer med liten statistisk styrke ved å dele opp i såpass mange undergrupper at relevante analyser av undergrupper er vanskelig å gjennomføre, som for eksempel Diamant, Wold et al. (2000), Roth, Boström et al. (2006), Sandfort, Bakker et al. (2006), Gransell and Hansen (2009). I Norge prøvde Statistisk sentralbyrå i et forsøksprosjekt å etablere et tilstrekkelig stort utvalg av LHB-personer ved å bruke vanlige rekrutteringsprosedyrer for levekårsundersøkelser, men forskerne konkluderte med at dette ville kreve så store totalutvalg at det ville være urealistisk innenfor rammen av levekårsundersøkelsene (Normann and Gulløy 2010). I Skottland og Sverige har man imidlertid slått sammen resultater fra flere års rutineundersøkelser og på denne måten kunnet gjennomføre analyser basert på et større antall LHB-personer (Whybrow, Ramsay et al. 2012, Folkhälsomyndigheten 2014).

Lesbiske og bifile kvinner i den industrialiserte del av verden lever under ulike levekår og lovverk, se for eksempel Lewis (2009). Forekomst av helseproblemer varierer med *sosiale og kulturelle forhold*, eksempelvis for psykiske problemer, brystkreft, overvekt og rusmiddelbruk. Funn fra undersøkelser blant lesbiske og bifile kvinner i noen regioner, som Sør-Europa og Nord-Amerika, lar seg derfor ikke nødvendigvis overføre til lesbiske og bifile kvinner i Norge .

Det er altså mange utfordringer ved å trekke sikre konklusjoner om helse og sykdom blant lesbiske og bifile kvinner i Norge. Enda vanskeligere er det å si noe forskningsbasert om helse blant bifile kvinner (Fredriksen-Goldsen, Kim et al. 2010). En gjennomgang av artikler om biseksualitet viste at de fleste av artiklene bygget på tilgjengelighetsutvalg med svak deltakelse fra bifile kvinner. En femtedel av artiklene fokuserte på biseksualitet som risiko for seksuelt overførbart infeksjon, og en sjettedel av artiklene omtalte biseksualitet som en legitim identitet (Kaestle and Ivory 2012). En annen oppsummering viste at forskning om biseksualitet i hovedsak fokuserte på risiko, dels knyttet til atferd, men også som respons på diskriminering (Schick and Dodge 2012).

Vi har begrenset kunnskap om hvilke undergrupper blant lesbiske og bifile kvinner som er mest utsatt for belastninger og risikoatferd, og hva slags ressurser som kan motvirke dette.

Bakgrunn og metode – litteraturgjennomgang

Til levekårsundersøkelsen i 2012 gjorde vi en omfattende litteraturgjennomgang (Anderssen and Malterud 2013). Med bistand fra Universitetsbiblioteket i Bergen (Bibliotek for medisinske og odontologiske fag og Bibliotek for psykologi, utdanning og helse) gjennomførte vi et bredt litteratursøk med utvalgte søketermer i syv sentrale litteraturlag og identifiserte et stort antall publikasjoner.

Neste fase besto den gang i gjennomgang og utvalg etter relevans og kvalitet. Mange studier ble ekskludert fordi den vitenskapelige kvaliteten var for lav (uklar operasjonalisering av seksuell orientering, selvrekrutterte tilgjengelighetsutvalg og begrenset antall deltakere fra målgruppene). Kun et mindretall av de vitenskapelige studiene omhandlet bifile personer. Det ble derfor vanskeligere enn antatt å få utarbeidet en systematisk kunnskapsoppsummering (Centre for Reviews and Dissemination) og vi valgte i stedet en pragmatisk presentasjonsform med vekt på relevans i rapporten «Seksuell orientering og levekår» (Anderssen and Malterud 2013).

I denne rapporten om helse blant lesbiske og bifile kvinner i Norge har vi tatt utgangspunkt i litteraturgjennomgangen fra levekårsrapporten fra 2013. Vi har oppdatert, systematisert og utbygget oversikten over forskning om helse blant lesbiske og bifile kvinner med vekt på nyere publikasjoner og systematiske kunnskapsoppsummeringer av god vitenskapelig kvalitet. Videre har vi tatt med utvalgte publikasjoner som på ulike måter har fått status som referanser på dette feltet, samt publikasjoner fra sosiale og kulturelle kontekster med overførbart til norske forhold.

Lærdommen fra vår gjennomgang av forskningslitteraturen har vært nyttig for vår egen spørreundersøkelse om levekår og helse. Hovedresultatene om kvinners helse fra spørreundersøkelsen om levekår i 2013 (Anderssen and Malterud 2013) sammen med litteraturoversikten nedenfor ble vårt utgangspunkt for å

prioritere tema som vi har valgt å løfte fram og undersøke nærmere i denne rapporten om helse hos LB-kvinner i Norge.

Oversikt over sentrale publikasjoner

Nedenfor presenterer vi en oversikt over publikasjoner som går igjen som referanser i forskning på dette feltet. Noen publikasjoner er prioritert fordi de er utført i Norge. . De fleste av publikasjonene er empiriske studier, men vi presenterer også noen oversiktsartikler («reviews»). Med tanke på overførbarhet til norske forhold har vi også lagt spesiell vekt på nyere internasjonale befolkningsbaserte studier av god kvalitet fra land vi kan sammenlikne oss med

I tabellen nedenfor presenterer vi dette utvalget i kronologisk rekkefølge (de eldste først). For hver publikasjon gir vi noen stikkord om tema og kontekst, deretter en kort gjennomgang av bakgrunn, metode og hovedfunn og til slutt en kort kommentar om metodisk styrke og svakhet.

Vi har brukt betegnelsen LHB-personer når lesbiske, homofile og bifile personer er omtalt og analysert som en samlet gruppe, og tilsvarende betegnelsen LB-kvinner når lesbiske og bifile kvinner er omtalt og analysert som en samlet gruppe. I studier som omfatter både kvinner og menn, har vi i presentasjonen her prioritert informasjon som gjelder lesbiske og bifile kvinner sammenliknet med heterofile kvinner.

Tabell 2.1 Oversikt over sentrale publikasjoner. Kronologisk med de eldste først.

Hegna, Kristiansen et al. (1999)

LEVEKÅR INKL HELSE – NORGE

Den norske levekårsrapporten ”Levekår og livskvalitet blant lesbiske kvinner og homofile menn” (NOVA 1/99) bygger på data fra et selvrekruttert utvalg som inkluderte 1.123 kvinner (82% lesbiske, 9% lesbiske med visse heterofile innslag, 7% bifile, 1% heterofile med visse lesbiske innslag og 1% usikre). I analysene er LB-gruppene i hovedsak slått sammen, omtales som lesbiske kvinner og resultatene sammenliknes med ulike befolkningsundersøkelser. Lesbiske kvinner i dette utvalget hadde dårligere egenvurdert helse enn jevnaldrende i den generelle befolkningen, særlig i de yngre aldersklassene. Risikoen for psykiske plager og selvmordsatferd var sterkt forhøyet i forhold til befolkningen forøvrig, særlig blant de yngste og blant dem som levde skjult. Andelen lesbiske kvinner som drakk seg beruset, var vesentlig høyere enn blant kvinner i befolkningen. Det samme gjaldt bruk av tobakk og illegale rusmidler.

Kommentar: Undersøkelsen bygger på selvrekruttert tilgjengelighetsutvalg. Enkelte bifile er med i de samlede analyser, men forfatterne tok ikke mål av seg til å kartlegge situasjonen for bifile. Spørreundersøkelsen og tallene som presenteres angående forekomst og fordelinger gir ikke representative resultater. Sttuden utgjør likevel en interessant dokumentasjon av levekår og livskvalitet blant deler av LH-gruppene i Norge på slutten av 1990-tallet.

Solarz (1999)

HELSE – USA

En fagkomite fra Institute of Medicine (USA) har sammenfattet forskning om helse blant lesbiske kvinner, gjennomgått metodiske utfordringer, og foreslått prioriteringer for framtidig forskning – «Solarz-rapporten». Forskningslitteraturen innen en rekke forskjellige områder ble gjennomgått, blant annet overvekt, ulike kreftformer, hjerte- og karsykdom, psykisk helse, seksuelt overførte sykdommer og bruk av rusmidler. Den gjennomgående konklusjon var at man ikke hadde tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag til å si hvor vidt lesbiske er en gruppe med økt risiko for spesielle helseproblemer sammenliknet med andre kvinner. Utvalget mente likevel at samfunnsskapte holdninger til lesbiske og homofile leder til undertrykking, vold

og hemmeligholdelse, som i sin tur kan skape psykisk lidelse. Utvalget oppfattet dette som bekymringsfullt, men påpekte at man ikke kunne si hvor mange dette gjelder for.

Rapporten kritiserer studier der «lesbisk» framstår som en entydig kategori. Fordi det er et stort mangfold blant kvinner som lever lesbisk, er det behov for begrepsavklaring og teorigrunnlag som ivaretar forskjellighet og forebygger stereotyper i framtidig kunnskapsutvikling. Utvalget påpekte at konklusjoner om omfang og fordeling av sykdom forutsetter representative utvalg som tillater generalisering og sammenlikning. Forfatterne mente det er behov for forskning om psykiske reaksjoner på stigmatisering og minoritetspress, og sviktende tillit til helsetjenesten blant lesbiske. Forfatterne påpeker også at det ikke bare er helseerisiko forbundet ved lesbisk liv, men at det også finnes spesifikke forhold som beskytter mot sykdom.

Kommentar: Grundig og kritisk gjennomgang av forskningslitteratur som identifiserer sentrale tema og påpeker viktige metodeproblemer, uten at mulige risikofaktorer bagatelliseres.

Diamant, Wold et al. (2000)

HELSE – USA

Befolkningsbasert studie fra Los Angeles. Av de 4 697 kvinnene over 18 år som besvarte spørsmålet om seksuell orientering var 98,1% heterofile. Utvalget inkluderte 51 lesbiske kvinner og 36 bifile kvinner. Undersøkelsen omfattet spørsmål om bruk av tobakk og alkohol, kronisk sykdom, fødsler, selvvurdert helse, helseforsikring, bruk av helsetjenester og tilfredshet med helsetjenester. Forskjeller mellom gruppene ble beregnet og presentert som relativ risiko med oppgitt signifikansnivå. Statistiske kontroller er ikke gjennomført.

Andelen røykere var høyere blant LB-kvinner sammenliknet med heterofile kvinner. Risikabelt alkoholforbruk var vanligst blant lesbiske kvinner. LB-kvinner hadde dårligere status for helseforsikring enn heterofile kvinner. Lesbiske kvinner hadde lavere oppslutning om screeningundersøkelser for livmorhalskreft og brystkreft enn de andre gruppene. LB-kvinner hadde dårligere helsevaner og lavere tilgang til helsetjenester.

Kommentar: Utvalget forsvarer sammenlikning mellom LB-kvinner og heterokvinner. Tallene for ikke-heterofile deltakere er lave, noe som begrenser mulighetene for analyser av undergrupper. Spørsmålene om helsetjenesten refererer til et system som er svært forskjellig fra den norske helsetjenesten.

Valanis, Bowen et al. (2000)

HELSE – USA

Women's Health Initiative (WHI) er en stor nasjonal helseundersøkelse fra USA som omfatter kvinner i alderen 50-79 år. Rekruttering foregikk via mange kanaler, men ikke via prosedyrer som sikret representativitet. Av de 93 311 kvinnene var 97,1% heterofile. Utvalget inkluderte 264 kvinner som alltid hadde vært lesbiske («lifetime lesbians»), 309 kvinner som hadde vært lesbiske fra voksen alder («adult lesbians»), 740 bifile kvinner og 1.420 kvinner som ikke hadde hatt sex som voksne. Undersøkelsen omfattet spørsmål om psykisk sykdom, kronisk somatisk sykdom, livskvalitet, livsstil, helsetjenestebruk samt kroppsmasseindeks (KMI). Statistiske kontroller er ikke gjennomført. Denne studien av middelaldrende og eldre kvinner viste høyere forbruk av tobakk og alkohol blant LB-kvinner enn blant heterofile kvinner. LB-kvinner hadde også høyere andel risikofaktorer for kreft i reproduktive organer og for hjerte- og karsykdom. De skåret lavere med hensyn til mental helse og sosialt nettverk og høyere når det gjaldt fedme. Deltakelse i forebyggende masseundersøkelser for livmorhalskreft og brystkreft var lavere enn blant de heterofile kvinnene. 35% av de lesbiske og 81% av de bifile kvinnene hadde vært gravide.

Kommentar: Omfattende nasjonalt utvalg der prosedyrene gjør det forsvarlig å sammenlikne gruppene selv om utvalget ikke er statistisk representativt. Tallene for ikke-heterofile deltakere er relativt høyt. Skillinger i liten grad mellom lesbiske og bifile kvinner.

Cochran, Mays et al. (2003)

PSYKISK HELSE - USA

Befolkningsbasert studie om psykososiale forhold og bruk av helsetjenester. Av de 2 917 deltakerne var 37 LB-kvinner. Forekomsten av angstlidelse var høyere blant LB-kvinner enn blant heterofile kvinner. Det samme gjaldt forbruket av psykiske helsetjenester.

Kommentar: Solid studie, men lavt antall deltakere fra målgruppen. Skiller ikke mellom lesbiske og bifile kvinner.

Roth, Boström et al. (2006)

LEVEKÅR INKL. HELSE - SVERIGE

Statens Folkhälsoinstitut har levert denne rapporten på oppdrag fra den svenske regjeringen. Rapporten presenterer funn fra en nasjonal spørreundersøkelse basert på et representativt utvalg i alderen 16-84 år, der 29 190 personer hadde besvart spørsmålet om seksuell orientering. Av disse var det 2% ikke-heteroseksuelle deltakere (N = 648), herav 390 kvinner som kategoriserte seg som henholdsvis hetero-homo (213), biseksuelle (133), homoseksuelle (25) og homo-hetero (19). Studien omfattet spørsmål om helse (selvurdert helse, psykisk helse, fysisk helse, helsetjenestebruk) og helsevaner, dessuten sosialt nettverk samt åpenhet om seksuell orientering. I analysene er gruppene hetero-homo, biseksuelle, homoseksuelle og homo-hetero slått sammen til «homo-bisexuala» som sammenliknes med gruppen av heterofile. Resultatene presenteres separat for kvinner og menn. I tillegg presenteres en webbaseret studie med et selvkruttet tilgjengelighetsutvalg av LHBT-personer i Sverige. Vi omtaler ikke denne delen av rapporten her.

Andelen kvinner med god selvurdert helse var lavere blant LB-kvinner sammenliknet med heterofile kvinner, særlig i aldersgruppen 45-64 år. Andelen med psykiske helseplager var større blant LB-kvinner sammenliknet med heterofile kvinner. Andelen LB-kvinner som hadde hatt selvmordstanker eller gjort selvmordsforsøk, var høyere enn blant heterofile kvinner, særlig i alderen 16-29 år. Forekomsten av smerte, langvarig sykdom og helsetjenestekontakt var noe høyere blant LB- kvinner enn blant heterofile, men forskjellen var ikke store. Andelen dagligrøykere og snusbrukere var høyere blant LB-kvinner enn blant heterofile. Andelen med potensielt skadelig forbruk av alkohol var høyere blant LB-kvinner enn blant heterofile, særlig blant kvinner under 30 år. Med unntak av aldersgruppen 30-44 år rapporterte LB-kvinner mer stillesittende fritid enn heterofile kvinner. Det var ingen forskjell mellom LB- kvinner sammenliknet med heterofile kvinner angående overvekt og fedme.

Kommentar: Befolkningsbasert studie , men tallene for ikke-heteroseksuelle deltakere er relativt lave og skiller ikke mellom lesbiske og bifile kvinner. Ingen informasjon om signifikansverdier, ingen form for statistisk kontroll av de ulike gruppene av deltakere som sammenliknes. En oppdatering med tidstrender ble publisert i 2014, se nedenfor.

Sandfort, Bakker et al. (2006)

LEVEKÅR INKL. HELSE – NEDERLAND

Dutch National Survey of General Practice omfattet standardiserte intervjuer om helsespørsmål stilt til et representativt befolkningsutvalg av personer over 18 år i Nederland. Av de 9 684 som besvarte spørsmålet om seksuell orientering, var 98.2% heterofile. I tillegg omfattet utvalget 79 lesbiske kvinner, 65 bifile kvinner, 64 homofile menn og 25 bifile menn. Undersøkelsen kartla helse og helseatferd. I analysene ble LHBT-personer sammenliknet med heterofile. Statistiske kontroller ble gjennomført for å vurdere effekten av mulige skjevfordelinger i materialet. Forskjeller mellom gruppene ble oppgitt med signifikansnivå.

Andelen deltakere med fysiske og mentale helseproblemer og kronisk sykdom var høyere blant lesbiske kvinner og homofile menn, og også blant bifile, om enn noe lavere, sammenliknet med heterogruppen. Forskjellene mellom gruppene var mindre når det gjaldt helsevaner. Forbruket av alkohol var høyere i

LHB-gruppene enn blant heterofile. Det var ingen sammenheng mellom seksuell orientering og henholdsvis røykevaner, bruk av illegale rusmidler eller fedme.

Kommentar: Befolkningsbasert studie som forsvarer sammenlikning mellom LHB- og heterogruppen. Tallene for ikke-heterofile deltakere er relativt lave, noe som begrenser mulighetene for analyser av undergrupper. Omfattende statistiske analyser. Presentasjonen i rapporten gjør det vanskelig å skille ut resultatene som gjelder LB-kvinner.

King, Semlyen et al. (2008)

PSYKISK HELSE OG RUS – REVIEW

Systematisk litteraturoversikt over studier om psykisk helse, rusbruk og selvskading blant LHB-personer sammenliknet med heterofile personer. Søk i 10 databaser for perioden 1966-2005 ga 13 706 treff som etter kritisk gjennomgang ledet til 25 inkluderte studier. Av disse var det kun 8 som oppfylte minst tre kriterier for vitenskapelig kvalitet.

De fleste studiene bygget på selvrekrutterte tilgjengelighetsutvalg. Bifile deltakere var som regel inkludert, men ikke skilt ut som egen gruppe i analyser og resultater. Artikkelen omfattet data fra til sammen 214 344 heterofile og 11 971 ikke-heterofile personer. Mens hovedresultatene rapporteres som sammenlikning mellom LHB-gruppen og hetero-gruppen, gir tabellene oversikt over forskjeller etter kjønn. Basert på 4 studier ble relativ risiko for depresjon blant LB-kvinner sammenliknet med heterofile kvinner beregnet til 2,13. Basert på 4 studier ble relativ livstidsrisiko for selvmordsforsøk blant LB-kvinner sammenliknet med heterofile kvinner beregnet til 1,82. Basert på 2 studier ble relativ livstidsrisiko for selvskading blant LB-kvinner sammenliknet med heterofile kvinner beregnet til 1,34. Basert på 5 studier ble relativ risiko for alkoholavhengighet blant LB-kvinner sammenliknet med heterofile kvinner beregnet til 4,00. Konklusjonen ble at LB-kvinner har høyere risiko for psykisk sykdom, selvmordsforsøk, selvskading og alkoholavhengighet enn heterofile kvinner.

Kommentar: Solid metaanalyse basert på relativt få primærstudier av god vitenskapelig kvalitet. Skiller ikke mellom lesbiske og bifile kvinner.

Bowen, Balsam et al. (2008)

FEDME - REVIEW

Systematisk litteraturoversikt over studier om fedme blant LB-kvinner («Sexual Minority Women» – SMW) sammenliknet med heterofile kvinner. Søk i 3 databaser for perioden 1993-2006 ga 94 treff som etter gjennomgang ledet til 19 inkluderte studier. Ingen av disse bygget på representative utvalg, og i de fleste av studiene var gruppene av bifile og lesbiske kvinner slått sammen i analysene. Det er ikke gjort noen metaanalyse. Resultatene er ikke konsistente: 9 studier viste høyere andel fedme blant lesbiske sammenliknet med heterofile, 5 studier viste ingen forskjell, og 4 av studiene rapporterte ikke sammenlikninger.

Kommentar: Grundig oppsummering med relevante forbehold om gjennomgående metodeproblemer i utvalget av primærstudier. Primærstudiene som er inkludert, går ofte igjen som referanser på feltet, men de har svakheter når det gjelder konklusjoner om risiko og forekomst på grunn av utvalgene som er lagt til grunn.

Gransell and Hansen (2009)

LEVEKÅR INKL. HELSE – DANMARK

Spørreundersøkelse om levekår blant LHBT-personer i Danmark gjennomført av CASA (Center for alternativ samfunnsanalyse). Rapporten sammenlikner funn fra et nasjonalt panel av LHBT-personer (N =

946) med et liknende nasjonalt panel av heteropersoner (N = 512) og med foreliggende befolkningsstatistikk («Survey»), dessuten en webbasert studie med et selvrekuttert tilgjengelighetsutvalg av LHBT-personer i Danmark («Bannerundersøkelsen»). LHBT-gruppen i surveyen omfattet 492 kvinner kategorisert som hetero-homo, biseksuelle, homoseksuelle og homo-hetero. Fordelingen mellom de ulike gruppene av kvinner i materialet fremgår ikke. Spørreundersøkelsen omfatter blant annet spørsmål om selvurdert helse, psykisk helse, fysisk helse, helsetjenestebruk og helsevaner. I analysene fra surveyen er gruppene hetero-homo, biseksuelle, homoseksuelle og homo-hetero slått sammen til en gruppe som sammenliknes med tilsvarende survey blant heterofile. Resultatene presenteres separat for LB-kvinner og homofile og bifile menn sammenliknet med heterofile personer. Ytterligere differensiering av resultatene stammer fra bannerundersøkelsen og refereres ikke her. Forskjeller rapporteres med 5% signifikansnivå. Noen bi- og multivariate sammenhenger rapporteres, men det er ellers ikke gjort statistisk kontroll av de ulike gruppene av deltakere som sammenliknes.

Blant LB-kvinner i alderen 30-44 år var andelen med dårlig selvurdert helse høyere enn blant heterokvinner, men det var ingen forskjell i øvrige aldersgrupper. Det var ingen forskjeller mellom LB-kvinner og heterokvinner i forekomsten av kronisk sykdom eller helsetjenestebruk, heller ikke når det gjelder celleprøve fra livmorhalsen. Andelen som rapporterte plagsomme psykiske og fysiske symptomer var høyere blant LB-kvinner under 30 år sammenliknet med de øvrige grupper. Andelen med psykisk uhelse inkl. selvmordsatferd var høyere blant LB-kvinner enn blant heterokvinner, særlig i de yngste aldersgruppene. Her er imidlertid tallene vanskelige å tolke. Det var ingen forskjell i andelen med fedme blant LB-kvinner sammenliknet med heterokvinner. Andelen storrøykere var høyere blant LB-kvinner under 30 år enn blant heterokvinner, men det var ingen forskjell i øvrige aldersgrupper. En liten andel kvinner rapporterte om skadelig alkoholforbruk, av disse særlig LB-kvinner under 45 år.

Kommentar: Resultatene fra surveyen bygger på et utvalg som forsvarer sammenlikning mellom LB- og heterogruppen, men tallene for ikke-heteroseksuelle deltakere er relativt lave. Resultatpresentasjonen skiller ikke mellom lesbiske og bifile kvinner.

Bostwick, Boyd et al. (2010)

PSYKISK HELSE – USA

Befolkningsbasert studie fra the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (USA) der psykisk helse er sammenliknet for seksuell orientering kartlagt etter henholdsvis identitet, atferd og tiltrekning. Utvalget omfattet 20 089 kvinner, herav 145 lesbiske og 161 bifile. Andelen med psykisk lidelse var høyere blant kvinner som identifiserte seg som lesbiske og bifile enn blant heterofile kvinner. Kvinner som kun hadde hatt sex med kvinner hadde likevel lavest andel psykisk lidelse, mens kvinner med biseksuell atferd hadde høyest andel.

Kommentar: God vitenskapelig kvalitet. At tre ulike dimensjoner av seksuell orientering gir ulikeresultater angående psykisk helse, gir grunn til ettertanke.

Conron, Mimiaga et al. (2010)

HELSEVANER OG HELSETJENESTER – USA

Befolkningsbasert studie fra Massachusetts/USA om helsevaner og helsetjenester basert på et utvalg av 67 359 deltakere, herav 719 lesbiske og 432 bifile kvinner.

Funksjonshemning, stress, røyking, medikamentbruk, astma, HIV-testing og seksuelle overgrep var mer utbredt blant LHB-personer enn blant heterofile. Det var ingen forskjell mellom gruppene angående deltakelse i screeningundersøkelser mot kreft, diabetes eller hjertesykdom. Tilgang til helsetjenester, tristhet, selvmordstanker og risiko for hjerte- og karsykdom var vanligere blant bifile enn blant heterofile. Lesbiske kvinner hadde høyere andel overvekt og risikofaktorer for hjerte- og karsykdom enn øvrige grupper. Andelen med skadelig alkoholbruk («binge drinking») og partnervold var høyest blant bifile kvinner.

Kommentar: Solid studie med tilfredsstillende antall deltakere fra målgruppen. Resultatene presenteres atskilt for lesbiske og bifile kvinner der dette er relevant.

McNair and Hegarty (2010)

RETNINGSLINJER FOR HELSETJENESTER - REVIEW

Systematisk litteraturoversikt over studier om retningslinjer for helsetjenester til LHB-personer. Et bredt søk fra 6 land ga 2 421 treff som etter gjennomgang ledet til 11 inkluderte publikasjoner. 2 av disse omhandlet retningslinjer for primærhelsetjenesten. Ingen av publikasjonene tilfredsstilte AGREE-kriteriene for kunnskapsbaserte retningslinjer. Publikasjonene omtaler sentrale tema, men dokumentasjonsgrunnlaget var gjennomgående dårlig beskrevet.

Kommentar: Viktig bidrag til kunnskapsbasert praksis på dette feltet som minner om betydningen av at helsetjenester må oppfylle visse krav for å holde forsvarlig kvalitet overfor LHB-personer, og at disse spesifikasjonene bør være godt dokumentert. Ikke spesielt om lesbiske og bifile kvinner.

Gorgos and Marrazzo (2011)

SEKSUELT OVERFØRBARE INFEKSJONER - REVIEW

Litteraturgjennomgang om seksuelt overførbare infeksjoner (SOI) blant kvinner som har sex med kvinner (KSK) med søk fra en enkelt medisinsk litteraturliteatase. I oversikten sammenfattes artikler om prevalens og risiko- og beskyttelsesfaktorer, med vurderinger av hva slags testing for SOI som kan være relevant blant KSK. Forfatterne påpeker mangelen på studier med representative utvalg som kan gi forsvarlige konklusjoner om prevalens av SOI hos KSK og påpeker at KSK er en sammensatt gruppe med stor variasjon angående seksuell identitet, atferd, praksis og risiko. KSK kan ha SOI fra nåværende og tidligere partnere, både menn og kvinner. Leger bør skaffe seg informasjon om seksuell atferd hos pasienten for å kunne gi tilbud om test der dette er relevant.

Kommentar: Forfatterne presenterer ingen oversikt over seleksjon av artiklene som presenteres, men de gir relevante kommentarer når det gjelder styrker og svakheter for de inkluderte arbeidene.

Institute of Medicine (US) (2011)

LEVEKÅR INKL. HELSE – REVIEW USA

Institute of Medicine (the National Academics) har gjennomført en gjennomgang av forskningslitteraturen fra USA om helse og levekår for LHBT-personer. Et omfattende litteratursøk i søkebasene Medline, Psycinfo og the Social Science Citation Index resulterte i 6 000 treff som danner grunnlag for sammenfatningene i rapporten. Presentasjonen tar utgangspunkt i livsfaser, der man starter med barn og unge og avslutter med eldre. For hvert trinn gjennomgås kunnskapsstatus for utvikling av seksuell orientering og kjønnsidentitet, status for mental helse, status for fysisk helse, risiko- og beskyttelsesfaktorer, helsetjenester og kontekstuelle forhold.

Blant barn og unge er det HIV-smitte (særlig hos yngre fargete menn), selvmordsatferd, rusbruk og utsattethet for vold som påpekes. Hos unge og middelaldrende voksne rettes oppmerksomheten spesielt mot psykisk lidelse og selvmordsatferd og minoritetsstress. Blant lesbiske er det indikasjoner på lavere bruk av forebyggende helsetjenester og økt forekomst av fedme og brystkreft. Bruk av tobakk og rusmidler ser også ut til å være høyere i LHBT-gruppene. Rapporten etterlyser mer stringent forskning innen feltet særlig angående rekruttering og utvalg.

Kommentar: Grundig gjennomgang av foreliggende forskning på feltet, om enn begrenset til USA. Forfatterne ivaretar livsløpsperspektiv og betydningen av kontekst og kulturelle betingelser, med drøfting av metodiske utfordringer. Sentral kunnskapskilde på feltet.

McNair, Szalacha et al. (2011)

HELSE OG HELSETJENESTER - AUSTRALIA

Befolkningsbasert studie som sammenlikner helse og helsetjenestebruk blant lesbiske, bifile og heterofile kvinner i alderen 25-30 år i Australia. Utvalget besto av 8 850 kvinner, herav 99 lesbiske og 100 bifile kvinner. Andelen som rapporterte dårlig psykisk helse og hyppig helsetjenestebruk, var høyere blant LB-kvinner enn blant heterofile. Bifile kvinner rapporterte dårligere helse, høyere forekomst av avvikende celleprøver, SOI, urinveisinfeksjon, hepatitt og astma enn de andre gruppene. Fremmøte til celleprøvetaking var lavest blant lesbiske kvinner. LB-kvinner var mindre fornøyde med fastlegen sin enn heterofile kvinner.

Kommentar: Solid studie. Omfatter kun yngre kvinner. Resultatpresentasjonen skiller ikke mellom lesbiske og bifile kvinner.

Green and Feinstein (2012)

RUS - REVIEW

Litteraturgjennomgang som undersøker hypoteser om at rusproblemer er spesielt utbredt blant LHB-personer. Forfatterne påpeker at nyere empirisk forskning på feltet har bedre metodisk kvalitet og presenterer mer differensierte funn enn tidligere. Funnene indikerer at lesbiske og bifile kvinner kan ha økt risiko for alkoholproblemer og medikamentmisbruk, men ikke for illegale rusmidler. Mange studier har undersøkt hvilken betydning sosiale forhold (kjønn, alder, tilhørighet til homomiljø) har for utvikling av rusproblemer. Særlig ser det ut til at biseksualitet gir økt risiko for skadelig rusbruk. Forskningslitteraturen er imidlertid begrenset når det gjelder lesbiske og bifile kvinner.

Kommentar: Dette er ikke en systematisk litteraturoversikt, men forfatterne presenterer og drøfter nyere studier og påpeker mange viktige utfordringer i dette forskningsfeltet.

Whybrow, Ramsay et al. (2012)

HELSE OG HELSEVANER – SKOTTLAND

Offentlig helsestatistikk i Skottland har de siste årene inneholdt spørsmål blant annet om seksuell orientering. I denne rapporten presenterer befolkningsbaserte data for perioden 2008-2011 om helse og helsevaner blant ulike minoritetsgrupper, blant annet LHB-personer. For LHB-gruppen er resultater for kvinner og menn slått sammen. Resultatene bygger på data fra 28 784 personer, herav 195 lesbiske kvinner og homofile menn og 231 bifile kvinner og menn. Resultatene er aldersstandardisert og spredningen oppgis med 95% konfidensintervall.

Andelen med dårlig selvurdert helse og dårlig psykisk helse var høyere blant bifile kvinner og menn sammenliknet med lesbiske, homofile menn og heterofile. Det var ingen forskjell mellom gruppene i tannhelse. Andelen med skadelig alkoholbruk var høyere blant lesbiske kvinner og heterofile menn enn blant bifile og heterofile. Det var ingen forskjell mellom gruppene med hensyn til andelen av dagligrykere, inntaket av frukt og grønnsaker, graden av fysisk aktivitet, forekomst av fedme eller hjerte- og karsykdom. Andelen med diabetes var lavere blant lesbiske og homofile enn blant de øvrige gruppene.

Kommentar: Solid befolkningsbasert studie. Begrenset antall LHB-personer, presenterer ikke resultater for lesbiske og bifile kvinner men for LHB-gruppen under ett.

Ebin (2012)

BISEKSUALITET OG HELSE - REVIEW

Artikkelen er publisert i et spesialnummer om biseksualitet og helse i Journal of Bisexuality. Forfatteren presenterer nyttige definisjoner, begreper og argumenter for et særskilt fokus på biseksualitet og helse. I et individorientert perspektiv drøftes relevansen av å skille mellom biseksuell identitet, og atferd når det gjelder helseforhold. På et samfunnsnivå er det behov for studier som sammenlikner helsen blant disse to gruppene sammenliknet med lesbiske, homofile og heterofile personer. På denne måten kan man belyse eventuelle ulikheter i helse som kan gi grunnlag for folkehelsestrategier, styrke kulturell kompetanse i helsetjenesten og bidra til helsefremmende strategier blant bifile personer.

Kommentar: Dette er ikke en systematisk litteraturgjennomgang, men likevel en nyttig artikkel som påpeker sentrale problemstillinger om biseksualitet og helse og drøfter aktuelle forskningsstrategier.

Frisch and Simonsen (2013)

DØDELIGHET – DANMARK

Registerstudie fra Danmark som sammenlikner dødelighet og dødsårsaker hos kvinner og menn i perioden 1982-2011 med utgangspunkt i ekteskap eller samboerstatus med en person av henholdsvis samme eller motsatt kjønn. Analysene bygger på dødsregisterdata fra samtlige voksne danske personer, og sammenlikningen er gjort for perioden 2000-2011. Samboerskap ble definert ut fra bestemte kriterier for adressekombinasjoner. Analysene ble statistisk kontrollert for inntekt, antall voksne og antall barn i husholdningen, utdanningsnivå, fødeland/region, bostedstetthet og kommune. For å få statistisk styrke har forfatterne slått sammen gifte, skilte og enker for kvinner som var gift med kvinner, mens tilsvarende sammenlikning ikke er gjort for kvinner som var gift med menn. Gruppene er likevel sammenliknet. Analysene viste at kvinner som var gift med en annen kvinne hadde fornøyet dødelighet sammenliknet med kvinner som var gift med menn, spesielt med selvmord og kreft som årsak.

Kommentar: Undersøkelsen er en stor registerstudie gjennomført med kompliserte statistiske prosedyrer. Det er imidlertid sentrale metodiske problemer knyttet til grunnlaget for sammenlikningen mellom de to gruppene uten at forfatterne diskuterer dette i artikkelen. Det er derfor problematisk å legge vekt på disse resultatene ¹.

Anderssen and Malterud (2013) ²

LEVEKÅR INKL. HELSE - NORGE

Dette prosjektet omfattet blant annet en spørreundersøkelse med spørsmål om helse, sykdom og helsevaner blant lesbiske (N = 197) og bifile (N = 405) kvinner sammenliknet med heterofile (N = 979) kvinner fra nasjonale panel som er etablert for å avspeile den norske befolkningen. Ikke-heterofile deltakere ble oversamlet fra de nasjonale panelene. Det er foretatt statistiske kontroller for bakgrunnsfaktorer (alder,

¹ Vi gjør nærmere rede for dette her: Malterud, K., N. Anderssen, K. G. Brurberg and G. Rortveit (2015 - in press). "Mortality rates for same-sex married individuals compared to opposite-sex married individuals – potential analytical problems (Letter to the Editor)." *Int J Epidemiol*: Accepted for publication.

² For ordens skyld gjør vi oppmerksom på at vi selv er ansvarlige for denne studien

inntekt og utdanningslengde) og resultatene presenteres som forskjeller mellom grupper med 5% signifikansnivå.

Konklusjonen var at det er større likheter enn forskjeller mellom lesbiske og bifile kvinner sammenliknet med heterofile kvinner. Et mindretall av lesbiske og bifile kvinner i Norge viste tegn til marginalisering i form av dårligere helse og levekår. For selvurdert helse, kronisk sykdom eller fysisk funksjonsnedsettelse var det lite forskjell mellom lesbiske og heterofile kvinner, mens bifile kvinner rapporterte dårligere helseforhold. De fleste lesbiske og homofile kvinner hadde god psykisk helse, men andelen psykisk uhelse og selvmordsatferd var høyere blant lesbiske og bifile sammenliknet med heterofile kvinner, mest i aldersgruppen under 30 år og blant bifile kvinner. Lesbiske kvinner hadde særlig lav forekomst av seksuelt overførbart sykdom sammenliknet med bifile og heterofile kvinner. Lesbiske kvinner hadde betydelig lavere deltakelse i helseundersøkelser for livmorhalskreft og brystkreft sammenliknet med bifile og heterofile kvinner. Det var ingen forskjell mellom gruppene angående kontakt med fastlegen siste 12 måneder. Andelen som røykte ukentlig eller oftere, var høyest blant bifile kvinner sammenliknet med heterofile, mens andelen snusbrukere var høyest blant lesbiske kvinner. De aller fleste var fysisk aktive, og her var det ingen forskjeller mellom gruppene. Det var ikke høyere andel med fedme blant lesbiske sammenliknet med bifile og heterofile kvinner. Andelen som drakk seg tydelig beruset minst ukentlig var høyere blant bifile kvinner enn blant lesbiske og heterofile kvinner. Bifile kvinner rapporterte lavere livstilfredshet og mer ensomhet enn lesbiske og heterofile kvinner. Denne gruppen var også mindre tilfreds med sin seksuelle orientering og rapporterte mindre grad av åpenhet enn lesbiske kvinner. Funnene understreker at situasjonen for bifile kvinner fortjener særlig oppmerksomhet.

Kommentar: Robust design og utvalg med betydelig antall LB-personer. Analysene presenterer likheter og forskjeller mellom lesbiske, bifile og heterofile kvinner.

Meads and Moore (2013)

BRYSTKREFT - REVIEW

Systematisk litteraturoversikt over studier om forekomst og eventuell overhyppighet av brystkreft blant LB-kvinner. Søk i 8 databaser frem til 2013 ga 174 treff som etter gjennomgang ledet til 15 inkluderte studier. Ingen publikasjoner rapporterte forekomst som insidens (antall nye tilfeller av en sykdom i en populasjon innenfor en definert tidsperiode). 9 studier fra USA, Storbritannia og Danmark rapporterte forekomst som prevalens (andelen av en bestemt befolkningsgruppe som har en sykdom, gjerne på et gitt tidspunkt), men samtlige studier var små eller hadde metodesvakheter og resultatene var ikke konsistente. 6 studier omhandlet modeller for sammenfatning av risikofaktorer for brystkreft, alle fra USA. Også her var det metodesvakheter og begrenset sammenfall i resultater. Overførbarheten av resultatene avhenger dessuten blant annet av folkehelsefaktorer som fedme og alkoholbruk. Forfatterne konkluderer med at den eneste realistiske metode for kartlegging av forekomst av brystkreft blant lesbiske og bifile kvinner ville være å bruke data fra rutinestatistikk, kreftregisterdata eller data fra store kohortstudier som også inkluderer spørsmål om seksuell orientering.

Kommentar: Solid gjennomgang med grundig metodevurdering.

Pompili, Lester et al. (2014)

SELMORD BLANT BIFILE – REVIEW

Systematisk litteraturoversikt over studier om selvmord blant bifile sammenliknet med lesbiske, homofile og heterofile personer. Søk i 3 databaser for perioden 1987-2012 ga 339 treff som etter gjennomgang og kvalitetsvurdering ga 19 inkluderte studier. Av disse omfattet 1 studie kvinner og 13 studier både menn og kvinner. Alle studiene er tverrsnittsstudier. Det er ikke gjennomført noen metaanalyse.

I flertallet av studiene var andelen med selvmordsatferd høyere blant bifile enn blant heterofile.

Kommentar: Solid litteraturgjennomgang med relevant metodekritikk. Resultatpresentasjonen (og primærstudiene) gjør det vanskelig å skille resultatene for bifile kvinner sammenliknet med bifile menn.

Folkhälsomyndigheten (2014)

LEVEKÅR INKL. HELSE - SVERIGE

Med utgangspunkt i befolkningsbaserte levekårsdata fra perioden 2005-2012 gjennomførte den svenske Folkhälsomyndigheten en oppfølging av levekårsundersøkelsen fra 2006 der LHB-personer er sammenliknet med heterofile (se ovenfor). Rapporten, som særlig fokuserer på endringer over tid, presenterer blant annet tidsserie-data om generell helse, psykisk helse og helsevaner for hver av LHB-gruppene etter kjønn fra perioden 2010-2012. For denne perioden besto materialet av 159 788 personer, herav 420 lesbiske og 1 336 bifile kvinner.

Resultatene viser at de fleste LHB-personer har god eller meget god helse. Likevel er andelen med dårlig helse høyere blant LHB-personer enn blant heterofile. Særlig skiller unge bifile kvinner seg ut som mest belastet. Blant LB-kvinner var andelen med god selvurdert helse lavere enn blant heterofile kvinner, lavest blant bifile. Blant LB-kvinner var andelen med dårlig psykisk helse og selvmordsforsøk siste år høyere enn blant heterofile kvinner, høyest blant bifile. Kronisk smerte var mest utbredt blant bifile kvinner. Blant bifile kvinner var andelen dagligrøykere høyere enn blant lesbiske og heterofile kvinner. Blant LB-kvinner var andelen som brukte snus, høyere enn blant heterofile kvinner, høyest blant lesbiske. Blant LB-kvinner var andelen med skadelig alkoholbruk høyere enn blant heterofile kvinner, høyest blant bifile. Andelen som hadde brukt cannabis siste 12 måneder var høyest blant bifile kvinner. Det var ingen forskjeller mellom lesbiske, bifile og heterofile kvinner angående tendens til overvekt og fedme.

Kommentar: En solid studie med representative utvalg, stort antall LHB-personer og analyser som gjør det mulig å skille resultatene mellom de ulike LHB-gruppene. Sosiokulturelle forhold som er sammenliknbare med situasjonen i Norge. En fersk og viktig referanse for norske forhold.

Nedenfor presenterer vi relevante forskningsfunn og hypoteser om helse blant lesbiske og bifile kvinner. Vi gir først en sammenfatning av norske studier på feltet, deretter en tematisk oversikt over aktuelle helsetema. I dette utvalget varierer den metodiske kvaliteten mye, og det kan være problematisk å trekke konklusjoner om likheter og forskjeller på tvers av studiene.

Norske publikasjoner om helse blant lesbiske og bifile kvinner

Oslo Helseråd etablerte i 1977 en kommunal rådgivningstjeneste for lesbiske kvinner og homofile menn. Virksomheten omfattet informasjonsarbeid rettet mot helsetjenesten samt et klinisk tilbud om samtale med lege, sykepleier eller sosionom. I perioden 1977-82 kontaktet 219 klienter Rådgivningstjenesten, herav 46 kvinner (Malterud and Petersen 1984). De vanligste problemstillingene var problemer med å akseptere sin seksuelle orientering, psykiske problemer og seksuelle problemer. Problemer blant lesbiske og bifile kvinner er ikke skilt ut. En artikkel fra 1986 gir en oversikt over helseproblemer blant lesbiske kvinner, herunder psykososiale problemer, samliv og seksualitet samt underlivsproblemer og reproduksjon (Malterud 1986). Her drøftes også mangfold blant lesbiske kvinner og metodespørsmål. Temaet ble fulgt opp med en kritisk gjennomgang av medisinsk kunnskap og helsetjenester til lesbiske kvinner (Malterud 2001).

NOVA-rapporten "Levekår og livskvalitet blant lesbiske kvinner og homofile menn" (NOVA 1/99) (Hegna, Kristiansen et al. 1999) er omtalt i tabellen ovenfor. Lesbiske kvinner (inkludert noen bifile kvinner) i dette utvalget hadde dårligere egenvurdert helse enn jevnaldrende i den generelle befolkningen, særlig i de yngre aldersklassene. Risikoen for psykiske plager og selvmordsatferd var sterkt forhøyet i forhold til befolkningen forøvrig, særlig blant de yngste og blant dem som levde skjult. Andelen lesbiske kvinner som drakk seg beruset, var vesentlig høyere enn blant kvinner i befolkningen, likeså angående

bruk av tobakk og illegale rusmidler. Rapporten bygget imidlertid på et selvrekruttert utvalg med vesentlig usikkerhet angående konklusjoner om forekomst og fordeling av ulike funn.

En kvalitativ studie om lesbiske kvinners psykiske helse bygget på intervjuer med 12 lesbiske kvinner som var plaget av psykisk stress og som fant sider ved det å praktisere et lesbisk kjærlighetsliv som vanskelig (Moseng 2002). Konklusjonen var at lesbisk sviktende psykiske helse måtte forstås på bakgrunn av skam og identitetskonflikter. I en annen studie besvarte et selvrekruttert utvalg med 1 078 deltakere (herav 489 kvinner) blant festivaldeltakerne på Skeive dager en spørreundersøkelse om rusbruk (Moseng 2005). Konklusjonen var at andelen lesbiske som ofte ruser seg på alkohol og narkotika var betydelig større enn blant heteroseksuelle kvinner. Funnene forklares ut fra problemer med å forholde seg til det sammekjønnsseksuelle som sosialt fellesskap og identitetskapende prosjekt, og at en entydig seksuell identitet som lesbisk eller homofil synes å beskytte mot rusmisbruk. På grunn av metodeproblemer er funnene i begge disse studiene svært usikre.

En studie i et representativt utvalg av norsk skoleungdom (12-20 år) viste at selvmordsatferd var hyppigere blant jenter som hadde seksuell erfaring med partner av samme kjønn (Wichstrom and Hegna 2003). Forfatterne konkluderer med at lesbiske og bifile jenter har økt risiko for selvmordsforsøk i tidlig voksenalder.

Fra intervjuer med personer som i ungdomsårene forsøkte eller tenkte på å ta sitt eget liv fordi de opplevde tiltrekning til eget kjønn, viser Hellesund at selvmord er et sentralt tema blant en del lesbiske og homofile ungdommer og knytter dette til skam i form som symbolsk vold (Hellesund 2008).

En fokusgruppet studie blant lesbiske kvinner i Norge demonstrerte på den annen side hvordan marginalitet kan oppleves som ressurser og styrke og gi helsefremmende erfaringer (Flatval and Malterud 2009). Å oppleve seg selv som annerledes kunne representerer muligheter, og en god «komme-ut-prosess» kunne lede til fellesskap og mestringsstrategier, og opplevelsen av å være fristilt fra konforme kvinnelige kjønnsrolleforventninger hadde positiv betydning for identitet og seksualitet blant deltakerne i dette utvalget.

Ohnstad har presentert en rekke klinisk relevante bidrag om psykologiske forhold blant lesbiske og bifile kvinner (Ohnstad 1984, Ohnstad 1992, Ohnstad 2001, Ohnstad 2006, Ohnstad and Malterud 2006). I sin ph.d.-avhandling har hun brukt notater fra terapi med kvinnelige klienter til kvalitativ analyse av seksuell orientering som kategori og fenomen, identitetsmarkører blant lesbiske og bifile kvinner, samt sentrale forhold av betydning for psykoterapi med denne gruppen (Ohnstad 2005, Ohnstad 2006, Ohnstad 2010, Ohnstad 2011). Ohnstad beskriver og diskuterer lesbisk identitet som en navigering mellom heteroseksualitet og homoseksualitet, mellom normalitet og avvik, mellom femininitet og maskulinitet, hvor man henter, bruker og spiller på ulike komponenter som inngår i disse diskursene og setter dem sammen på sin egen individuelle måte. Avhandlingen tilbyr et begrepsapparat som fanger det interaksjonistiske i identitetsbegrepet, fra presentasjon av identitet til hvordan den blir oppfattet av andre.

Lesbiske kvinners møter med helsetjenesten er tema for flere norske publikasjoner som oppsummerer forskningsbasert kunnskap og drøfter myter om helse blant lesbiske (Malterud 2006, Bjørkman and Malterud 2013). I sin ph.d.-avhandling viste Bjørkman at også i Norge opplever lesbiske kvinner minoritetsstress (Bjorkman 2012). Spørsmålet om åpenhet og det å møte mulig homonegativitet gir utfordringer. I følge deltakerne er det viktig å fortelle legen sin at man er lesbisk for å bli sett som den man er, og fordi det kan være medisinsk relevant (Bjorkman and Malterud 2007). For å være en god lege for lesbiske pasienter bør legen unngå å ta for gitt at alle nye pasienter er heterofile, hun bør ha en positiv holdning til det å være lesbisk og hun bør ha noe kunnskap om helseforhold som er spesifikke for lesbiske kvinner (Bjorkman and Malterud 2009). Åpenhetskompetanse og lesbisk selvtilit er sentrale mestringsmekanismer for lesbiske kvinner (Bjorkman and Malterud 2012).

Lesbiske kvinner i møte med fødselsomsorgen har fått økende aktualitet etter at den kjønnsnøytrale ekteskapsloven i 2009 likestilte lesbiske og heterofile par i Norge angående tilgang til assistert befruktning. Studier av lesbiske par og jordmødre viser at helsepersonell fortsatt kan oppleve dette som en uvant situasjon som bryter med det man ellers tar for gitt (Spidsberg and Sorlie 2012). Lesbiske par har fortalt om erfaringer der de opplever at de ikke helt passer inn i de rollene og forventningene som fødeavdelingene

forvalter, samtidig som de gjerne vil tolke usikkerheten de møter i beste mening og bidra med kunnskap og erfaringer (Spidsberg 2006, Spidsberg 2007, Spidsberg and Sorlie 2012, Dahl, Fylkesnes et al. 2013). Bifile kvinners situasjon tematiseres ikke i disse studiene.

Som del av prosjektet «Seksuell orientering og levekår» gjennomførte vi en nasjonal spørreundersøkelse som også inneholdt spørsmål om helse, sykdom og helsevaner blant lesbiske (N = 197) og bifile (N = 405) kvinner sammenliknet med heterofile (N = 979) kvinner, se tabellen ovenfor (Anderssen and Malterud 2013). For selvvurdert helse, kronisk sykdom eller fysisk funksjonsnedsettelse var det lite forskjell mellom lesbiske og heterofile kvinner, mens bifile kvinner hadde dårligere helseforhold. Flertallet av de lesbiske og bifile kvinnene hadde god psykisk helse, men andelen med psykisk uhelse var høyere blant lesbiske og bifile kvinner sammenliknet med heterofile, mest i aldersgruppen under 30 år og blant bifile kvinner. Andelen lesbiske og bifile kvinner som rapporterte om selvmordsforsøk var høyere enn blant heterofile, mest blant bifile kvinner. Et stort flertall svarte nei på spørsmålet om de noen gang hadde hatt seksuelt overførbart sykdom, med særlig lav forekomst blant lesbiske kvinner hadde særlig lav forekomst. Lesbiske kvinner hadde betydelig lavere deltakelse i helseundersøkelser for livmorhalskreft (celleprøve) og brystkreft (mammografi) enn heterofile og bifile kvinner. For helsevaner var det også større likheter enn forskjeller. De aller fleste var fysisk aktive, og her var det ingen forskjeller mellom gruppene. Daglig bruk av snus var høyere blant lesbiske kvinner og andelen daglig røykere noe høyere blant lesbiske og bifile kvinner sammenliknet med heterofile, særlig blant bifile kvinner. Det ble ikke påvist høyere grad av fedme blant lesbiske kvinner i Norge sammenliknet med heterofile kvinner. Det var indikasjoner på noe mer skadelig alkoholbruk blant bifile kvinner og til dels blant lesbiske kvinner. Konklusjonen var at likhetene i levekår mellom lesbiske og bifile kvinner sammenliknet med heterofile var større enn forskjellene. Et mindretall av lesbiske og bifile kvinner i Norge viste tegn til marginalisering i form av større symptombelastning vedrørende helse, noe lavere livstilfredshet, flere negative erfaringer på arbeidsplass og studiested og mindre åpenhet om sin seksuelle orientering. Situasjonen for bifile kvinner fortjener særlig oppmerksomhet (Anderssen and Malterud 2013).

Sentrale publikasjoner om utvalgte helsetema

De senere årene er det kommet en rekke store, representative befolkningsundersøkelser som gir kunnskap om helse hos lesbiske og bifile kvinner, se for eksempel Remafedi, French et al. (1998), Garofalo, Wolf et al. (1999), Diamant, Wold et al. (2000), Aaron, Markovic et al. (2001), Cochran, Mays et al. (2003), Bakker, Sandfort et al. (2006), Kerker, Mostashari et al. (2006), Roth, Boström et al. (2006), Sandfort, Bakker et al. (2006), Cochran, Mays et al. (2007), Gruskin, Greenwood et al. (2007), Hegna and Larsen (2007), Gransell and Hansen (2009), Conron, Mimiaga et al. (2010), Hughes, Szalacha et al. (2010), Normann and Gulløy (2010), McNair, Szalacha et al. (2011), Veenstra (2011), Fredriksen-Goldsen, Kim et al. (2012), Rothman, Sullivan et al. (2012), Anderssen and Malterud (2013), Folkhälsomyndigheten (2014). I mange av disse studiene er de absolutte tall for lesbiske og bifile kvinner lave og ofte er lesbiske og bifile kvinner i analysene er slått sammen, enten som en gruppe ikke-heteroseksuelle kvinner (LB-kvinner) eller sammen med homofile og bifile menn som LHB-personer. I studier med lavt antall LHB-deltakere mangler ofte analyser av undergrupper med relevante bakgrunnsvariabler.

Noen funn og tema er likevel såpass sammenfallende på tvers av studier og landegrenser at det er gode grunner til å undersøke disse temaene nærmere. Dette gjelder særlig spørsmål om selvvurdert helse, brystkreft, psykisk helse, seksuelt overførbart sykdom, bruk av helsetjenester, overvekt, og helsevaner blant lesbiske og bifile kvinner (Institute of Medicine (US) 2011, The Lancet 2011).

Åpenhet

Å kunne vedkjenne seg sin seksuelle orientering overfor seg selv og andre regnes av mange som en sentral forutsetning for et fullverdig liv og god helse (Bonet, Wells et al. 2007, Beals, Peplau et al. 2009, Cox, Dewaele et al. 2010, Institute of Medicine (US) 2011), mens det å skjule sin seksuelle orientering henger sammen med dårligere levekår, mestring og helse (Steele, Tinmouth et al. 2006, Bjorkman and Malterud

2007, McDermott, Roen et al. 2008, Frost and Meyer 2009, Bjorkman 2012, Bjorkman and Malterud 2012). Åpenhet kan også fungere som mestringsstrategi i møte med heteronormativitet og homonegativitet (Rondahl, Innala et al. 2007, Bowleg, Brooks et al. 2008, Bjorkman and Malterud 2012).

LHB-personer beskriver vekslende grad av åpenhet om seksuell orientering i forskjellige sosiale sammenhenger som en kompleks respons på levekår, holdninger og forventninger som kan ha ulik betydning i forskjellige situasjoner (Anderssen and Malterud 2013). Bjorkman presenterer begrepet «åpenhetskompetanse», som er et repertoar på hvordan man tilkjenner sin lesbiske orientering for å forebygge negative tilbakemeldinger og øke sjansen for aksept. (Bjorkman 2012). Åpenhet er altså ikke et enten-eller-fenomen, og det er derfor kanskje viktigere å spørre om hvem som kjenner den seksuelle orienteringen til en person, enn hvorvidt personen er åpen eller ikke. Sosial kontekst kan ha like stor betydning for åpenhet som internalisert homonegativitet (Frost and Meyer 2009), og det er derfor ikke nødvendigvis sammenfall mellom åpenhet og tilfredshet med egen seksuell orientering.

Befolkningsbaserte studier fra Danmark, Sverige og Norge viser høyere grad av åpenhet blant lesbiske enn blant homofile menn, og lavere grad av åpenhet blant bifile kvinner og menn (Roth, Boström et al. 2006, Gransell and Hansen 2009, Anderssen and Malterud 2013). Også i studier fra USA har man funnet mindre åpenhet om seksuell orientering blant bifile (Lewis, Derlega et al. 2001).

I tidligere norske undersøkelser basert på selvrekrutterte utvalg har man funnet høy grad av åpenhet blant LBH-personer, og også positive erfaringer med åpenhet (Bergh, Bjerck et al. 1976, Hegna, Kristiansen et al. 1999). Åpenhet overfor venner og familie ser ut til å være lettere enn åpenhet på jobben, selv om også dette er i positiv endring (Grønningsæter and Lescher-Nuland 2010). Åpenhet om seksuell orientering overfor fastlegen er ingen selvfølge for LHB-personer som i de fleste andre sosiale sammenhenger er åpne (Meckler, Elliott et al. 2006, Austin 2013). I en oversiktsartikkel fra 2012 sammenfattes 30 studier om hva som har betydning for lesbiske kvinner når det gjelder åpenhet overfor fastlegen (St. Pierre 2012). Funnene sammenfaller mye med det som Bjorkman har sammenfattet som åpenhetskompetanse (se over) (Bjorkman 2012).

I levekårsundersøkelsen fra 2013 fant vi at over 80% av de lesbiske kvinnene rapporterte at familiemedlemmer, nærmeste arbeidskolleger og venner hadde kjennskap til deres seksuelle orientering (Anderssen and Malterud 2013). For bifile kvinner var det langt under halvparten som rapporterte at andre hadde kjennskap til deres seksuelle orientering, bortsett fra nærmeste venner. 63% av de lesbiske kvinnene og 15% av de bifile kvinnene rapporterte at fastlegen kjente deres seksuelle orientering.

Generell helse og funksjonsnivå

De fleste nyere studier finner god selvvardert helse blant flertallet av lesbiske og bifile kvinner. Blant et mindretall er likevel andelen som har dårlig selvvardert helse høyere enn blant heterofile personer, og mye kan tyde på at bifile kvinner er en særlig utsatt gruppe (Hegna, Kristiansen et al. 1999, Roth, Boström et al. 2006, Sandfort, Bakker et al. 2006, Gransell and Hansen 2009, Fredriksen-Goldsen, Kim et al. 2010, McNair, Szalacha et al. 2011, Whybrow, Ramsay et al. 2012, Anderssen and Malterud 2013, Folkhälsomyndigheten 2014). En stor kanadisk befolkningsstudie fra 2011 viste i utgangspunktet at selvvardert helse var signifikant dårligere blant bifile, mens mer komplekse analyser med vekt på interseksjonalitet demonstrerte at helse bestemmes av flere betingelser enn seksuell orientering, særlig sosioøkonomiske forhold (Veenstra 2011).

I Nederland var andelen med kronisk sykdom høyere blant LHB-personer sammenliknet med heterofile (Sandfort, Bakker et al. 2006). I Sverige var andelen med kronisk smerte høyest blant bifile kvinner (2005). Blant kvinner i California var andelen med kroniske helseplager høyest blant bifile kvinner (Cochran and Mays 2007). Blant danske kvinner var det imidlertid ingen forskjell mellom LB-kvinner og heterofile angående kronisk sykdom (Gransell and Hansen 2009). I den norske levekårsundersøkelsen fra 2013 fant vi at andelen med kronisk sykdom og nedsatt fysisk funksjon var høyere blant bifile kvinner enn blant lesbiske og heterofile kvinner (Anderssen and Malterud 2013).

En rekke studier har undersøkt risiko for ulike kreftformer, spesielt brystkreft, blant lesbiske kvinner (Roberts, Dibble et al. 1998, Cochran, Mays et al. 2001, Dibble, Roberts et al. 2002, Dibble, Roberts et al. 2004, Bowen and Boehmer 2007, Brown and Tracy 2008, Boehmer, Miao et al. 2012, Meads and Moore 2013). Det foreligger hittil ingen store nok studier av harde endepunkter som forekomst av kreft i målgruppen, og metodeproblemer på dette feltet er betydelig (Malterud, Bjorkman et al. 2009). På bakgrunn av en systematisk litteraturgjennomgang konkluderer Meads med at den eneste realistiske strategi for å kartlegge kreftforekomst blant LB-kvinner ville være å kartlegge seksuell orientering som del av statistiske rutinedata eller i store kohortstudier (Meads and Moore 2013).

Psykisk helse

Oppsummeringer av forskningslitteraturen gir klare indikasjoner på at en større gruppe blant LB-kvinner har dårligere psykisk helse og høyere andel med selvmordsforsøk enn tilsvarende blant heterofile kvinner (King, Semlyen et al. 2008, Haas, Eliason et al. 2010, Institute of Medicine (US) 2011, Whybrow, Ramsay et al. 2012). Studier der psykisk helse og selvmordsatferd blant lesbiske og bifile kvinner er sammenliknet, identifiserer bifile kvinner som den mest utsatte gruppen (Fredriksen-Goldsen, Kim et al. 2010). Samtidig viser forskningen at flertallet blant lesbiske og bifile kvinner har like god psykisk helse som heterofile kvinner.

En systematisk litteraturoversikt og metaanalyse (King, Semlyen et al. 2008) fant høyere risiko for psykisk sykdom, selvmordsforsøk og selvskading blant LB-kvinner sammenliknet med heterofile kvinner. Basert på fire studier ble relativ risiko for depresjon blant LB-kvinner sammenliknet med heterofile kvinner beregnet til 2,13. Basert på fire studier ble relativ livstidsrisiko for selvmordsforsøk blant LB-kvinner sammenliknet med heterofile kvinner beregnet til 1,82. Basert på to studier ble relativ livstidsrisiko for selvskading blant LB-kvinner sammenliknet med heterofile kvinner beregnet til 1,34.

Tilsvarende funn for psykisk helse og selvmordsatferd er gjort blant annet i Nederland, Danmark, USA, Australia, Skottland, Norge og Sverige (Valanis, Bowen et al. 2000, Sandfort, Bakker et al. 2006, Gransell and Hansen 2009, Bostwick, Boyd et al. 2010, McNair, Szalacha et al. 2011, Anderssen and Malterud 2013, Folkhälsomyndigheten 2014). Mye kan tyde på at bifile kvinner og kvinner i de yngste aldersgruppene er mest utsatt (Roth, Boström et al. 2006, Gransell and Hansen 2009, Whybrow, Ramsay et al. 2012, Folkhälsomyndigheten 2014, Pompili, Lester et al. 2014). I den norske levekårsundersøkelsen fra 2013 (Anderssen and Malterud 2013) var det en større andel bifile og lesbiske kvinner som rapporterte psykisk funksjonsnedsettelse sammenliknet med heterofile kvinner. Bifile og lesbiske kvinner hadde høyere forekomst av symptomer på depresjon og angst enn heterofile kvinner. Det samme gjaldt selvmordsforsøk. For samtlige forhold var bifile kvinner mest utsatt. Andelen dagligbrukere av antidepressive medikamenter var høyest blant bifile kvinner.

Funn fra studier med representative utvalg bekrefter tidligere indikasjoner på at LHB-ungdom er mer utsatt enn andre angående selvmordsatferd (Remafedi, French et al. 1998, Garofalo, Wolf et al. 1999, Cardom, Rostosky et al. 2013), selv om resultatene er motstridende når det gjelder hvilke undergrupper som er mest utsatt. I et norsk representativt utvalg av ungdom som omfattet noe høyere aldersgrupper fant man økt risiko for selvmordsforsøk blant LHB-ungdom, særlig blant unge kvinner som har sex med kvinner (Wichstrom and Hegna 2003). Denne studien illustrerte også betydningen av å differensiere i definisjonen av seksuell orientering, slik andre har påpekt (Bostwick, Boyd et al. 2010): Risikoen var lavest hos dem som identifiserte seg som lesbiske eller homofile, noe høyere hos dem som rapporterte tiltrekning til samme kjønn, og høyest hos dem som kun hadde hatt seksuell kontakt med samme kjønn.

I NOVA 1/99 ble det blant et selvrekruttert utvalg av deltakerne funnet økt risiko for psykiske plager blant lesbiske og homofile i forhold til den generelle befolkningen, især med hensyn til nervøsitet, anspenthet, nedtrykthet og depresjon (Hegna, Kristiansen et al. 1999). Symptombelastningen var i dette utvalget høyest blant unge lesbiske og homofile, blant dem som levde skjult og blant enslige. Et sentralt funn var at lesbiske kvinner og homofile menn var mer utsatt for selvmordsatferd enn den generelle befolkningen. Rapporten fortalte at andelen som hadde vært plaget av tanker om å ta sitt eget liv i løpet av de siste 14 dager, var 6-7 ganger høyere blant undersøkelsens deltakere enn den generelle befolkning, og 16 % av

mennene og 20 % av kvinnene i utvalget oppga at de hadde forsøkt å ta sitt eget liv minst én gang i løpet av livet. I dette utvalget rapporterte hver fjerde kvinne og mann under 25 år at de har minst ett selvmordsforsøk bak seg.

Følelse av isolasjon og ensomhet, ønske om å komme vekk fra en uutholdelig situasjon, avmakt i forhold til framtida og problemer med å akseptere seg selv som lesbisk/homofil var de vanligste motivene som ble oppgitt for selvmordsforsøket (Hegna, Kristiansen et al. 1999). Mosengs rapport om norske lesbiske kvinners psykiske helse fra 2002 var en kvalitativ studie basert på tolv livshistorieintervjuer med tolv deltakere. Undersøkelsen drøfter hypoteser om hvorfor disse sliter med betydelige psykiske vansker (Moseng 2002). Et slikt design kan ikke si noe om omfang og fordeling av psykisk sykdom hos lesbiske kvinner i Norge.

Hypoteser om årsaker til økt forekomst av psykisk sykdom, minoritetsstress, fordommer og diskriminering blant LHB-personer drøftes i en omfattende oversiktsartikkel (Haas, Eliason et al. 2010). Her kommenteres også mangelen på kunnskap om risikofaktorer og ressursforhold hos forskjellige undergrupper i LHB-befolkningen. Likeså diskuteres metodeforhold som kan ha betydning for tolkning av funnene i selvmordsforskning generelt - for eksempel er de fleste av disse studiene retrospektive tverrsnittsstudier som i liten grad kan si noe om kausalitet (Haas, Eliason et al. 2010). Likevel mener forfatterne at det er mange indikasjoner på sammenhenger mellom selvmordsatferd hos LHB-ungdom og mobbing og vold som følge av seksuell orientering.

Seksuelt overførbare infeksjoner

Det er ikke alltid sammenheng mellom seksuell atferd og identitet. Mange kvinner med en lesbisk identitet hatt sex med menn tidligere, og noen fortsetter å ha sex med menn selv om de anser seg selv som lesbiske (Bailey, Farquhar et al. 2003). Blant kvinner er det også en ikke ubetydelig andel som har sex med andre kvinner, uten at de dermed oppfatter seg som lesbiske eller bifile (Hegna and Larsen 2007, Mercer, Bailey et al. 2007). Skal vi undersøke forekomsten av seksuelt overførbare infeksjoner (SOI) er det derfor nødvendig å presisere hvorvidt vi snakker om forekomsten blant kvinner med lesbisk, bifil eller heterofil *identitet*, eller om våre definisjoner gjelder seksuell *atferd* (kvinner som har sex med kvinner – KSK, kvinner som har sex med både kvinner og menn – KSKM og kvinner som har sex med menn (KSM). I forskningslitteraturen brukes begge disse typer av definisjoner. Hvilken seksuell atferd som ligger til grunn for eventuell smitteoverføring har også betydning (Diamant, Lever et al. 2000).

I en oversiktsartikkel fra 2011 sammenfattes forskning om prevalens og risikofaktorer for SOI blant KSK (Gorgos and Marrazzo 2011). Forfatterne påpeker at det er mangel på studier med representative utvalg som er forutsetningen for forsvarlige anslag av forekomst. KSK er en sammensatt gruppe med betydelig variasjon i seksuell identitet, atferd, praksis og risiko. KSK kan ha SOI fra nåværende og tidligere partnere, både men og kvinner. Forfatterne anbefaler leger å skaffe seg informasjon om seksuell atferd for å kunne gi tilbud om test hvis dette er relevant. En studie fra Storbritannia basert på et representativt utvalg indikerer at forekomsten av SOI er høyest blant KSKM sammenliknet med andre kvinner (Mercer, Bailey et al. 2007). I den norske levekårsundersøkelsen fra 2013 var andelen kvinner som hadde hatt SOI lavest blant lesbiske kvinner sammenliknet med bifile og heterofile (Anderssen and Malterud 2013).

Det foreligger en rekke studier av KSK, KSKM, lesbiske eller bifile kvinner om infeksjoner som HIV, herpes simplex, bakteriell vaginose, HPV, trichomoniasis, chlamydia, hepatitt, gonorre, syfilis, candida (Raiteri, Fora et al. 1994, Fethers, Marks et al. 2000, Marrazzo, Stine et al. 2003, Bailey, Farquhar et al. 2004, Bailey, Farquhar et al. 2004, Benson and Hergenroeder 2005, Koh, Gomez et al. 2005, Marrazzo 2007, Bailey, Benato et al. 2008, Singh, Fine et al. 2011). Flertallet bygger på selekterte utvalg fra egne klinikker eller på selvrekrutterte utvalg fra organiserte grupper av lesbiske eller bifile kvinner. I den norske levekårsundersøkelsen fra 2013 fant vi at lesbiske kvinner hadde særlig lav forekomst av seksuelt overførbare sykdom sammenliknet med bifile og heterofile kvinner (Anderssen and Malterud 2013).

Genital soppinfeksjon regnes ikke som en seksuelt overført infeksjon (Folkehelseinstituttet 2014). Forskningslitteraturen gir indikasjoner på at sykdommer som smitter gjennom blod, skjedesekret og spytt så å

si aldri smitter fra en kvinne til en annen via sex, og smittsomheten av HIV mellom kvinner er ekstremt lav. For eksempel fant man blant 960 000 kvinnelige blodgivere ingen som hadde blitt smittet med HIV gjennom sex med en annen kvinne (Petersen, Doll et al. 1992). Lesbiske kvinner med HIV-infeksjon har blitt smittet gjennom intravenøs rusmiddelbruk, sex med menn eller blodoverføring (Raiteri, Fora et al. 1994). Det samme gjelder for hepatitt B og C. Smittestoffer som kan overføres ved direkte kontakt, som humant papillomavirus (HPV), herpes simplex virus, klamydia, gonore og trichomonas vaginalis, kan overføres ved sex mellom kvinner (Marrazzo, Stine et al. 2000, Marrazzo, Stine et al. 2003, Bailey, Farquhar et al. 2004, Xu, Sternberg et al. 2010). De to sistnevnte infeksjonene forekommer imidlertid sjelden blant norske kvinner i dag (Faber, Nielsen et al. 2011). I Norge anbefales ikke partnerbehandling ved candida eller bakteriell vaginose (Folkehelseinstituttet 2014).

HPV-virus er svært utbredt blant norske kvinner – man antar at ca. 70% gjennomgår denne infeksjonen. De fleste blir smittet rett etter seksuell debut. Hos 90% går infeksjonen over uten behandling i løpet av 6-10 måneder (Smittevernbooka 2010). HPV-infeksjon har først og fremst betydning som risikofaktor for livmorhalskreft. Vaksine og celleprøve regnes imidlertid som viktigere enn smitteoppsporing ved denne infeksjonen (Marrazzo, Koutsky et al. 2001).

Fordi kunnskapsgrunnlaget om smittsomhet er usikkert, er det også tilsvarende stor usikkerhet knyttet til strategier for sikrere sex (Diamant, Lever et al. 2000, Marrazzo, Coffey et al. 2005, McNair 2005, McNair 2009, Richters and Clayton 2010, Richters, Prestage et al. 2010, Marrazzo, Thomas et al. 2011). For å kunne gi KSK, KSKM, lesbiske og bifile kvinner adekvate anbefalinger og råd om sikrere sex, må legen deres bidra til at konkrete dialoger om seksuell helse og atferd kan finne sted på legekontoret (Diamant, Lever et al. 2000, Mercer, Bailey et al. 2007, Politi, Clark et al. 2009). Sentrale forutsetninger for slike dialoger er legens bevissthet, holdninger og kunnskap om seksualitet utenfor det som tas for gitt i en heteronormativ kultur (Bjorkman and Malterud 2009).

Helsevaner

Litteraturgjennomgangen fra Institute of Medicine gir indikasjoner på at røyking og skadelig alkoholbruk kan være mer utbredt blant LHB-personer enn blant heterofile, og at fedme kan være et problem blant LB-kvinner (Institute of Medicine (US) 2011). Flere amerikanske studier har rettet søkelyset mot sammenhenger mellom seksuell orientering og risikofaktorer for hjerte- og karsykdom som fedme, tobakkbruk og fysisk inaktivitet (Valanis, Bowen et al. 2000, Roberts, Dibble et al. 2003, Case, Austin et al. 2004, Conron, Mimiaga et al. 2010, Hatzenbuehler, McLaughlin et al. 2013). Disse hypotesene bygger på funn blant annet fra befolkningsstudier fra USA (Garofalo, Wolf et al. 1998, Cochran, Keenan et al. 2000, Diamant, Wold et al. 2000, Valanis, Bowen et al. 2000, Ryan, Wortley et al. 2001, Case, Austin et al. 2004, Burgard, Cochran et al. 2005, Gruskin and Gordon 2006, Conron, Mimiaga et al. 2010, Hatzenbuehler, McLaughlin et al. 2013, Przedworski, McAlpine et al. 2014). Det foreligger imidlertid ikke studier der harde endepunkter for hjerte- og karsykdom (hjertesykdom eller hjertedød) har vært undersøkt etter seksuell orientering.

En rekke nyere befolkningsstudier fra USA viser høyere andel røykere blant lesbiske og bifile kvinner sammenliknet med heterofile (Ryan, Wortley et al. 2001, Case, Austin et al. 2004, Gruskin and Gordon 2006, Gruskin, Greenwood et al. 2007, Conron, Mimiaga et al. 2010, Hatzenbuehler, McLaughlin et al. 2013, Przedworski, McAlpine et al. 2014). I europeiske studier er imidlertid ikke resultatene like konsistente. Blant de lesbiske kvinnene i NOVA 1/99 var andelen røykere høyere enn ellers i befolkningen (Hegna, Kristiansen et al. 1999). I Danmark var andelen storryktere høyere blant LB-kvinner under 30 år enn blant heterofile kvinner, mens forskjellene var små i de øvrige aldersgrupper (Gransell and Hansen 2009). I Sverige i 2010-2012 var andelen dagligryktere høyere blant bifile kvinner enn blant lesbiske og heterofile kvinner, mens andelen snusbrukere var høyest blant lesbiske og lavest blant heterofile kvinner (Folkhälsomyndigheten 2014). I Nederland og i Skottland fant man imidlertid ingen forskjell mellom LHB-personer og heterofile angående røyking (Sandfort, Bakker et al. 2006, Whybrow, Ramsay et al. 2012). I den norske levekårsundersøkelsen fra 2013 fant vi at andelen som røykte ukentlig eller oftere var

høyest blant bifile kvinner sammenliknet med heterofile, mens andelen snusbrukere var høyest blant lesbiske kvinner (Anderssen and Malterud 2013).

En systematisk litteraturoversikt og metaanalyse basert på 5 studier fra USA viste høyere andel alkoholavhengighet blant LB-kvinner sammenliknet med heterofile kvinner (King, Semlyen et al. 2008). Andre representative studier fra USA viser liknende funn (Case, Austin et al. 2004, Burgard, Cochran et al. 2005, Gruskin and Gordon 2006, Conron, Mimiaga et al. 2010, Green and Feinstein 2012, Hatzenbuehler, McLaughlin et al. 2013, Przedworski, McAlpine et al. 2014), mest uttalt i form av "binge drinking" (storforbruk av alkohol) blant bifile kvinner. I Storbritannia var imidlertid skadelig alkoholbruk imidlertid mer utbredt blant lesbiske enn blant bifile unge kvinner (Hagger-Johnson, Taibjee et al. 2013). Mange studier har undersøkt hvilken betydning sosiale forhold (kjønn, alder, tilhørighet til homomiljø) har for utvikling av rusproblemer. Særlig ser det ut til at biseksualitet gir en økt risiko for rusmisbruk (Green and Feinstein 2012).

NOVA 1/99 beskrev økt andel storforbrukere av alkohol blant lesbiske kvinner sammenliknet med resten av befolkningen (Hegna, Kristiansen et al. 1999). «Skeive dager 2003» var en spørreskjemaundersøkelse om rushelse med basert på et tilgjengelighetsutvalg fra 1 079 deltakere på en homofestival i Oslo (Moseng 2005). I dette utvalget svarte tre av ti kvinner at de ofte hadde drukket seg beruset det siste året, særlig blant de yngste (Moseng 2005), men det er vanskelig å legge vekt på dette anslaget slik denne studien var designet. I Danmark og Skottland var andelen LHB-personer med storforbruk av alkohol høyere enn blant heterofile både for kvinner og menn, (Gransell and Hansen 2009, Whybrow, Ramsay et al. 2012). I Sverige var andelen LB-kvinner med skadelige rusvaner høyere enn blant heterofile kvinner, men forskjellen mellom gruppene var redusert i perioden 2005-2012 (Folkhälsomyndigheten 2014). I den norske levekårsundersøkelsen fra 2013 fant vi at andelen kvinner som drakk seg tydelig beruset minst ukentlig var høyere blant bifile kvinner enn blant lesbiske og heterofile kvinner (Anderssen and Malterud 2013).

En oppsummering av forskningslitteraturen indikerer at lesbiske og bifile kvinner kan ha økt risiko for alkoholproblemer og medikamentmisbruk men ikke for bruk av illegale rusmidler (Green and Feinstein 2012). NOVA 1/99 rapporterte bruk av cannabis siste 12 måneder blant 10% av lesbiske kvinnene i det selvrekrutterte utvalget (Hegna, Kristiansen et al. 1999). I Danmark var andelen cannabisbrukere blant LHB-personer høyere enn i befolkningen for øvrig, særlig i yngre aldersgrupper (Gransell and Hansen 2009), og i Sverige var andelen som hadde brukt cannabis siste 12 måneder høyest blant yngre bifile kvinner (Folkhälsomyndigheten 2014). I den norske levekårsundersøkelsen fra 2013 fant vi at blant et mindretall som hadde brukt cannabis siste måned var andelen høyere blant bifile og lesbiske kvinner sammenliknet med heterofile, høyest for bifile (Anderssen and Malterud 2013).

Til tross for at det foreligger flere studier om sammenhenger mellom seksuell orientering og risiko for hjerte- og karsykdom finnes det lite forskningsbasert kunnskap om fysisk aktivitet blant lesbiske og bifile kvinner. Flere har kartlagt dette som del av samlet risiko, men uten eksplisitt rapportering av resultater angående fysisk aktivitet (Valanis, Bowen et al. 2000, Conron, Mimiaga et al. 2010, Everett and Mollborn 2013, Hatzenbuehler, McLaughlin et al. 2013). I andre studier er funnene motstridende – noen finner at lesbiske kvinner er lite fysisk aktive (Zaritsky and Dibble 2010, McElroy and Jordan 2014), mens andre finner det motsatte (Aaron, Markovic et al. 2001).

Flere amerikanske studier har vist høyere forekomst av fedme blant lesbiske kvinner sammenliknet med heterofile kvinner (Cochran, Mays et al. 2001, Case, Austin et al. 2004, Boehmer, Bowen et al. 2007, Bowen, Balsam et al. 2008, Conron, Mimiaga et al. 2010, Smith, Markovic et al. 2010, Hatzenbuehler, McLaughlin et al. 2013). I en systematisk oversikt basert på 19 artikler drøftes denne problemstillingen (Bowen, Balsam et al. 2008). Forfatterne tar forbehold på grunn av metodeproblemer i foreliggende studier (utvalgsproblemer, tverrsnittsstudier, uklare grenseoppganger mellom lesbiske og bifile), men vurderer likevel fedme som en mulig risikofaktor for lesbiske. I befolkningsstudier fra Danmark, Nederland, Skottland og Sverige var det ingen forskjell mellom lesbiske, bifile og heterofile kvinner angående fedme (Sandfort, Bakker et al. 2006, Gransell and Hansen 2009, Whybrow, Ramsay et al. 2012, Folkhälsomyndigheten 2014). I den norske levekårsundersøkelsen fra 2013 fant vi ikke høyere andel med fedme blant lesbiske sammenliknet med bifile og heterofile kvinner. (Anderssen and Malterud 2013).

Forebyggende masseundersøkelser mot kreft

Brystkreft og livmorhalskreft er alvorlige sykdommer med mulig dødelig utfall. I Norge ble det i 2010 registrert 2 839 nye tilfeller av brystkreft og 322 nye tilfeller av livmorhalskreft (Kreftregisteret 2012). Hypoteser om høyere forekomst av disse kreftformene blant lesbiske kvinner er hittil ikke bekreftet (Roberts, Dibble et al. 1998, Cochran, Mays et al. 2001, Dibble, Roberts et al. 2002, Dibble, Roberts et al. 2004, Bowen and Boehmer 2007, Brown and Tracy 2008, Institute of Medicine (US) 2011, The Lancet 2011, Boehmer, Miao et al. 2012). Her er det spesielle metodiske utfordringer, fordi det totale antallet personer som rammes av disse kreftformene, er svært begrenset innen en minoritetsgruppe og derfor er det vanskelig å sammenlikne forekomsten med resten av befolkningen (Malterud, Bjorkman et al. 2009, Meads and Moore 2013).

Screeningprogrammer mot kreft har til formål å oppdage kreftsykdom på et tidlig stadium for å bedre utfallet av sykdommen. Screening mot livmorhalskreft, som omfatter celleprøve for kvinner i alderen 25-69 år hvert tredje år, ble innført i Norge i 1995. Tiltaket har hatt god effekt, og diskusjonene handler mer om hva som er optimale teststrategier enn om screeningprogrammet skal videreføres (Michelsen and Iversen 2011). Dekningsgraden for celleprøve i Norge i 2011 var 63,3 % (Kreftregisteret 2013). Screening mot brystkreft, som omfatter mammografi for kvinner i alderen 50-69 år hvert annet år, ble innført i Norge i 1996. Dekningsgraden for mammografiscreening i Norge i 2011 var 75 % (Kreftregisteret 2012). Kreftregisteret rapporterer at dødelighet av brystkreft er betydelig redusert i screeninggruppen, mens andre forskere uttrykker bekymring for overdiagnostikk som følge av programmet (Hofvind, Ursin et al. 2013, Kalager, Adami et al. 2014).

Det er bred faglig enighet om at lesbiske kvinner bør følge screeningprogrammene som anbefales for kvinner generelt (Diamant, Schuster et al. 2000, Marrazzo, Koutsky et al. 2001, Institute of Medicine (US) 2011, McNair, Szalacha et al. 2011). Befolkningsstudier basert på representative utvalg fra USA, Canada og Australia har vist at lesbiske kvinner har lavere oppslutning om screeningprogrammer mot livmorhalskreft og brystkreft enn heterofile kvinner (Diamant, Schuster et al. 2000, Kerker, Mostashari et al. 2006, Tjepkema 2008, McNair, Szalacha et al. 2011). En dansk undersøkelse fra 2004 fant imidlertid ingen forskjell i oppslutning mellom LB-kvinner og heterofile (Gransell and Hansen 2009). I den norske levekårsundersøkelsen fra 2013 fant vi at andelen lesbiske kvinner mellom 25 og 69 år som hadde fått utført celleprøve siste 3 år var lavere enn blant bifile og heterofile kvinner (Anderssen and Malterud 2013). Tilsvarende var andelen lesbiske kvinner som hadde fått gjennomført mammografiscreening siste to år lavere enn blant bifile og heterofile kvinner (Anderssen and Malterud 2013).

Helsetjenester – bruk og erfaringer

Solarz-rapporten oppsummerte forskning om lesbiske og helse og påpekte i 1999 at helsevesenets tilbud ikke var tilstrekkelig tilpasset denne gruppen (Solarz 1999). Studier fra USA om sammenhenger mellom seksuell orientering og helsetjenestebruk kan tyde på at LHB-personer i lavere grad søker helsetjenester enn befolkningen forøvrig (Diamant, Wold et al. 2000, Institute of Medicine (US) 2011). I nyere studier er forskjellene imidlertid mindre konsistente (Roberts, Patsdaughter et al. 2004, Conron, Mimiaga et al. 2010), og konklusjonene på dette området er usikre. En canadisk studie viste at LHB-personer i høyere grad enn heterofile søkte psykiske helsetjenester, men i mindre grad søkte fastlege (Tjepkema 2008). Det er imidlertid problematisk å overføre resultater om helsetjenestebruk fra Nord-Amerika til Norge fordi organiseringen og finansieringen av helsetjenesten er svært forskjellig. Dette gjelder både forhold som vedrører tilgjengelighet (helseforsikring) og forhold som vedrører helsevaner (kulturelle tradisjoner for forebygging).

Studier fra andre land (Sverige, Danmark, Nederland og Australia) viser for eksempel at bruk av helsetjenester er høyere blant LB-kvinner enn blant heterofile (Bakker, Sandfort et al. 2006, Roth, Boström et al. 2006, Gransell and Hansen 2009, McNair, Szalacha et al. 2011, Folkhälsomyndigheten 2014). I den norske levekårsundersøkelsen fra 2013 fant vi ingen forskjeller mellom lesbiske, bifile og heterofile kvinner angående kontakt med fastlegen siste 12 måneder (Anderssen and Malterud 2013). Andelen lesbiske

og bifile kvinner som hadde konsultert psykiatrisk poliklinikk eller DPS var høyere enn blant heterofile kvinner (Anderssen and Malterud 2013).

En hypotese har vært at LHB-personer forventer å møte negative holdninger som følge av sin seksuelle orientering i møte med helsetjenesten, enten som følge av tidligere erfaringer, eller som et uttrykk for internaliserte fordommer (Bjorkman and Malterud 2009). I en amerikansk studie var heteroseksuelle kvinner mer fornøyd med fastlegen enn lesbiske og biseksuelle kvinner (Diamant, Wold et al. 2000). Studier fra Nederland og Danmark viste ingen forskjeller angående tillit til helsetjenesten i forhold til seksuell orientering (Gransell and Hansen 2009) (Bakker, Sandfort et al. 2006).

En intervjustudie med svenske gynekologer fra 2000 viste at få av dem kjente til lesbiske kvinner blant sine pasienter, at deres kunnskap om helseproblemer hos lesbiske var begrenset, og at vemod og sorg var følelser som gynekologene assosierte til homoseksualitet (Andersson and Westerstahl 2000). Utenlandske studier tyder på at mange leger kan ha problemer med å snakke om seksualitet, og noen har åpenbare fordommer med hensyn til homoseksualitet (Bartlett, King et al. 2001, Hinchliff, Gott et al. 2005, Khan, Plummer et al. 2008). Tilsvarende forhold bekreftes i en norsk kvalitativ studie (Bjorkman and Malterud 2009). Et sentralt tema i møter med helsetjenesten dreier seg om å stå fram med sin seksuelle orientering ("disclosure") eller å skjule den ("pass") (Hitchcock and Wilson 1992, Geddes 1994, Neville and Henrickson 2006). De fleste studiene om dette påpeker at det ikke er nøytralt eller likegyldig å framstå med sin seksuelle orientering når man skal til legen, selv om dette avhenger av hva som er kontaktårsaken (Bjorkman and Malterud 2007, Bjorkman and Malterud 2012). I den norske levekårsundersøkelsen fra 2013 var det svært få som var ganske misfornøyd eller svært misfornøyd med hjelpen de hadde fått (Anderssen and Malterud 2013). Andelen bifile kvinner som var misfornøyd med fastlegen var høyere enn blant lesbiske og heterofile kvinner.

Hva vet vi?

I vårt første litteratursøk identifiserte vi et stort antall publikasjoner fra studier om helse blant lesbiske og bifile kvinner. I mange av studiene er det betydelige metodeproblemer, særlig angående utvalg, og mange konklusjoner om forekomst og fordeling av ulike helseproblemer og risikofaktorer blant LB-kvinner er derfor svært usikre. Den tidlige forskningen har likevel hatt stor innflytelse på hypoteser som er blitt utviklet på dette feltet og til dels blitt stående som faglige myter i noen av LB-miljøene og blant helsepersonell. I våre empiriske analyser i denne rapporten har vi blant annet sett nærmere på dette.

Det er en positiv og økende bruk av forskningsdesign med befolkningsbaserte data, registerdata og avansert statistisk metodikk som på relativt sikkert grunnlag kan si noe om hvorvidt og hvordan LHB-personer, og til dels lesbiske og bifile kvinner, atskiller seg fra den heterofile del av befolkningen angående helseforhold. Legger vi sammen resultater fra internasjonal og norsk forskningslitteratur av god kvalitet kan vi med ganske høy grad av sikkerhet fastslå følgende:

- Når vi sammenligner helsen til lesbiske og bifile kvinner i Norge med helsen til heterofile kvinner, er likhetene større enn forskjellene. Blant et mindretall finner vi likevel indikasjoner på dårlig helse sammenliknet med heterofile kvinner, særlig blant bifile.
- Flertallet av lesbiske og bifile kvinner i Norge har god psykisk helse. Blant et mindretall er andelen med psykisk uhelse og selvmordsatferd høyere enn blant heterofile kvinner, mest blant de yngste og blant bifile kvinner.
- Andelen som har hatt seksuelt overførbar sykdom, er vesentlig lavere blant lesbiske kvinner i Norge enn blant bifile og heterofile kvinner.
- Andelen røykere er høyere blant bifile kvinner i Norge enn blant lesbiske og heterofile kvinner.
- Andelen som drikker seg tydelig beruset minst ukentlig, er høyere blant bifile kvinner i Norge enn blant lesbiske og heterofile kvinner.

-
- Det er ingen forskjeller mellom lesbiske, bifile og heterofile kvinner i Norge når det gjelder hyppighet av fysisk aktivitet, og andelen med fedme er ikke høyere blant lesbiske kvinner enn blant andre kvinner.
 - Lesbiske kvinner i Norge har betydelig lavere deltakelse i helseundersøkelser for livmorhalskreft og brystkreft sammenliknet med bifile og heterofile kvinner.
 - Det er ingen forskjeller mellom lesbiske, bifile og heterofile kvinner i Norge når det gjelder hyppighet av kontakt med fastlegen. Svært få er misfornøyde med hjelpen de får, men andelen misfornøyde er høyere blant bifile kvinner enn blant lesbiske og heterofile kvinner.

Hvor er det behov for videre forskning?

Vi avslutter denne litteraturgjennomgangen med å oppsummere noen viktige utfordringer for videre forskning om helse blant lesbiske og bifile kvinner:

- Det er behov for befolkningsbaserte helseundersøkelser som inneholder spørsmål om seksuell orientering og som er tilstrekkelig store til at analysene kan presentere funnene differensiert for henholdsvis lesbiske og bifile kvinner sammenliknet med heterofile kvinner, ikke bare for LHB-gruppen samlet.
- Slike studier kan bygge på kumulering av rutinedata over flere år, slik man har gjort i Skottland og i Sverige.
- På denne måten kan man i større grad gjøre analyser av undergrupper for å identifisere grupper blant lesbiske og bifile kvinner som enten er særlig utsatt, eller som har særlig god helse.
- Det er nødvendig med forskningsdesign som kan ivareta interseksjonalitetsperspektiver som innebærer å undersøke hvordan ulike belastningsforhold kan samvirke med seksuell orientering og bidra til god eller dårlig helse.
- Mens enkle bivariate analyser kan beskrive fordelingen av et helseproblem i en bestemt del av befolkningen, er det behov for multivariate analyser for å undersøke komplekse sammenhenger mellom sosial ulikhet og helse.
- Kvalitative studier som tar høyde for prosesser, erfaringer og kontekster, er en forutsetning for å forstå hvordan helse blant lesbiske og bifile kvinner i Norge samvirker med seksuell orientering på ulike sosiale arenaer.
- Tema som særlig fortjener videre oppfølging er likheter og forskjeller i helse mellom lesbiske og bifile kvinner, for eksempel hvordan minoritetsstress utformes og oppleves og om betydningen av sosial tilhørighet for disse gruppene.
- Særlig er det grunn til å se nærmere på hva som skaper utsatthet for psykisk lidelse og selvmordsatferd og hvilke strategier som kan være hensiktsmessige for forebygging.
- Helsevaner blant lesbiske og bifile kvinner i Norge er også et aktuelt tema for videre forskning, særlig alkoholbruk og røyking blant bifile kvinner og snusbruk blant lesbiske kvinner.
- Det er behov for forskning som undersøker ressurser, mestring og positive helseforhold blant lesbiske og bifile kvinner.

Kapittel 3

METODE – UTVALG - ANALYSER

I dette kapittelet presenterer vi bakgrunn, metode, analysestrategi og materiale for spørreundersøkelsen om levekår og helse og tilsvarende for den kvalitative delstudien «Lesbiske og celleprøve». Resultatene fra våre analyser følger i kapitlene 4-10, mens diskusjon og våre kommentarer og sammenlikning med annen forskning finnes i kapittel 11. Ved å samle diskusjonen i ett kapittel oppnår vi at sammenhengene mellom temaene blir tydeligere.

Spørreundersøkelsen om levekår – bakgrunn og metode

Analysene av helseforhold blant lesbiske og bifile kvinner i denne rapporten bygger på data som ble samlet inn i 2012-2013 som del av prosjektet «Seksuell orientering og levekår» (Anderssen and Malterud 2013). Fra levekårsrapportens hovedkonklusjoner om helseforhold har vi gjennomført en del nye analyser for å få mer innsikt i likheter og forskjeller i helse mellom lesbiske, bifile og heterofile kvinner i Norge. Vi har også undersøkt hva som kjennetegner undergrupper som er mer utsatt for helseproblemer og undergrupper som er bedre beskyttet mot helseproblemer. Vi henviser til hovedrapportens kapittel 3 for ytterligere metodiske detaljer (Anderssen and Malterud 2013). Spørreskjemaet med spørsmålsformuleringene er gjengitt i vedlegget bakerst i denne rapporten.

Design - spørreundersøkelsen

I spørreundersøkelsen om levekår ønsket vi å innhente informasjon fra heterofile personer og LHB-personer i en og samme undersøkelse, det vil si med de samme spørsmålene på samme tidspunkt, for å kunne sammenlikne levekårsvariabler hos disse gruppene. Vi ønsket å etablere mest mulig representative utvalg og tok utgangspunkt i allerede etablerte web-paneler bestående av til sammen ca. 100 000 personer. Disse web-panelene er utviklet med sikte på å representere den norske befolkningen. Paneldeltakere har sagt seg villig til å motta eposthenvendelser om å delta i spørreundersøkelser om mange ulike tema, ikke bare om seksuell orientering og levekår. Firmaet Opinion Perducco AS gjennomførte datainnsamlingen og hadde den direkte kontakten med deltakerne.

En slik strategi for å etablere et samlet utvalg av LHB-personer og heterofile personer atskiller seg fra de fleste tidlige studier av LHB-personer, der man har brukt selvrekrutterte tilgjengelighetsutvalg. Nasjonale web-panel gir vesentlig høyere grad av tilfeldighet i sammensetningen av det endelige utvalget, og dette styrker forsvarligheten av å sammenlikne grupper innen utvalget. Utvalget omfatter dessuten tilstrekkelig mange deltakere i målgruppene til at vi har kunnet gjøre statistiske sammenlikninger av helseforhold mellom henholdsvis lesbiske, bifile og heterofile kvinner med en vesentlig høyere grad av overførbarhet enn det som har vært mulig i tidligere undersøkelser. Vi har imidlertid ikke sammenliknet forholdene blant lesbiske og bifile kvinner med tilsvarende forhold blant homofile og bifile menn.

På forhånd anslo vi størrelsesorden for utvalg og underutvalg med utgangspunkt i vurderinger av hva som var praktisk mulig, kombinert med styrkeberegninger av hvor store gruppene måtte være for å kunne identifisere gruppeforskjeller med en akseptert grad av statistisk sikkerhet (Cohen 1992). Når man skal undersøke fenomener som gjelder en ganske liten del av befolkningen, kan man gjennomføre «oversampling» av den aktuelle målgruppen for å unngå at grupper og undergrupper blir for små. Dette innebærer at man i rekrutteringen fortsetter å invitere deltakere fra de relevante undergruppene, mens sammenlikningsgruppen ikke blir tilsvarende større. Samtidig er det fortsatt en tilfeldighetsfaktor i rekrutteringen av lesbiske, homofile og bifile personer som bevarer forutsetningene for sammenliknbarhet med hetero-personene i utvalget. Datainnsamlingen i levekårsundersøkelsen ble gjennomført fra november 2012 til mars 2013.

Spørreskjemaet, som var web-basert, åpnet med spørsmål om kjønn og seksuell orientering. Da målet for antall heterofile personer i utvalget var nådd, ble henvendelser sendt ut til stadig større deler av de tilgjengelige web-panelene. De som krysset av for «heterofil» på spørsmålet om seksuell orientering, fikk straks melding om at deres gruppe var stor nok, og flere spørsmål ble da ikke stilt til disse personene. Personer som krysset av for andre seksuelle orienteringer (som lesbisk, bifil) ble invitert videre til å besvare spørsmålene. På denne måten oppnådde vi oversampling av LHB-deltakere til spørreundersøkelsen, slik

at disse gruppene ble tilstrekkelig store til gjennomføring av de planlagte analyser. Blant deltakerne var 197 lesbiske kvinner, 405 bifile kvinner og 979 heterofile kvinner. Vi presenterer bakgrunnsdata for dette utvalget, som også er utgangspunktet for analysene i den foreliggende rapporten, lenger nede.

Selv om spørreskjemaet ble fylt ut av et nasjonalt utvalg av LHB-personer og heterofile personer, er utvalgene ikke statistisk representative i den forstand at de prosentvis avspeiler alle relevante bakgrunnsdata i nøyaktig samsvar med den totale populasjonen av LHB-personer (om dette hadde vært kjent). Dette ville være en urealistisk ambisjon. Alle spørreundersøkelser, også den vi har gjennomført, har en logisk overrepresentasjon av deltakere som er villige til og har anledning til å besvare spørsmålene.

Web-spørreskjema fungerer i dag godt fordi internettdekningen i Norge er høy i alle aldersgrupper, også blant personer over 60 år. 93% av norske husholdninger hadde tilgang til internett i 2012 (Statistisk sentralbyrå 2012). Spørreskjemadata kan også samles inn ved hjelp av vanlig post (problemet er at mange svarer ikke), telefonintervju (en del svarer ikke, og mange nøler med å svare på nærgående spørsmål på telefon, og i tillegg utvikles fasttelefonen gradvis i flere kommuner) eller ansikt-til-ansikt-intervjuer (mange svarer, men det medfører ofte et problem med sosiale forventninger og tilbakeholdenhet på sensitive temaer).

Denne spørreundersøkelsen omfattet tema som er av betydning for deltakernes helse, og undersøkelsen er underlagt krav om godkjenning av Regional komite for medisinsk forskningsetikk (REK). REK Vest har godkjent prosedyrene (referansenummer 2012/737). Undersøkelsen er gjennomført i samsvar med Helsinki-deklarasjonens regler og prinsipper (World Medical Association 2013). Data fra spørreskjemaene er helt anonymisert. Deltakerne har ikke oppgitt navn eller personnummer. Opinion Perducco AS slettet rutinemessig deltakernes IP-adresser straks besvarelsen var registrert. Ingen kan spores, verken direkte eller indirekte. Alle deltakerne ble informert om disse prosedyrene da de ble invitert til å delta.

Spørreskjemaet

Spørreskjemaet besto av ca. 80 spørsmål med en rekke underspørsmål, se vedlegg bakerst i denne rapporten. Utkast til spørreskjemaet ble pilottestet og revidert i flere omganger. Enkelte spørsmål var kun aktuelle for definerte undergrupper av utvalget, og vi brukte filterprosedyrer slik at de aktuelle spørsmålene kun ble stilt til relevante deltakere. For eksempel ble spørsmål om deltakelse i forebyggende masseundersøkelser mot kreft (celleprøve eller mammografi) kun stilt til kvinner i relevante aldersgrupper. Enkelte spørsmål ble stilt kun til deltakere som hadde angitt å være LHB-person, for eksempel spørsmål om hvem som kjente til deres seksuelle orientering.

Spørreskjemaet omfattet hovedtemaene helse og sykdom, sosialt nettverk, trivsel, helsevaner, arbeidsliv og studier, fritid og organisasjonsliv, vold, forhold til egen seksuell orientering, samt åpenhet. I denne rapporten om helse blant LB-kvinner har vi benyttet data fra temaene helse og sykdom, livsstil, forhold til egen seksuell orientering og åpenhet. Vi har i denne rapporten gitt prioritet til problemstillinger der forskningslitteraturen reiser aktuelle hypoteser eller der funn fra levekårsrapporten i 2013 indikerer forhold blant lesbiske eller bifile kvinner som bør undersøkes nærmere.

Mange spørsmålsformuleringer er hentet fra tidligere undersøkelser om samme temaer (som Statistisk sentralbyrå sine levekår- og helseundersøkelser, NOVA 1/99 (Hegna, Kristiansen et al. 1999) og Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (www.ntnu.no/hunt)) for å sikre best mulig validitet (at spørsmålene kartlegger det som er hensikten med spørsmålet) og reliabilitet (minst mulig unøyaktighet og feilutfylling). En del spørsmål er justert for å passe bedre i undersøkelsen.

Analyser og statistiske prosedyrer - spørreundersøkelsen

Vi har undersøkt helseforhold blant lesbiske, bifile og heterofile kvinner ved å sammenlikne svarfordelingene, og i noen tilfeller gjennomsnittsverdiene, for de tre gruppene. Vi har ikke sammenliknet med homofile, bifile eller heterofile menn. I de statistiske testene har vi ikke tatt med dem som har svart «ønsker å ikke svare» eller «vet ikke». Vi har testet forskjeller i fordelinger for statistisk signifikans ved bruk av

chi-kvadratanalyser (X^2) og forskjeller i gjennomsnitt ved bruk av t-tester, med et statistisk signifikansnivå på 5%.

LHB-personene i utvalget fordelte seg annerledes enn heterogruppene på forhold som er kjent for å påvirke levekår og helse, som for eksempel alder, utdanning og inntekt. De lesbiske kvinnene hadde lengre utdanning enn de andre, mens andelen av deltakere under 30 år var høyere blant de bifile kvinnene enn i de andre gruppene, og inntekten blant de lesbiske kvinnene var høyere enn blant de heterofile kvinnene i utvalget. Andre ulikheter gjaldt sivilstatus og bosted. Man kan spørre seg om disse ulikhetene skyldes at utvalgene på hver sine måter er skjeve i forhold til den populasjonen de skal representere (utvalgsskjevhet), eller er de demografiske ulikhetene konsekvenser av å tilhøre grupper med ulik seksuell orientering (utfallsvariabel)? Her finnes ikke noe fasitsvar, og vi kjenner ikke til undersøkelser verken nasjonalt eller internasjonalt som med god sikkerhet kan si hvordan sosioøkonomiske forhold blant lesbiske og bifile kvinner faktisk er.

Vi finner imidlertid ingen gode argumenter for å anta at det er systematiske forskjeller i alder, inntekt og utdanning mellom lesbiske kvinner, bifile kvinner og heterofile kvinner i Norge. Vår vurdering er at forskjellene på disse variablene i vårt utvalg skyldes at flere med høyere utdanning har sagt ja til å delta i undersøkelsen. Dette er grunnlaget for våre prosedyrer for statistisk kontroll i analysene.

I gruppen av bifile kvinner er det en større andel yngre deltakere sammenliknet med de andre gruppene. Vi fulgte derfor en vanlig prosedyre for å gjøre effekten av skjevfordelinger i grupper mindre, nemlig å kontrollere statistisk for antatte skjevfordelinger. For de fleste sammenlikninger har vi gjennomført tilleggssanalyser med statistisk kontroll for bakgrunnsfaktorene alder, inntektsgruppe og utdanningslengde (logistisk regresjon eller variansanalyse). På denne måten reduserer vi betydningen av mulige utvalgsskjevheter i gruppene som vi sammenlikner. Slike statistiske kontrollprosedyrer innebærer imidlertid en risiko for å overse relevante virkemekanismer (Spector and Brannick 2011), og det er viktig å vurdere om det finnes logiske årsaksforklaringer som ikke skal «kontrolleres» bort.

På enkelte spørsmål var det for få som hadde krysset av for relevante svarkategorier til å gjennomføre slik statistisk kontroll for bakgrunnsfaktorene.

Disse analysestrategiene innebærer at vi med en viss sikkerhet kan vurdere om det foreligger forskjeller mellom lesbiske, bifile og heterofile kvinner, mens vi i mindre grad kan legge vekt på størrelsesorden av forskjellene.

I en del undersøkelser har man slått sammen lesbiske kvinner og bifile kvinner til én gruppe for å etablere store nok grupper til å kunne sammenlikne med heterofile kvinner. For å teste ut hvordan en slik sammenslåing kan slå ut i et utvalg der vi har store nok grupper, har vi etablert to eksempler der vi har slått sammen lesbiske og bifile kvinner til én gruppe etter at vi hadde gjennomført analyser basert på separate grupper. Våre eksempler omfatter forekomst av fedme (i kapittel 8) og deltakelse i forebyggende masseundersøkelser mot livmorhalskreft (i kapittel 9).

Beskrivelse av utvalget - spørreundersøkelsen

Seksuell orientering og alder

Utvalget som vi har brukt til analysene i denne rapporten besto av 1 581 personer, herav 197 lesbiske kvinner, 405 bifile kvinner og 979 heterofile kvinner, se tabell 3.1.

I alle tre gruppene var det færrest deltakere blant de aller yngste og de aller eldste. Blant bifile kvinner var det stor overvekt av unge deltakere (nærmere 60% under 30 år, og halvparten var mellom 20-29 år). Blant lesbiske kvinner var et lite flertall mellom 20-39 år (63%), mens det blant heterofile kvinner var en noe jevnere aldersfordeling.

Aldersfordelingen i vårt utvalg har mindre spredning enn i den norske befolkningen (Statistisk Sentralbyrå 2012), og de aller eldste aldersgruppene er ikke representert i vårt utvalg. Vår eldste kvinnelige deltaker var 80 år.

Tabell 3.1. Selvrapportert seksuell orientering og alder. Antall og prosent.

År	Selvrapportert seksuell orientering			Totalt
	Lesbiske kvinner	Bifile kvinner	Heterofile kvinner	
16-19	7	32	82	121
	3,6%	7,9%	8,4%	7,7%
20-29	56	202	311	569
	28,4%	49,9%	31,8%	36,0%
30-39	69	87	179	335
	35,0%	21,5%	18,3%	21,2%
40-49	33	49	163	245
	16,8%	12,1%	16,6%	15,5%
50-59	22	23	124	169
	11,2%	5,7%	12,7%	10,7%
60-69	4	8	85	97
	2,0%	2,0%	8,7%	6,1%
70 eller mer	2	0	10	12
	1,0%	0,0%	1,0%	0,8%
Ikke svart på alder	4	4	25	33
	2,0%	1,0%	2,6%	2,1%
	197	405	979	1581
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

I chi-kvadrat analysene ble de to siste alderskategoriene slått sammen, og de som ikke svarte på alder, ble utelatt fra analysen.

LK vs HK: $\chi^2 = 36,1$, $p = 0,000$

BK vs HK: $\chi^2 = 66,5$, $p = 0,000$

LK vs BK: $\chi^2 = 35,7$, $p = 0,000$

Utdanning

Et flertall hadde gjennomført 1-4 års utdanning på universitet eller høyskole etter videregående opplæring (se tabell 3.2). Andelen med høyere utdanning var signifikant høyere blant lesbiske kvinner i utvalget (24%) enn blant bifile og heterofile kvinner (11% i begge grupper). Siden de bifile kvinnene i utvalget var yngre enn de øvrige, vil en større andel av disse ta høyere utdanning etter hvert sammenliknet med de andre. Utdanningsnivået blant kvinner i Norge over 16 år fordeler seg som følger: fullført grunnskoleutdanning (30%), videregående opplæring (40%), kort universitets- og høyskoleutdanning (25%) og lang universitets- og høyskoleutdanning (5%) (Statistisk Sentralbyrå 2012). I vårt utvalg var altså andelen deltakere i de tre gruppene med utdanning på universitets- og høyskolenivå større enn i befolkningen for øvrig, spesielt blant lesbiske kvinner.

Vi har ingen holdepunkter for å tolke dette som at lesbiske kvinner i Norge har lengre utdanning enn resten av befolkningen. Vi tror heller at forskjellene bunner i at det er flere med høyere utdanning som har villet svare på undersøkelsen.

Tabell 3.2. Høyeste fullførte utdanning. Antall og prosent.

	Selvrapportert seksuell orientering		
	Lesbiske kvinner	Bifile Kvinner	Heterofile kvinner
7-årig skole eller likn/9-årig eller 10-årig grunnskole/folkeskole/realskole	6	61	103
	3,1%	15,1%	10,6%
Videregående skole /gymnas (1-3 år etter grunnskole)	48	147	375
	24,4%	36,3%	38,3%
Universitet/høgskole (1-4 år etter videregående skole)	95	150	382
	48,2%	37,0%	39,0%
Universitet/høgskole høyere grad (embedsstudium, hovedfag)	47	45	112
	23,9%	11,1%	11,4%
Foretrekker å ikke svare	1	2	7
	0,5%	0,5%	0,7%
	197	405	979
	100,0%	100,0%	100,0%

LK vs HK: $\chi^2=40,8$, $p=0,000$

BK vs HK: $\chi^2=5,6$, $p=0,132$

LK vs BK: $\chi^2=41,2$, $p=0,000$

Inntekt

Tabell 3.3 (neste side) viser at flertallet av deltakerne i alle gruppene hadde lønnsarbeid som hovedinntektskilde. Andelen lønnsarbeidere var høyest blant de lesbiske deltakerne (70%) og lavest blant de bifile (50%). Andelen med studielån som hovedinntektskilde var høyest blant bifile kvinner (20%). Fordelingen av hovedinntektskilder i de tre gruppene er trolig et uttrykk for aldersfordelingene i gruppene i vårt utvalg (større andel unge blant de bifile kvinnene). I Norge er 48% av kvinner og 54% av menn sysselsatt i heltid eller deltid (Statistisk Sentralbyrå 2012), men disse tallene er ikke direkte sammenliknbare med kategoriene i tabell 3.

Tallene for hovedbeskjeftigelse uttrykker omtrent det samme som tallene for hovedinntektskilde, se Anderssen and Malterud (2013). Andelen med lønnet arbeid som hovedbeskjeftigelse var størst i alle gruppene, lavest blant bifile kvinner (44%), antakelig fordi flere av dem er under utdanning. Andelen arbeidsledige varierte mellom 3-5%. Dette stemmer godt overens med andelen av arbeidsledige kvinner i befolkningen (3%) (Statistisk Sentralbyrå 2012).

Tabell 3.3. Hovedinntektskilde. Antall og prosent.

	Selvrapportert seksuell orientering		
	Lesbiske kvinner	Bifile Kvinner	Heterofile kvinner
Lønnsarbeid	137	203	571
	69,5%	50,1%	58,3%
Arbeidsledighetstrygd/kursstønad o.l.	3	8	12
	1,5%	2,0%	1,2%
Sosialstønad	2	8	5
	1,0%	2,0%	0,5%
Kombinasjon av lønnsarbeid og støtte	8	14	25
	4,1%	3,5%	2,6%
Alderstrygd	2	2	41
	1,0%	0,5%	4,2%
Uføretrygd/arbeidsavklaringspenger o.l.	24	59	112
	12,2%	14,6%	11,4%
Studielån	15	80	145
	7,6%	19,8%	14,8%
Annet	5	27	55
	2,5%	6,7%	5,6%
Foretrekker å ikke svare	1	4	13
	0,5%	1,0%	1,3%
	197	405	979
	100,0%	100,0%	100,0%

Se (Anderssen og Malterud, 2013) for detaljer i chi-kvadratanalysene for hovedinntektskilde.

LK vs HK: $X^2=9,0$, $p=0,011$

BK vs HK: $X^2=13,0$, $p=0,001$

LK vs BK: $X^2=21,9$, $p=0,000$

Tabell 3.4 viser inntektsfordelingen i utvalget. I alle inntektsgrupper over 300 000 kr var andelen lesbiske høyere enn blant heterofile kvinner, mens i de laveste inntektsgruppene var andelen bifile høyest. Forklaringen ligger antakelig i forskjellig utdanningsnivå, og at en større andel av de bifile kvinnene i utvalget var under utdanning. Forskjellene i inntektsfordelingen mellom heterofile, bifile og lesbiske kvinner i utvalget var signifikant.

Tabell 3.4. Samlet bruttoinntekt i 2011. Antall og prosent.

	Selvrapportert seksuell orientering		
	Lesbiske kvinner	Bifile kvinner	Heterofile kvinner
Inntil 99 999 kr	19	77	163
	9,6%	19,0%	16,6%
100 000 - 299 999 kr	49	137	271
	24,9%	33,8%	27,7%
300 000 - 499 999 kr	79	95	303
	40,1%	23,5%	30,9%
500 000 - 699 999 kr	20	17	69
	10,2%	4,2%	7,0%
700 000 kr eller mer	15	6	17
	7,6%	1,5%	1,7%
Foretrekker å ikke svare	15	73	156
	7,6%	18,0%	15,9%
	197	405	979
	100,0%	100,0%	100,0%

LK vs HK: $\chi^2=29,6$, $p=0,000$

BK vs HK: $\chi^2=14,0$, $p=0,007$

LK vs BK: $\chi^2=42,1$, $p=0,000$

Annet

Flere lesbiske kvinner (69%) og bifile kvinner (68%) var bosatt i større byer sammenliknet med heterofile kvinner (60%) i utvalget. 91%-95% i alle gruppene var født i Norge.

Andelen som var ugift, fraskilt, separert, enke eller gjenlevende var høyest blant bifile kvinner (41%) sammenliknet med heterofile (34%) og lesbiske (32%) kvinner. Andelen som bodde alene, var signifikant høyere blant lesbiske kvinner (25%) sammenliknet med bifile (21%) og heterofile kvinner (17%).

Færre lesbiske kvinner hadde barn (16%) sammenliknet med bifile (30%) og heterofile kvinner (49%). Vi spurte ikke om dette var egne biologiske barn, adoptivbarn, stebarnsadopterte barn, eller samboers barn.

I kapitlene 4-10 presenterer vi resultatene fra analysene fra dette materialet.

«Lesbiske og celleprøve» – kvalitativ delstudie

Bakgrunn – kvalitativ delstudie

I spørreundersøkelsen om levekår i 2013 fant vi at lesbiske kvinner hadde betydelig lavere oppslutning om masseundersøkelse (screening) mot livmorhalskreft enn heterofile kvinner (Anderssen and Malterud 2013). Tilsvarende mønster fant vi for mammografiscreening mot brystkreft. For lesbiske kvinner har

man antatt at negative helsetjenesteerfaringer eller forventninger kan ha betydning for kontakt med helsetjenesten, herunder denne typen forebyggende helsetjenester (Diamant, Wold et al. 2000, Bjorkman and Malterud 2009, McNair, Szalacha et al. 2011).

I dette delprosjektet ville vi undersøke grunner til at lesbiske kvinner ikke følger helsemyndighetenes anbefalinger og sjeldnere får tatt celleprøve fra livmorhalsen. Formålet var å utvikle kunnskap som kan bidra til å styrke oppslutningen om screeningprogrammet mot livmorhalskreft blant lesbiske kvinner i Norge.

Vi har ikke inkludert spørsmålet om mammografiscreening fordi dette er et mer kontroversielt screeningprogram, og fordi målgruppen er mer begrenset (50-69 år). Vi inkluderte heller ikke bifile kvinner, da deres oppslutning om screeningprogrammet ikke var signifikant forskjellig fra oppslutningen blant heterofile kvinner.

Design – kvalitativ delstudie

Vi gjennomførte en eksplorerende kvalitativ studie basert på empiriske data i form av skriftlige svar via internett fra lesbiske kvinner i Norge. En kvalitativ studie innebærer analyse av tekst, ikke tall (Malterud 2001). Man bruker systematiske prosedyrer for tolkning av tekst i stedet for statistiske beregninger. Et slikt design kan ikke si noe om forekomst og fordeling av de fenomenene man studerer.

Vi valgte å bruke internett i et format der vi kunne tilby full anonymitet til deltakerne. Fra tidligere studier hadde vi god erfaring med denne metoden fra tilsvarende målgruppe (Bjorkman and Malterud 2009, Bjorkman and Malterud 2012, Anderssen and Malterud 2013). På nettsidene til Uni Research Helse etablerte vi prosjektsiden «Hvorfor har lesbiske kvinner lav oppslutning om screeningprogrammet mot livmorhalskreft i Norge?» med informasjon om undersøkelsen og målgruppen. Herfra kunne interesserte klikke seg inn til en ny nettside med utfyllende informasjon. De som ville delta, skulle deretter bekrefte at de var i alderen 25-69 år, ikke hadde tatt celleprøve fra livmorhalsen hver gang de hadde fått innkalling, samt at de hadde mottatt informasjon om undersøkelsen og godtok at besvarelsen deres skulle brukes til forskning.

Deretter fulgte et åpent spørsmål der vi inviterte deltakerne til å fortelle om sine erfaringer og meninger:

Ikke alle kvinner følger opp helsemyndighetenes anbefalinger om rutineundersøkelse mot livmorhalskreft (celleprøve). Særlig gjelder dette for lesbiske kvinner. Det kan være mange grunner til dette.

Hva er dine grunner til ikke å møte fram hver gang du har fått innkalling?

Vi er oppriktig interesserte i å få vite mer om alle slags årsaker og vil derfor gjerne vite mer om hvorfor du ikke har fulgt opplegget. Vi vil også gjerne høre hvilke tanker du har omkring dette.

Skriv nedenfor med dine egne ord - bruk så mye plass du vil. Du kan gjerne fortelle om dine overveielser og beslutninger siste gang du ikke møtte fram.

Til slutt ba vi deltakerne krysse av på spørsmål om bakgrunnsopplysninger (alder, utdanning, barn). Skjematet ble satt opp i Qualtrics med prosedyrer der deltakernes IP-adresser ikke på noe tidspunkt kunne identifiseres.

Siden forskningsspørsmålet kunne tenkes å reise sensitive utfordringer og vi antok at vi kunne få inn empiriske data om helse og sykdom, sendte vi søknad om forhåndsgodkjenning av prosjektet til Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Komiteen vurderte at prosjektet ikke var framleggingspliktig (ref. 2014/537). Personvernombudet ved Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste vurderte

prosjektet og fant at det ikke var meldepliktig fordi data var anonyme (ref. 014/38342/). Vi har likevel gjennomført dette delprosjektet i samsvar med Helsinkideklarasjonens regler for forskningsetikk (World Medical Association 2013). Vi ønsket kontakt med lesbiske deltakere i relevant aldersgruppe (25-69 år) som ikke hadde møtt fram hver gang de hadde fått innkalling til celleprøve. Datainnsamlingen foregikk 17.06. – 30.09.2014 med annonsering via klikkannonser på nettstedet gaysir.no, sosiale medier og forskjellige nettverk. Prosjektet fikk også omtale på nettsidene til Landsforeningen for lesbiske og bifile – LLH, tidsskriftet Blikk og LHBT-senteret.

Underveis i datainnsamlingsperioden gjorde vi løpende vurderinger av innhold og variabilitet for å sikre at vi samlet inn et materiale som var egnet for forsvarlig analyse. Datainnsamlingen ble avsluttet da vi konstaterte at vi hadde fått inn et tilstrekkelig empirisk materiale med akseptabel demografisk variasjon.

Materiale – kvalitativ delstudie

Vi fikk inn til sammen 45 svar. Av disse inneholdt 38 data som var egnet for analyse. Svarene varierte fra 1-350 ord, og de fleste var på omtrent 100 ord. Tabell 3.5 presenterer alder, utdanning og foreldrestatus for deltakerne.

De fleste av deltakerne var kvinner mellom 30 og 50 år, med høyere utdanning og uten barn.

Tabell 3.5. Bakgrunnsdata for utvalget i «Lesbiske og celleprøve». Antall og prosent.

	Deltakere	
	N	%
Totalt	38	100
Alder		
25-29	3	8
30-39	18	47
40-49	11	29
50-59	6	16
60-69	0	0
Høyeste fullførte utdanning		
Grunnskole 7 år	0	0
Grunnskole 9 el 10 år	1	3
Videregående skole	4	11
Universitet/høgskole - lavere grad	20	53
Universitet/høgskole - høyere grad	13	34
Barn (egne el partners/ektefelles)		
Ja	14	37
Nei	24	63

Analyse – kvalitativ delstudie

Vi har gjennomført tematisk tverrgående analyse med *systematisk tekstkondensering* (Malterud 2012). Dette innebærer å 1) gjennomlese data for å få helhetsinntrykk og oversikt og etablere foreløpige tema for videre analyse, 2) identifisere meningsbærende enheter som representerer erfaringer og forklaringer knyttet til det å ikke få gjennomført celleprøve, etablere kodegrupper og kode de meningsbærende enhetene, 3) kondensere og abstrahere innholdet i hver av kodegruppene via subgrupper som samler de viktigste aspektene innen hver kodegruppe, og 4) sammenfatte og gjenfortelle innholdet fra kodegruppene til en analytisk tekst med kategorier som presenterer beskrivelser av erfaringer og forklaringer knyttet til det å ikke få gjennomført celleprøvetaking.

En rekke modeller er utviklet for å forstå hva som påvirker helserelatert atferd og menneskers bruk av helsetjenester. I slike modeller inngår både personlige egenskaper og erfaringer og sosiale og kulturelle faktorer. En slik modell er *The Health Belief Model* (Rosenstock 1966). Denne beskriver samspillet mellom menneskers tanker om helseproblemer, hvilke personlige gevinster som kan følge av en bestemt handling, hvilke hindringer som kan begrense slike handlinger, og hvilken tiltro individet har til betydningen av egne handlinger. I tillegg må det foreligge en trigger - en spesifikk utløsende faktor - som gjør at individet iverksetter handlingen som oppfattes som helsefremmende.

Denne modellen kan gi oss hypoteser om hvorfor noen kvinner deltar i screeningprogrammet mot livmorhalskreft, mens andre kvinner ikke følger opp. Det er samspillet mellom disse faktorene, særlig forholdet mellom gevinst og hindringer, som har betydning for utfallet (Carpenter 2010). Sviktende deltakelse kan skyldes at man anser sin egen risiko for å få sykdommen som liten, selv om sykdommen er alvorlig. I så fall oppfatter man sannsynligvis sin egen innsats for å få tatt celleprøve som mindre betydningsfull, og hindringer og motforestillinger kan få større vekt. I denne situasjonen fungerer trolig et varsel eller en invitasjon mindre effektivt som trigger for å bestille time for celleprøvetaking. I dette delprosjektet har vi brukt denne modellen som støtte for å se hvordan disse forholdene utspiller seg blant lesbiske kvinner som er i målgruppen for screening mot livmorhalskreft i Norge.

Vår analysestrategi har vært eksplorerende, deskriptiv og induktiv, der resultatene er etablert med utgangspunkt i tekstene fra deltakerne. Med støtte i Health Belief Model (Rosenstock 1966) har vi fokusert på data som kunne gi informasjon om deltakernes opplevelser av risikofaktorer, barrierer og triggere. Vi har sett spesielt etter informasjon der deltakerne spesifikt refererer til sin seksuelle orientering, for å kunne vurdere hvilke funn som kan være av spesiell betydning for lesbiske kvinner.

I kapittel 9 presenterer vi resultatene fra analysen. Sitatene i resultatpresentasjonen er gjengitt ordrett fra utvalgte historier og merket med referansenummer. I resultatpresentasjonen har vi prøvd å ivareta deltakernes uttryksmåter, samtidig som vi har tilstrebet en mest mulig konsistent terminologi i teksten.

Kapittel 4

ÅPENHET OG FORHOLD TIL EGEN SEKSUELL ORIENTERING

Bakgrunn - åpenhet

Marginalitet kan utgjøre en risikofaktor for levekår og helse. Regjeringens handlingsplan for å redusere sosial ulikhet i helse nevner spesielt sosial inkludering som et viktig virkemiddel (Helse- og omsorgsdepartementet 2007). Å kunne vedkjenne seg sin seksuelle orientering overfor seg selv og andre regnes av mange som en sentral forutsetning for god helse (Bonet, Wells et al. 2007, Beals, Peplau et al. 2009, Cox, Dewaele et al. 2010, Institute of Medicine (US) 2011), mens det å skjule sin seksuelle orientering kan være en indikator på minoritetsstress som henger sammen med dårligere levekår og helse (Steele, Timmouth et al. 2006, Bjorkman and Malterud 2007, McDermott, Roen et al. 2008, Frost and Meyer 2009, Bjorkman 2012, Bjorkman and Malterud 2012).

I et samfunn der heteroseksualitet er noe som tas for gitt og regnes som det normale, blir en lesbisk eller bifil orientering noe avvikende, noe som kan skjules og som må gjøres eksplisitt hvis andre skal ha kjennskap til dette (Berlant and Warner 2000, Rondahl, Innala et al. 2006). Nasjonale holdningsundersøkelser tyder på at andelen med negative holdninger til LHB-personer er synkende, og personer med negative holdninger utgjør et mindretall. Men bildet er variert og ulike former for negative holdninger til lesbiske og bifile kvinner er fortsatt til en viss grad utbredt, se Anderssen and Malterud (2013), kapittel 4. Kvinner som tilhører disse gruppene må derfor i mange situasjoner ta stilling til om de vil bli oppfattet som heteroseksuelle eller skille seg ut fra det som forventes og risikere negativ respons fra omgivelsene (Bjorkman and Malterud 2012). Da blir spørsmålet om åpenhet sentralt.

Lesbiske og bifile kvinner beskriver vekslende grad av åpenhet om seksuell orientering i forskjellige sosiale sammenhenger som en kompleks respons på livssituasjon, holdninger og forventninger som kan ha ulik betydning i forskjellige sosiale situasjoner (Anderssen and Malterud 2013), kapittel 5. Det er derfor kanskje viktigere å spørre om hvem som kjenner den seksuelle orienteringen til en person og personens tilfredshet med dette enn hvorvidt personen i sin alminnelighet er åpen eller ikke. Et annet spørsmål er hvordan man forholder seg til sin egen seksuelle orientering. Er dette en kilde til berikelse eller skam, eller er det kanskje ikke så viktig?

Befolkningsbaserte studier fra Danmark, Sverige og Norge viser høyere grad av åpenhet blant lesbiske enn blant homofile menn, og lavere grad av åpenhet blant bifile kvinner og menn enn blant lesbiske kvinner og homofile menn (Roth, Boström et al. 2006, Gransell and Hansen 2009, Anderssen and Malterud 2013). Også i studier fra USA har man funnet mindre åpenhet om seksuell orientering blant bifile (Lewis, Derlega et al. 2001). Åpenhet om seksuell orientering overfor fastlegen er imidlertid ingen selvfølge selv for personer som ellers er åpne i mange andre sammenhenger (Meckler, Elliott et al. 2006, Bjorkman and Malterud 2012, Austin 2013)

I levekårsundersøkelsen fra 2013 (Anderssen and Malterud 2013) rapporterte over 80% av de lesbiske kvinnene at familiemedlemmer, nærmeste arbeidskolleger og venner hadde kjennskap til deres seksuelle orientering. For bifile kvinner svarte langt under halvparten at andre hadde kjennskap til deres seksuelle orientering, bortsett fra nærmeste venner.

Vi stilte deltakerne flere spørsmål om åpenhet og deres forhold til egen seksuell orientering. Her har vi tatt utgangspunkt i spørsmålene om hvem som kjente til deres seksuelle orientering (far, mor, søsken, familien ellers, nærmeste naboer, nærmeste venner, venner generelt, bekjente i lag og organisasjoner, fastlegen). I analysene har vi skilt mellom dem som har svart ja på ett eller flere av disse spørsmålene («noen vet») og dem som har svart nei på alle spørsmål og er helt skjult («ingen vet»).

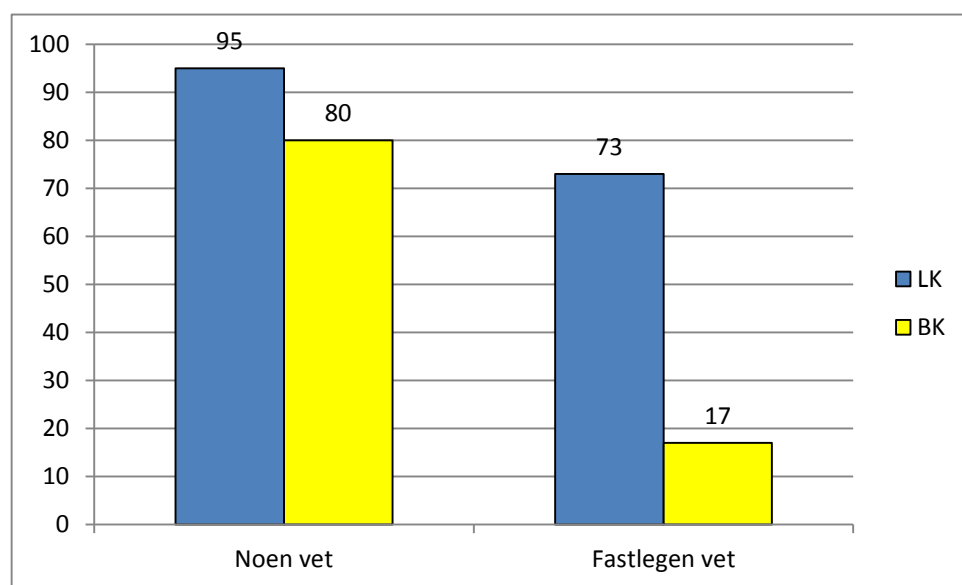
Har andre kjennskap til din seksuelle orientering?

Figur x viser at de aller fleste lesbiske (95%) og bifile kvinner (80%) rapporterte at i hvert fall noen andre kjenner deres seksuelle orientering. Det er altså kun et fåtall som er helt skjult overfor andre («ingen vet»). Andelen med noen grad av åpenhet var høyere blant lesbiske enn blant bifile kvinner, og forskjellene er signifikante etter kontroll for alder, utdanningslengde og inntektsgruppe.

Mens bare 5% av de lesbiske kvinnene svarte at ingen kjenner deres seksuelle orientering, var det 20% av de bifile kvinnene som krysset av for at verken mor, far, søsken, familien ellers, nærmeste naboer, nærmeste arbeidskolleger, nærmeste medstudenter, arbeidsplassen generelt, nærmeste venner, venner generelt, bekjente i lag og organisasjoner eller fastlegen kjente deres seksuelle orientering («ingen vet»).

Vi undersøkte hvor stor andel av de lesbiske og bifile kvinnene som oppga at fastlegen kjente til deres seksuelle orientering. Figur 4.1 viser at forskjellene mellom de to gruppene er store når det gjelder dette spørsmålet. 17% av de bifile kvinnene sa at fastlegen kjenner deres seksuelle orientering. Tilsvarende tall for de lesbiske kvinnene er 73%. Forskjellen er signifikant også etter statistisk kontroll for alder, inntekt og utdanningslengde.

Et mindretall av lesbiske og bifile kvinner sier altså at det er ingen andre som kjenner deres seksuelle orientering, flest blant de bifile kvinnene. Det er langt flere blant de lesbiske enn blant de bifile kvinnene som sier at fastlegen kjenner deres seksuelle orientering.



Figur 4.1. Prosentandeler som svarte at noen kjenner deres seksuelle orientering og som svarte at fastlegen kjenner deres seksuelle orientering.

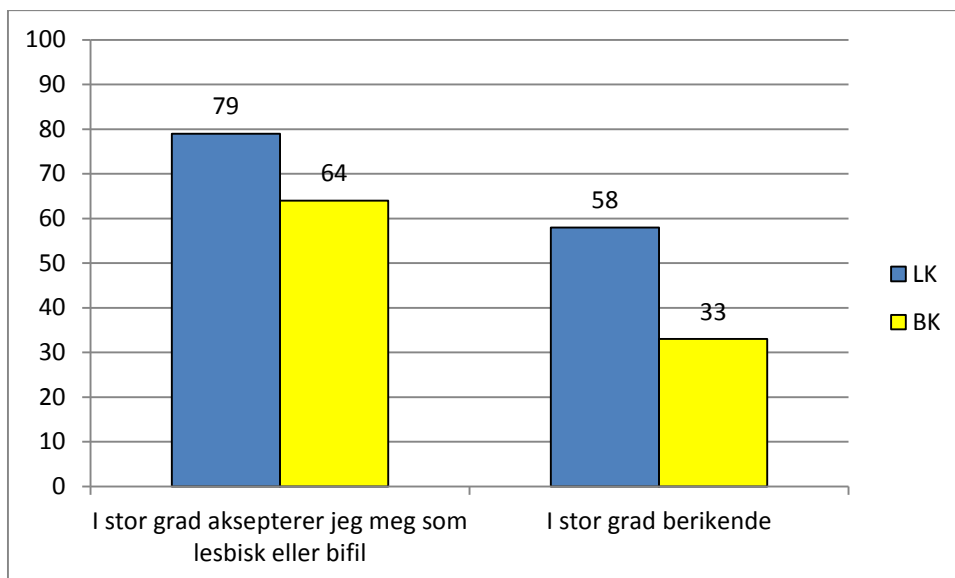
Noen vet: $\chi^2=22,0$, $p=0,000$

Fastlegen vet: $\chi^2=136,7$, $p=0,000$

Hvordan ser du på din seksuelle orientering?

Vi stilte fem ulike spørsmål om hvordan deltakerne så på sin seksuelle orientering. Vi spurte både etter positive og negative vurderinger.

Både blant lesbiske og bifile kvinner var det et flertall som svarte at de i stor grad aksepterte sin seksuelle orientering, se figur 4.2. Bare 33% av de bifile regnet sin seksuelle orientering som berikende, mot 58% av de lesbiske. De bifile kvinnene var mindre tilfredse enn de lesbiske kvinnene, og etter statistisk kontroll for alder, inntektsnivå og utdanningslengde var forskjellene mellom lesbiske og bifile kvinner signifikante på disse to spørsmålene.

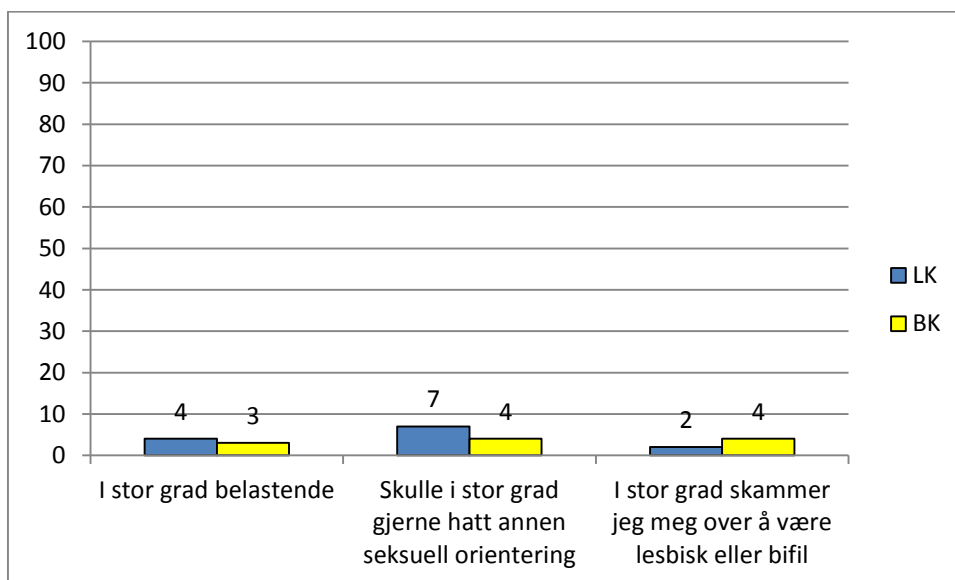


Figur 4.2. Alt i alt, hvordan tenker du i dag om din seksuelle orientering? Prosentandeler med positive tanker.

Aksepterer: $\chi^2=13,5$, $p=0,000$

Berikende: $\chi^2=30,5$, $p=0,000$

Figur 4.3 viser at et lite mindretall av de lesbiske og bifile kvinnene opplevde sin seksuelle orientering som belastende i stor grad, hadde ønsket seg en annen seksuell orientering, eller skammet seg i stor grad over å være lesbiske eller bifile. Det var ikke signifikante forskjeller i andelene for lesbiske og bifile kvinner, heller ikke etter statistisk kontroll for alder, inntekt og utdanningslengde.



Figur 4.3. Alt i alt, hvordan tenker du i dag om din seksuelle orientering? Prosentandeler med negative tanker

Belastende: $\chi^2=0,2$, $p=0,676$

Gjerne annen seksuell orientering: $\chi^2=2,5$, $p=0,115$

Skammer meg: $\chi^2=2,0$, $p=0,154$

På spørsmålet om deltakerne aksepterte seg selv fullt ut som lesbisk eller bifil, var det signifikante forskjeller mellom lesbiske og bifile kvinner etter kontroll for bakgrunnsfaktorene. Andelen med full aksept var høyere blant lesbiske enn blant bifile kvinner. Man kunne tenke seg at de eldre deltakerne i større grad aksepterte sin seksuelle orientering siden de har lengre livserfaring. Omvendt kunne man tenke seg at de yngre deltakerne i større grad aksepterer seg selv fordi de er unge i en mer liberal samtid. I aldersanalysene var det ikke signifikante forskjeller mellom eldre og yngre lesbiske kvinner, verken over og under 30 år, eller over og under 40 år. Det samme gjaldt for bifile kvinner.

Videre undersøkte vi om det var noen sammenheng mellom selvakseptering og det å skjule sin seksuelle orientering. Her fant vi en signifikant og sterk sammenheng både blant lesbiske og bifile kvinner. Det var flere som sa at ingen andre kjenner deres seksuelle orientering blant dem som ikke aksepterte seg selv som lesbiske eller bifile.

Hovedfunn – åpenhet

- Et mindretall av de lesbiske og bifile kvinnene var helt skjulte angående sin seksuelle orientering, flest blant de bifile.
- Åpenhet om seksuell orientering overfor fastlegen var langt vanligere blant lesbiske kvinner enn blant bifile kvinner.
- De fleste lesbiske og bifile kvinner aksepterte sin seksuelle orientering, men de lesbiske kvinnene var langt mer tilfredse enn de bifile kvinnene med sin seksuelle orientering.
- Noen få lesbiske og bifile kvinner opplevde sin seksuelle orientering som belastende, hadde ønsket seg en annen seksuell orientering eller skammet seg over å være lesbiske eller bifile.
- Vi fant ingen aldersforskjeller angående selvakseptering, verken blant lesbiske eller bifile kvinner.
- Både blant lesbiske og bifile kvinner var det en sterk sammenheng mellom åpenhet og akseptering av egen seksuell orientering. De som var helt skjulte, viste mindre grad av akseptering.

For å belyse sammenhenger mellom de ulike temaene har vi valgt å samle vår diskusjon av resultatene i kapittel 11. Der drøfter vi likheter og forskjeller i helse blant lesbiske og bifile kvinner sammenliknet med heterofile kvinner i lys av foreliggende forskning.

Kapittel 5

GENERELL HELSE OG FUNKSJONSNIVÅ

Bakgrunn – generell helse og funksjonsnivå

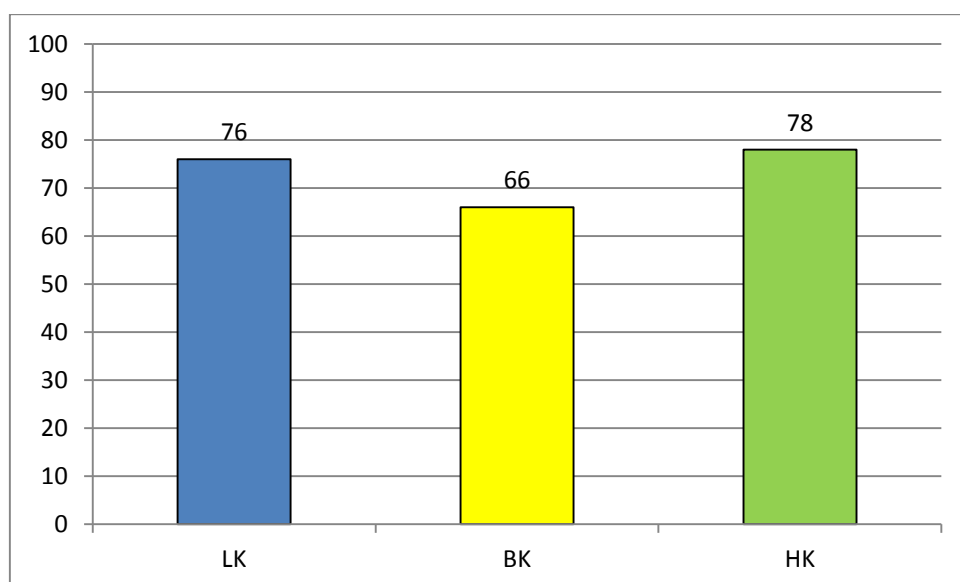
De fleste nyere studier finner at flertallet blant lesbiske og bifile kvinner har god selvvardert helse. Blant et mindretall er likevel andelen med dårlig selvvardert helse høyere enn blant heterofile personer, og mye kan tyde på at bifile kvinner er en særlig utsatt gruppe (Hegna, Kristiansen et al. 1999, Roth, Boström et al. 2006, Sandfort, Bakker et al. 2006, Gransell and Hansen 2009, Fredriksen-Goldsen, Kim et al. 2010, McNair, Szalacha et al. 2011, Veenstra 2011, Whybrow, Ramsay et al. 2012, Anderssen and Malterud 2013, Folkhälsomyndigheten 2014).

I Nederland var andelen med kronisk sykdom høyere blant LHB-personer sammenliknet med heterofile (Sandfort, Bakker et al. 2006). I Sverige var andelen med kronisk smerte høyest blant bifile kvinner (2005). Blant kvinner i California var andelen med kroniske helseplager høyest blant bifile kvinner (Cochran and Mays 2007). Blant danske kvinner var det forskjell mellom LB-kvinner og heterofile angående kronisk sykdom (Gransell and Hansen 2009). I den norske levekårsundersøkelsen fra 2013 fant vi at andelen med kronisk sykdom og nedsatt fysisk funksjon var større blant bifile kvinner enn blant lesbiske og heterofile kvinner (Anderssen and Malterud 2013).

Selvvardert helse

Vi stilte deltakerne flere spørsmål om generell helse og funksjonsnivå. Her har vi tatt utgangspunkt i spørsmålet om hvordan de vurderte sin egen helse «sånn i alminnelighet» med svarkategorier fra meget god til meget dårlig.

Figur 5.1 viser at et tydelig flertall blant lesbiske, bifile og heterofile kvinner rapporterte ganske god eller meget god helse. Blant bifile kvinner var andelen med ganske god eller meget god selvvardert helse signifikant lavere enn blant lesbiske og heterofile kvinner, også etter statistisk kontroll for alder, inntekt og utdanningslengde.



Figur 5.1. Selvvardert helse. Prosentandeler som har svart «ganske god» eller «meget god».

LK vs HK: $\chi^2=0,1$, $p=0,803$
BK vs HK: $\chi^2=20,0$, $p=0,000$
LK vs BK: $\chi^2=6,5$, $p=0,011$

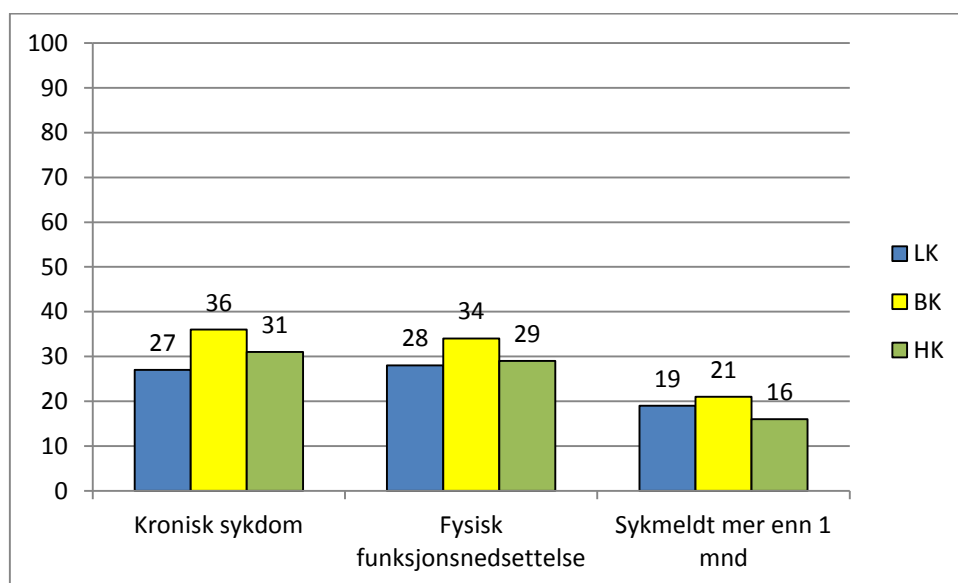
Kronisk sykdom - fysisk funksjonsnedsettelse - langtidssyk- melding

Vi spurte også deltakerne om de hadde kronisk sykdom eller fysisk funksjonsnedsettelse og om de hadde vært langtidssykmeldte.

Figur 5.2 viser at omtrent en tredjedpart av deltakerne i alle tre gruppene (27-36%) svarte at de hadde *kronisk sykdom*. Den største forskjellen var mellom lesbiske kvinner (lavest) og bifile kvinner (høyest), og denne var signifikant. Etter statistisk kontroll for alder, inntekt og utdanningslengde var også forskjellen mellom bifile og heterofile kvinner signifikant. Det var altså en større andel med kronisk sykdom blant bifile kvinner enn blant lesbiske og heterofile kvinner.

Vi har kartlagt *fysisk funksjonsnedsettelse* ved å spørre deltakerne om de hadde fysisk sykdom, skade eller lidelse som nedsatte deres funksjoner i dagliglivet. Også her svarte omtrent en tredjedpart i alle gruppene (28-34%) bekreftende, se figur x. Etter statistisk kontroll for alder, inntekt og utdanningslengde viste det seg at andelen bifile kvinner med fysisk funksjonsnedsettelse var signifikant høyere enn blant heterofile kvinner.

Langtidssykmelding ble definert som sammenhengende sykmelding mer enn 1 måned siste 12 måneder. Figur 5.2 viser at et mindretall i alle gruppene (16-21%) svarte at de hadde vært langtidssykmeldte, signifikant flere bifile kvinner enn de andre. Etter kontroll for alder, inntekt og utdanningslengde fant vi at andelen bifile kvinner med langtidssykmelding var signifikant høyere enn blant heterofile kvinner, men ikke høyere enn blant lesbiske kvinner.



Figur 5.2. Kronisk sykdom, fysisk funksjonsnedsettelse og langtidssykmelding. Prosentandeler.

Kronisk sykdom:

LK vs HK: $\chi^2=1,4$, $p=0,239$

BK vs HK: $\chi^2=2,6$, $p=0,110$

LK vs BK: $\chi^2=4,6$, $p=0,032$

*Fysisk sykdom, skade eller lidelse som
nedsetter funksjoner i dagliglivet*

LK vs HK: $\chi^2=0,4$, $p=0,843$

BK vs HK: $\chi^2=3,7$, $p=0,055$

LK vs BK: $\chi^2=2,2$, $p=0,135$

*Sykmeldt sammenhengende mer enn en
måned siste 12 måneder*

LK vs HK: $\chi^2=0,9$, $p=0,340$

BK vs HK: $\chi^2=4,3$, $p=0,039$

LK vs BK: $\chi^2=14,2$, $p=0,001$

Hovedfunn – generell helse og funksjonsnivå

- De aller fleste lesbiske og bifile kvinnene rapporterte god generell helse og funksjon.
- Forholdene for lesbiske og heterofile kvinner var omtrent like med hensyn til selvvardert helse, kronisk sykdom, fysisk funksjonsnedsettelse og langtidssykmelding.
- Bifile kvinner hadde dårligere selvvardert helse, mer kronisk sykdom og fysisk funksjonsnedsettelse enn lesbiske og heterofile kvinner, og flere bifile hadde langtidssykmelding enn heterofile kvinner.

For å belyse sammenhenger mellom de ulike temaene har vi valgt å samle vår diskusjon av resultatene i kapittel 11. Der drøfter vi likheter og forskjeller i helse blant lesbiske og bifile kvinner sammenliknet med heterofile kvinner i lys av foreliggende forskning.

Kapittel 6

PSYKISK HELSE

Bakgrunn – psykisk helse

Forskningslitteraturen gir klare indikasjoner på at andelen lesbiske og bifile kvinner med dårlig psykisk helse og selvmordsforsøk er høyere enn blant heterofile kvinner (King, Semlyen et al. 2008, Haas, Eliason et al. 2010, Institute of Medicine (US) 2011, Whybrow, Ramsay et al. 2012). Samtidig viser forskningen at flertallet, både blant lesbiske og bifile kvinner, har psykisk helse på linje med heterofile kvinner. Tilsvarende funn for psykisk helse og selvmordsatferd er gjort blant annet i Nederland, Danmark, USA, Australia, Skottland og Sverige (Valanis, Bowen et al. 2000, Sandfort, Bakker et al. 2006, Gransell and Hansen 2009, Bostwick, Boyd et al. 2010, McNair, Szalacha et al. 2011, Folkhälsomyndigheten 2014).

Hypoteser om årsaker til økt forekomst av psykisk sykdom, minoritetsstress, fordommer og diskriminering blant LHB-personer drøftes i en omfattende oversiktsartikkel (Haas, Eliason et al. 2010). Her kommenteres også mangelen på kunnskap om risikofaktorer og ressursforhold hos forskjellige undergrupper i LHB-befolkningen. Likeså diskuteres metodeforhold som kan ha betydning for tolkning av funnene i selvmordsforskning generelt - for eksempel er de fleste av disse studiene retrospektive tverrsnittsstudier som i liten grad kan si noe om kausalitet (Haas, Eliason et al. 2010). Likevel mener forfatterne at det er mange indikasjoner på sammenhenger mellom selvmordsatferd blant LHB-ungdom og mobbing og vold som følge av seksuell orientering

Mye tyder på at bifile kvinner og kvinner i de yngste aldersgruppene er mest utsatt (Roth, Boström et al. 2006) (Gransell and Hansen 2009, Whybrow, Ramsay et al. 2012, Folkhälsomyndigheten 2014, Pompili, Lester et al. 2014). I den norske levekårsundersøkelsen fra 2013 (Anderssen and Malterud 2013) fant vi at en større andel bifile og lesbiske kvinner rapporterte psykisk funksjonsnedsettelse sammenliknet med heterofile kvinner. Bifile og lesbiske kvinner hadde høyere forekomst av symptomer på depresjon og angst enn heterofile kvinner. Det samme gjaldt selvmordsforsøk. På flere områder var bifile kvinner mest utsatt. Andelen dagligbrukere av antidepressive medikamenter var høyest blant bifile kvinner.

Psykiske plager

Vi stilte deltakerne flere spørsmål om psykisk helse. For å beskrive forekomsten og fordeling av psykiske plager blant lesbiske, bifile og heterofile kvinner har vi her sett nærmere på tre ulike mål, nemlig funksjonsnedsettelse på grunn av psykisk sykdom, symptomer på psykiske problemer kartlagt med 25 spørsmål fra Hopkins symptomsjekkliste (heretter kalt Hopkinsverdi) samt daglig bruk av antidepressive medikamenter. En Hopkinsverdi på 1,75 eller høyere regnes som tegn på behandlingstrengende psykisk sykdom (Clench-Aas, Rognerud et al. 2009).

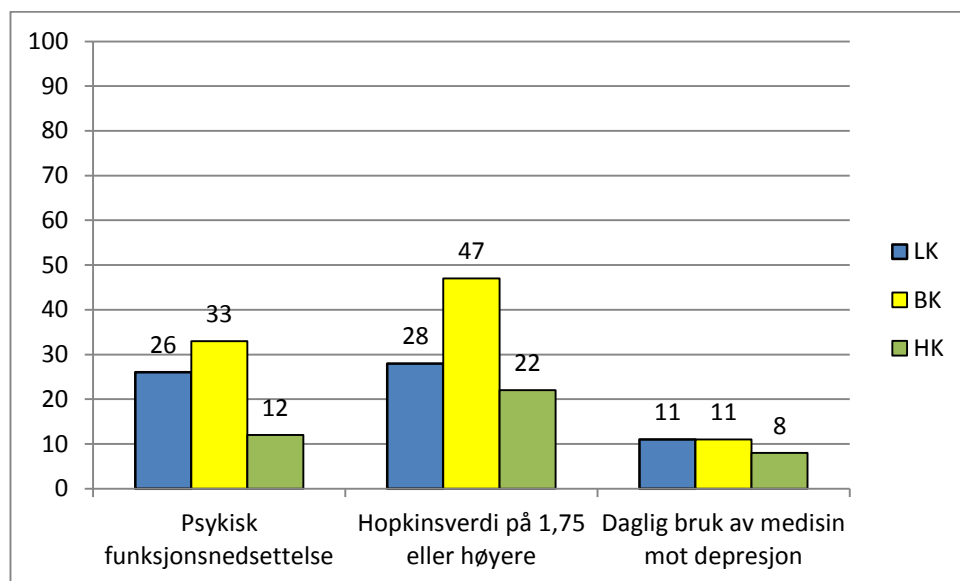
Figur 6.1 (neste side) viser fordelingen av psykisk funksjonsnedsettelse, Hopkinsverdi og bruk av antidepressive medikamenter blant lesbiske, bifile og heterofile kvinner.

Vi spurte deltakerne om de hadde «psykisk sykdom, skade eller lidelse som nedsetter funksjoner i dagliglivet». Et mindretall i alle tre grupper svarte bekreftende på dette, se figur x. Andelene som rapporterte *psykisk funksjonsnedsettelse* var signifikant høyere blant lesbiske og bifile kvinner sammenliknet med heterofile kvinner. Forskjellene var signifikante også etter statistisk kontroll for alder, inntekt og utdanningslengde.

Resultatene for *Hopkinsverdi* fordelte seg på tilsvarende måte, se figur x. Andelen av deltakere med en verdi på 1,75 eller mer var signifikant høyere blant lesbiske og bifile kvinner sammenliknet med heterofile kvinner. Forskjellene var signifikante også etter statistisk kontroll for alder, inntekt og utdanningslengde.

Andelen som brukte *antidepressive medikamenter* daglig, var lavere i alle de tre gruppene enn for psykisk funksjonsnedsettelse og Hopkinsverdi, se figur x. Blant bifile kvinner var andelen signifikant høyere enn blant heterofile kvinner, også etter statistisk kontroll for alder, inntekt og utdanningslengde.

Vi finner altså en overhyppighet av psykiske plager blant lesbiske og bifile kvinner sammenliknet med heterofile kvinner, mest uttalt blant bifile kvinner.



Figur 6.1. Prosentandeler med psykiske plager kartlagt på tre ulike måter.

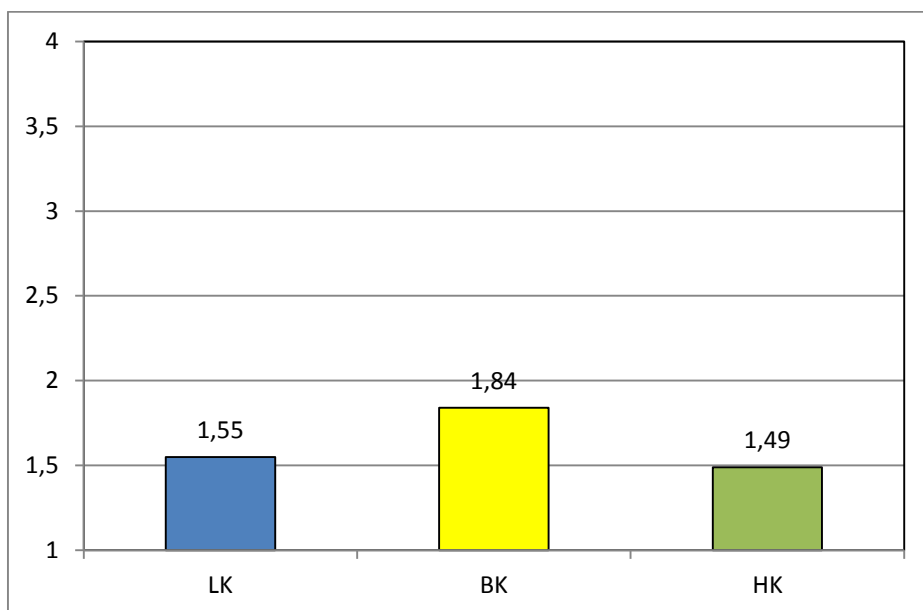
Psykisk funksjonsnedsettelse
 LK vs HK: $\chi^2=24,2$, $p=0,000$
 BK vs HK: $\chi^2=82,0$, $p=0,000$
 LK vs BK: $\chi^2=2,9$, $p=0,090$

Hopkinsverdi 1,75 eller høyere:
 LK vs HK: $\chi^2=19,5$, $p=0,000$
 BK vs HK: $\chi^2=84,6$, $p=0,000$
 LK vs BK: $\chi^2=3,1$, $p=0,079$

Daglig bruk av medisin mot depresjon
 LK vs HK: $\chi^2=0,01$, $p=0,942$
 BK vs HK: $\chi^2=4,6$, $p=0,032$
 LK vs BK: $\chi^2=2,9$, $p=0,116$

Psykisk symptombelastning – tyngde og aldersfordeling

Vi har sammenliknet tyngden av psykisk symptombelastning blant lesbiske, bifile og heterofile kvinner ved å se på Hopkinsverdi i de to gruppene. Figur 6.2 viser høyest symptombelastning blant bifile kvinner, som har en meget høy gjennomsnittsverdi (1,84). Dette er signifikant høyere enn blant lesbiske og heterofile kvinner. Etter statistisk kontroll for alder, inntekt og utdanningslengde var forskjellene signifikante mellom alle de tre gruppene. Vi finner altså at bifile kvinner har tyngre belastning av psykiske symptomer enn lesbiske kvinner, som igjen har tyngre belastning enn heterofile kvinner.



Figur 6.2. Gjennomsnittlig Hopkinsverdi.

LK vs HK: $t(250) = -1,42$, $p = 0,157$.

BK vs HK: $t(598) = -9,69$, $p = 0,000$

LK vs BK: $t(419) = 5,47$, $p = 0,000$

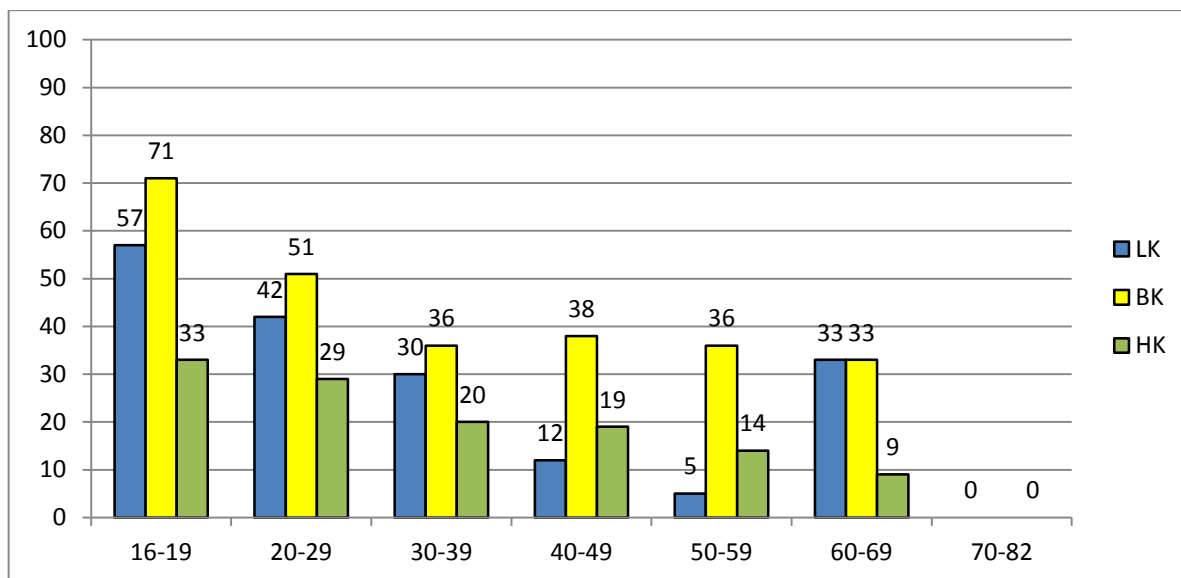
Standardavvik LK: 0,57

Standardavvik BK: 0,64

Standardavvik HK: 0,49

Figur 6.3 (neste side) viser aldersfordelingen blant lesbiske, bifile og heterofile kvinner med Hopkinsverdi på 1,75 eller høyere, altså dem som har tyngst psykisk symptombelastning i utvalget vårt. Her er mønsteret noe forskjellig for de tre gruppene. Blant lesbiske kvinner er symptombelastningen i hovedsak høyere jo yngre man er. Også blant de yngste bifile kvinnene er symptombelastningen høyest, men fra 30-årene er den noenlunde lik i ulike aldersgrupper. Også blant de heterofile kvinnene var symptombelastningen høyest i de yngre aldersgruppene. Antallet i flere av gruppene er små, hvilket gjør at prosentandelene her er usikre.

Forskjellene mellom gruppene kan skyldes en kombinasjon av alders- og kohorteffekter. *Alderseffekt* innebærer at antall år man har levd, har betydning for symptomtrykket. I alle tre gruppene er det flest med høyt symptomtrykk blant de yngste. *Kohorteffekt* innebærer at forskjeller mellom aldersgrupper skyldes at aldersgruppene har forskjellige erfaringer som igjen påvirker symptomtrykket. For eksempel kunne det tenkes at de yngste har livserfaringer knyttet til sosiale medier som gjør dem mer sårbare, mens de eldste har vært unge lesbiske på en tid da motstanden i samfunnet var sterkere enn nå. Vi kan ikke si hva som er mest utslagsgivende for våre aldersfordelte funn.

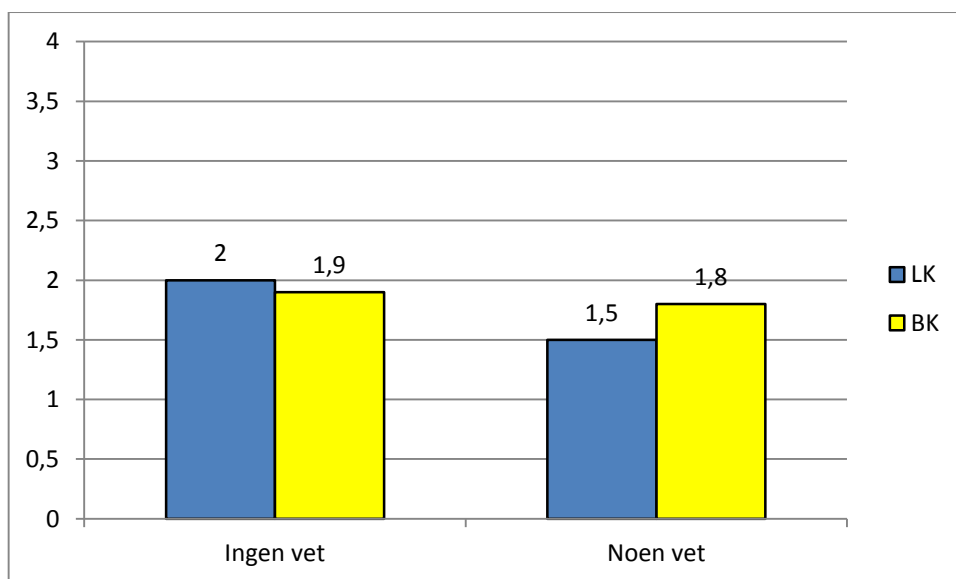


Figur 6.3. Prosentandeler med gjennomsnittlig Hopkinsverdi på 1.75 eller høyere i ulike aldersgrupper.

Åpenhet og psykiske plager

Vi har undersøkt om det er sammenheng mellom graden av psykisk symptombelastning og det å være helt skjult med sin seksuelle orientering. Figur 6.4 viser Hopkinsverdi blant dem som svarte at ingen kjenner deres seksuelle orientering sammenliknet med dem som svarte at noen vet.

Blant lesbiske kvinner var Hopkinsverdi signifikant høyere blant dem som var helt skjult (8 personer) enn blant dem som svarte at noen vet. Tallene er små og resultatene har en viss usikkerhet. Blant bifile kvinner var forskjellen ikke signifikant. Vi finner altså at det å skjule sin orientering kan ha sammenheng med mer omfattende psykiske plager for lesbiske kvinner, men ikke for bifile kvinner.



Figur 6.4. Hopkinsverdi for dem som sier at ingen andre kjenner deres seksuelle orientering og for dem som sier at noen eller flere kjenner dette.

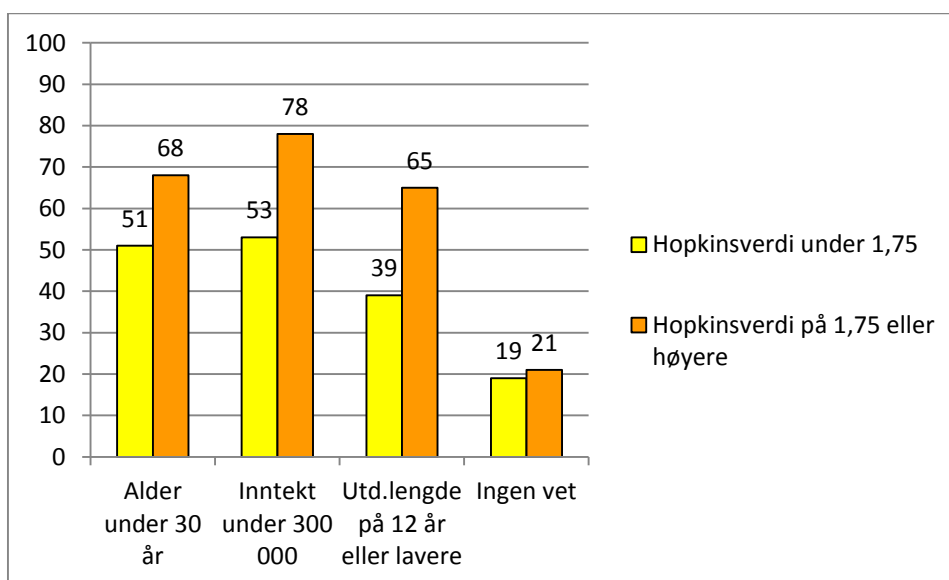
Ingen vet: LK vs BK: $t = 0,41$, $p = 0,684$
Noen vet: LK vs BK: $t = -5,34$, $p = 0,000$
LK: Ingen vet vs. noen vet: $t = 2,22$, $p = 0,028$
BK: Ingen vet vs. noen vet: $t = 0,546$, $p = 0,585$

Standardavvik LK ingen vet: 0,88
Standardavvik LK noen vet: 0,55
Standardavvik BK ingen vet: 0,67
Standardavvik LK ingen vet: 0,63

Hvilke bifile kvinner er mest utsatt for psykiske plager?

Vi har sammenliknet alder, inntekt, utdanningslengde og åpenhet blant bifile kvinner med høy Hopkinsverdi (1,75 eller høyere) med de øvrige bifile kvinnene, se figur 6.5.

Blant bifile kvinner med høy Hopkinsverdi var det signifikant høyere andel av unge kvinner (under 30 år), kvinner med lav inntekt (under 300 000 kroner per år) og kvinner med kortere utdanning. Det var ingen signifikant forskjell angående det å være helt skjult.



Figur 6.5. Bifile kvinner: Alder, inntekt, utdanningslengde og skjulthet for dem med Hopkinsverdi under 1.75 og dem med 1.75 og høyere. Prosentandeler.

Alder: $\chi^2=11,5$, $p=0,000$
Inntekt: $\chi^2=22,1$, $p=0,055$
Utdanningslengde: $\chi^2=26,6$, $p=0,000$
Skjult: $\chi^2=0,1$, $p=0,742$

Selvmondsatferd

Vi stilte deltakerne spørsmål om de noen gang har hatt tanker om å ta sitt eget liv eller forsøkt å ta sitt liv. Disse spørsmålene gjelder altså livstidserfaring for den enkelte deltaker, mens de foregående spørsmål om psykisk funksjonsnedsettelse, psykisk symptombelastning og bruk av medisin mot depresjon gjelder siste uker og siste år.

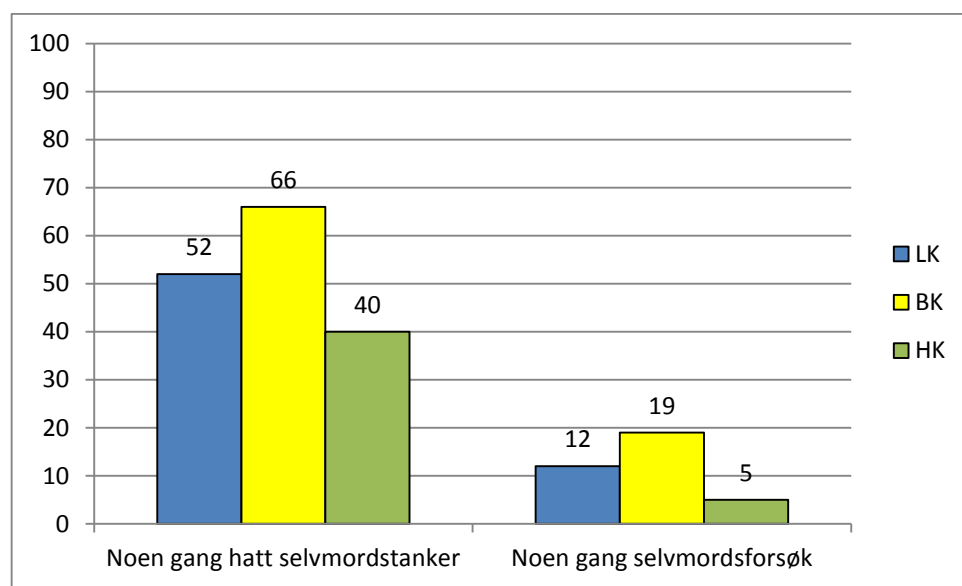
Figur 6.6 (neste side) viser at andelen som oppga at de noen gang hadde hatt *selvmordstanker* varierer mellom gruppene, høyest blant bifile kvinner (66% - 264 personer), dernest lesbiske kvinner (52% - 101

personer) og lavest blant heterofile kvinner (40% - 382 personer). Forskjellene var signifikante. Etter statistisk kontroll for alder, inntekt og utdanningslengde finner vi imidlertid at forskjellene mellom lesbiske og heterofile kvinner var signifikant, og forskjellen mellom bifile og heterofile kvinner var signifikant, men ikke forskjellene mellom lesbiske og bifile kvinner. Dette betyr at det er flere bifile og lesbiske kvinner som hadde hatt selvmordstanker enn blant heterofile kvinner.

Figuren viser tilsvarende mønster når det gjelder *selvmordsforsøk*. Andelen som oppga at de hadde forsøkt å ta sitt eget liv, var høyest blant bifile kvinner (19% - 77 personer), dernest lesbiske kvinner (12% - 24 personer), og lavest blant heterofile kvinner (5% - 50 personer). Forskjellene var signifikante. Etter statistisk kontroll for alder, inntekt og utdanningslengde, var andelen som rapporterte selvmordsforsøk, signifikant lavere blant heterofile kvinner sammenliknet med de to andre gruppene, men ikke mellom lesbiske og bifile kvinner. Dette betyr at flere lesbiske og bifile kvinner hadde forsøkt å ta sitt liv sammenliknet med heterofile kvinner.

Vi vil peke på to viktige og parallelle funn her:

For det første er det alvorlig at 19% av bifile kvinner og 12% av lesbiske kvinner rapporterte å noen gang ha forsøkt å ta sitt liv. Dette må følges opp med nærmere undersøkelser for å forstå hva som ligger bak tallene og for å eventuelt utvikle tiltak. For det andre rapporterte det store flertallet også blant lesbiske kvinner (88%) og bifile kvinner (81%) at de ikke hadde forsøkt ta sitt eget liv. Vi fremhever dette for å forebygge forestillinger om at bifile og lesbiske kvinner flest er belastet med selvmordsatferd.



Figur 6.6. Prosentandeler som oppga noen gang å ha hatt tanker om å ta sitt eget liv og som har forsøkt å ta sitt liv.

Selvmordstanker:

LK vs BK: $\chi^2=10,8$, $p=0,001$

BK vs HK: $\chi^2=75,6$, $p=0,000$

LK vs HK: $\chi^2=9,3$, $p=0,002$

Noen gang prøvd å sitt liv:

LK vs BK: $\chi^2=4,7$, $p=0,030$

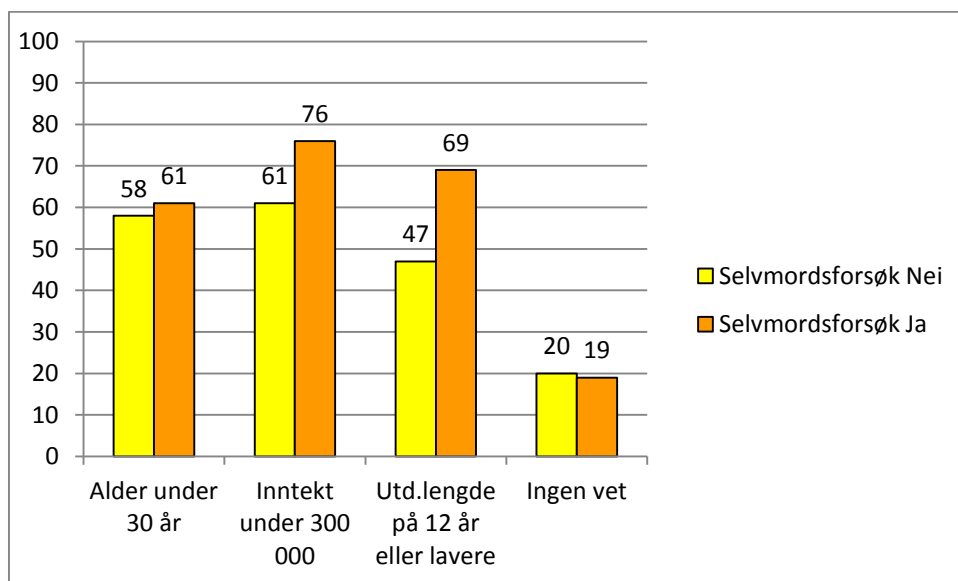
BK vs HK: $\chi^2=68,2$, $p=0,000$

LK vs HK: $\chi^2=14,0$, $p=0,000$

Hvilke bifile kvinner har forsøkt å ta sitt eget liv?

Vi har sammenliknet alder, inntekt, utdanningslengde og åpenhet blant bifile kvinner som har forsøkt å ta sitt eget liv med de øvrige bifile kvinnene, se figur 6.7.

Blant bifile kvinner som rapporterte selvmordsforsøk, var det signifikant flere med lav inntekt (under 300 000 kroner per år) og flere med kortere utdanning. Det var ingen signifikant forskjell angående alder eller åpenhet.



Figur 6.7. Bifile kvinner: Alder, inntekt, utdanningslengde og skjulthet for dem som noen gang har forsøkt å ta sitt eget liv. Prosentandeler

Alder (over under 30 år): $X^2=0,2$, $p=0,657$

Inntekt (over under 300 000): $X^2= 5,0$, $p=0,025$

Utdanningslengde (over under 12 år): $X^2=11,8$, $p=0,001$

Ingen vet: $X^2=0,1$, $p=0,785$

Hovedfunn – psykisk helse

- Psykiske plager var alvorligere og mer utbredt blant lesbiske og bifile kvinner enn blant heterofile kvinner, særlig i yngre aldersgrupper.
- Bifile kvinner rapporterte gjennomsnittlig psykisk symptombelastning som er så høy at den regnes som behandlingstrengende.
- Bifile kvinner med omfattende psykiske plager var unge med lav inntekt og kort utdanning.
- Lesbiske kvinner som er helt skjult, hadde større psykisk symptombelastning enn andre lesbiske kvinner. Tilsvarende sammenheng finner vi ikke blant bifile kvinner.
- Selvmordstanker var mer utbredt blant lesbiske og bifile kvinner enn blant heterofile kvinner.
- Selvmordsforsøk var mer utbredt blant lesbiske og bifile kvinner enn blant heterofile kvinner.
- Bifile kvinner som rapporterte selvmordsforsøk, hadde lav inntekt og kort utdanning. Det var ingen sammenheng med alder og åpenhet angående selvmordsforsøk i denne gruppen.

For å belyse sammenhenger mellom de ulike temaene har vi valgt å samle vår diskusjon av resultatene i kapittel 11. Der drøfter vi likheter og forskjeller i helse blant lesbiske og bifile kvinner sammenliknet med heterofile kvinner i lys av foreliggende forskning.

Kapittel 7

SEKSUELT OVERFØRBARE INFEKSJONER

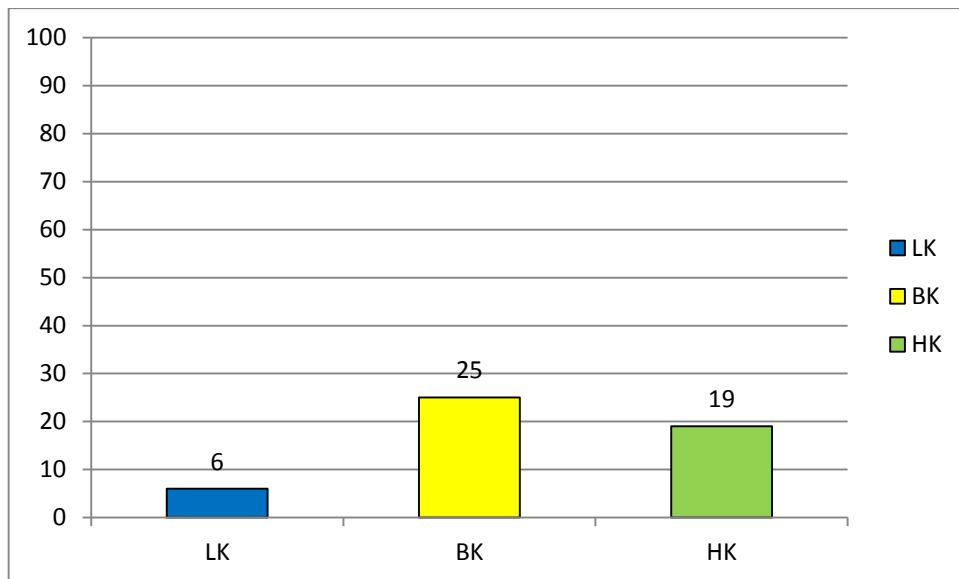
Bakgrunn – seksuelt overførbare infeksjoner

Skal vi undersøke forekomsten av seksuelt overførbare infeksjoner (SOI), er det nødvendig å presisere hvorvidt vi snakker om forekomsten blant kvinner med lesbisk, bifil eller heterofil *identitet*, eller om våre definisjoner gjelder seksuell *atferd* (kvinner som har sex med kvinner – KSK, kvinner som har sex med både kvinner og menn – KSKM og kvinner som har sex med menn (KSM). I forskningslitteraturen brukes begge disse definisjonene. KSK og KSKM er sammensatte grupper med stor variasjon i seksuell identitet, atferd, praksis og risiko. Vi har gjennomgått litteratur som omfatter SOI både blant lesbiske og bifile kvinner og KSK/KSKM. I denne rapporten ligger vårt fokus på kvinner som definerer seg som lesbiske eller bifile, sammenliknet med heterofile kvinner.

I en oversiktsartikkel fra 2011 sammenfattes forskning om forekomst og risikofaktorer for SOI blant KSK (Gorgos and Marrazzo 2011). Forfatterne påpeker at det er mangel på studier med representative utvalg, og at slike studier er forutsetningen for forsvarlige anslag av forekomst. En befolkningsstudie fra Storbritannia indikerer at forekomsten av SOI er høyest blant KSKM sammenliknet med andre kvinner (Mercer, Bailey et al. 2007). Det foreligger en rekke studier av KSK, KSKM, lesbiske eller bifile kvinner om HIV, herpes simplex, bakteriell vaginose, HPV, trichomoniasis, chlamydia, hepatitt, gonorre, syfilis og candida (Raiteri, Fora et al. 1994, Fethers, Marks et al. 2000, Marrazzo, Stine et al. 2003, Bailey, Farquhar et al. 2004, Bailey, Farquhar et al. 2004, Benson and Hergenroeder 2005, Koh, Gomez et al. 2005, Marrazzo 2007, Bailey, Benato et al. 2008, Singh, Fine et al. 2011). Flertallet av disse studiene bygger på selekterte utvalg fra egne klinikker eller på selvrekrutterte utvalg fra organiserte grupper av lesbiske eller bifile kvinner. Fordi kunnskapsgrunnlaget om smittsomhet er usikkert, er det også tilsvarende stor usikkerhet knyttet til strategier for å fremme sikrere sex blant lesbiske og bifile kvinner (Diamant, Lever et al. 2000, Marrazzo, Coffey et al. 2005, McNair 2005, McNair 2009, Richters and Clayton 2010, Richters, Prestage et al. 2010, Marrazzo, Thomas et al. 2011). I den norske levekårsundersøkelsen fra 2013 fant vi at lesbiske kvinner hadde særlig lav forekomst av seksuelt overførbare sykdom sammenliknet med bifile og heterofile kvinner (Anderssen and Malterud 2013).

Har hatt seksuelt overførbare infeksjon

Vi stilte deltakerne ulike spørsmål om seksualitet og helse. Her har vi tatt utgangspunkt i spørsmålet om deltakerne noen gang hadde hatt en seksuelt overførbare infeksjon. Figur 7.1 (neste side) viser at her var det stor variasjon mellom de tre gruppene av deltakere. 6% av de lesbiske kvinnene (12 kvinner) bekreftet at de hadde hatt seksuelt overførbare sykdom, sammenliknet med 25% av de bifile kvinnene (99 kvinner) og 19% av de heterofile kvinnene (186 kvinner), og disse forskjellene mellom alle tre gruppene var signifikante. Etter statistisk kontroll for alder, inntekt og utdanningslengde var forekomsten blant lesbiske kvinner signifikant lavere enn for bifile og heterofile kvinner, mens det ikke var signifikante forskjeller mellom bifile og heterofile kvinner.



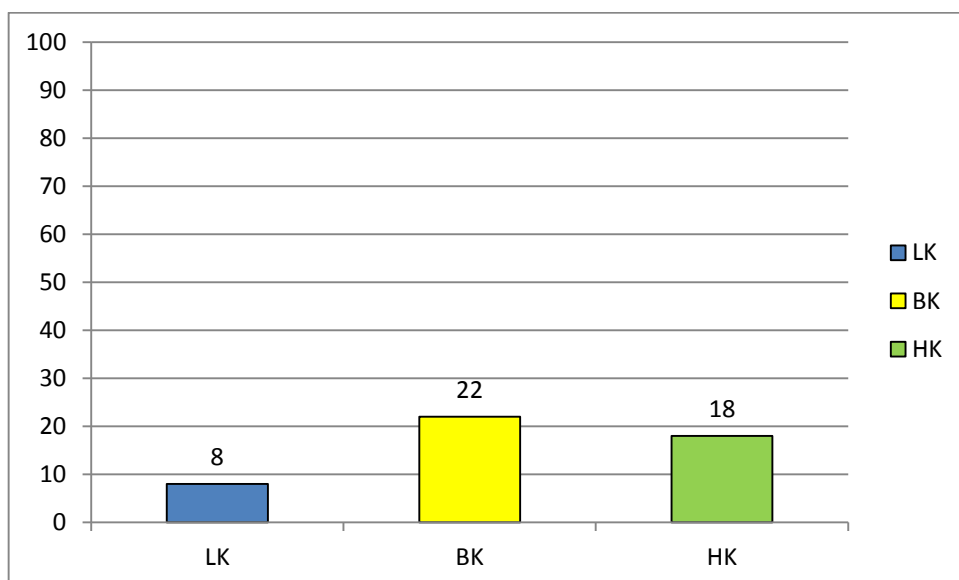
Figur 7.1. Prosentandeler som har hatt seksuelt overførbart sykdom.

LK vs HK: $\chi^2=18,92$, $p=0,000$

BK vs HK: $\chi^2=4,89$, $p=0,027$

LK vs BK: $\chi^2=28,90$, $p=0,000$

I utvalget vårt var det en større andel under 30 år blant de bifile kvinnene enn blant de lesbiske og heterofile kvinnene. Derfor ønsket vi å se nærmere på forekomsten av SOI blant kvinner under 30 år. Figur 7.2 viser at fordelingen i de yngste aldersgruppene samsvarer godt med fordelingen i hele utvalget. Blant kvinner under 30 år fant vi imidlertid ingen signifikant forskjell i andelen som hadde hatt seksuelt overførbart sykdom blant bifile kvinner sammenliknet med heterofile kvinner.



Figur 7.2. Kvinner under 30 år. Prosentandeler som har hatt seksuelt overførbart sykdom.

LK vs HK: $\chi^2=19,8$, $p=0,046$

BK vs HK: $\chi^2=1,1$, $p=0,298$

LK vs BK: $\chi^2=6,0$, $p=0,015$

Smittet av mann eller kvinne?

Det har vært ulike synspunkter i spørsmålet om graden av smittsomhet for seksuelt overførbart sykdom mellom kvinner. Derfor undersøkte vi hvor stor andel blant dem som hadde hatt seksuelt overførbart sykdom som var blitt smittet av henholdsvis mann eller kvinne. Blant de 12 lesbiske kvinnene som hadde hatt seksuelt overførbart sykdom, var 9 smittet av en mann (75%), 1 av en kvinne (8%), og 2 visste ikke (17%). Prosentangivelsene er imidlertid grove fordi de absolutte tallene er lave. Blant de 99 bifile kvinnene som hadde hatt seksuelt overførbart sykdom var 91 smittet av en mann (92%), 1 av en kvinne (1%) og 7 visste ikke (7%). Blant de 186 heterofile kvinnene som hadde hatt seksuelt overførbart sykdom, var 182 smittet av en mann (98%), 1 av en kvinne (0,5%), 2 visste ikke (1%), og 1 foretrakk å ikke svare (0,5%).

Hovedfunn – seksuelt overførbare infeksjoner

- Forekomsten av seksuelt overførbare infeksjoner var svært lav blant lesbiske kvinner.
- De aller fleste kvinnene som hadde hatt seksuelt overførbart sykdom, var smittet av menn, uansett om de var lesbiske, bifile eller heterofile. Dette tyder på at seksuelt overførbare infeksjoner i begrenset grad overføres fra kvinne til kvinne.
- Selv om smittefaren er lav, forekommer seksuelt overførbare infeksjoner mellom kvinner som har sex med kvinner.

For å belyse sammenhenger mellom de ulike temaene har vi valgt å samle vår diskusjon av resultatene i kapittel 11. Der drøfter vi likheter og forskjeller i helse blant lesbiske og bifile kvinner sammenliknet med heterofile kvinner i lys av foreliggende forskning.

Kapittel 8

HELSEVANER

Bakgrunn - helsevaner

Med helsevaner mener vi dagliglivsvaner som har betydning for en rekke helse- og sykdomsutfall. For eksempel vil daglig fysisk aktivitet av en viss varighet og intensitet forebygge diabetes type 2 og høyt blodtrykk, mens daglig sigarettøyking øker risikoen for hjerte- og karsykdom, KOLS og lungekreft.

Flere amerikanske studier, noen av disse også store befolkningsstudier, har rettet søkelyset mot sammenhenger mellom seksuell orientering og uheldige helsevaner som bruk av tobakk og rusmidler, fedme og fysisk inaktivitet (Garofalo, Wolf et al. 1998, Cochran, Keenan et al. 2000, Diamant, Wold et al. 2000, Valanis, Bowen et al. 2000, Ryan, Wortley et al. 2001, Roberts, Dibble et al. 2003, Case, Austin et al. 2004, Burgard, Cochran et al. 2005, Gruskin and Gordon 2006, Conron, Mimiaga et al. 2010, Institute of Medicine (US) 2011, Hatzenbuehler, McLaughlin et al. 2013, Przedworski, McAlpine et al. 2014). I den norske levekårsundersøkelsen fra 2013 (Anderssen and Malterud 2013) fant vi at andelen som røykte ukentlig eller oftere, var høyest blant bifile kvinner sammenliknet med heterofile, mens andelen snusbrukere var høyest blant lesbiske kvinner. Andelen kvinner som drakk seg tydelig beruset minst ukentlig, var høyere blant bifile kvinner enn blant lesbiske og heterofile kvinner. Det var ikke høyere andel med fedme blant lesbiske sammenliknet med bifile og heterofile kvinner.

Vi stilte deltakerne mange spørsmål om ulike helsevaner i levekårsrapporten fra 2013. Her har vi sett nærmere på tre slags helsevaner, nemlig bruk av tobakk og alkohol samt fysisk aktivitet. I tillegg har vi spurt deltakerne om høyde og vekt for å kunne beregne kroppsmasseindeks (KMI) som en indikator på forekomst av fedme blant lesbiske, bifile og heterofile kvinner.

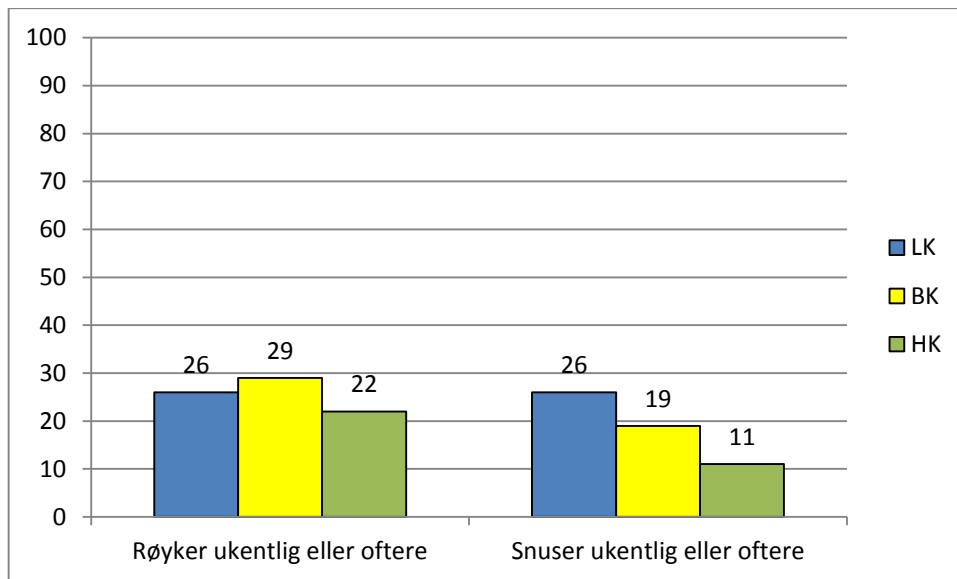
Tobakk

En rekke nyere representative studier fra USA viser høyere andel røykere blant lesbiske og bifile kvinner sammenliknet med heterofile (Ryan, Wortley et al. 2001, Case, Austin et al. 2004, Gruskin and Gordon 2006, Gruskin, Greenwood et al. 2007, Conron, Mimiaga et al. 2010, Hatzenbuehler, McLaughlin et al. 2013, Przedworski, McAlpine et al. 2014). I europeiske studier er imidlertid ikke resultatene like konsistente (Sandfort, Bakker et al. 2006, Gransell and Hansen 2009, Whybrow, Ramsay et al. 2012, Folkhälsomyndigheten 2014).

Vi spurte deltakerne om røyking og snusbruk. Figur 8.1 (neste side) viser at andelen deltakere som røykte ukentlig eller oftere, var høyest blant bifile kvinner (29%) sammenliknet med lesbiske (26%) og heterofile kvinner (22%). Etter statistisk kontroll var kun forskjellen mellom bifile og heterofile kvinner signifikant.

Forskjellene er størst når det gjelder snusbruk. En høyere andel lesbiske (26%) og bifile kvinner (19%) brukte snus ukentlig eller oftere sammenliknet med heterofile kvinner (11%). Etter statistisk kontroll var andelen snusbrukere blant lesbiske signifikant høyere enn blant bifile og heterofile kvinner.

Det var ikke signifikante forskjeller blant lesbiske og bifile kvinner angående inntekt (over/under 300 000 kroner), utdanningslengde (over/under 12 år) eller skjulthet (ingen vet) mellom dem som snuste ukentlig og de andre. For både lesbiske og bifile kvinner fant vi en signifikant aldersforskjell: Andelen personer under 30 år var høyere blant dem som snuste ukentlig enn blant de andre. Snusbrukerne finner vi altså særlig blant yngre lesbiske og bifile kvinner.



Figur 8.1. Røyking (ukentlig eller oftere) og snusbruk (ukentlig eller oftere). Prosentandeler.

Snus:

LK vs HK: $\chi^2=42,7$, $p=0,000$

BK vs HK: $\chi^2=33,5$, $p=0,000$

LK vs BK: $\chi^2=4,7$, $p=0,192$

Sigaretter:

LK vs HK: $\chi^2=3,5$, $p=0,323$

BK vs HK: $\chi^2=26,9$, $p=0,000$

LK vs BK: $\chi^2=7,7$, $p=0,052$

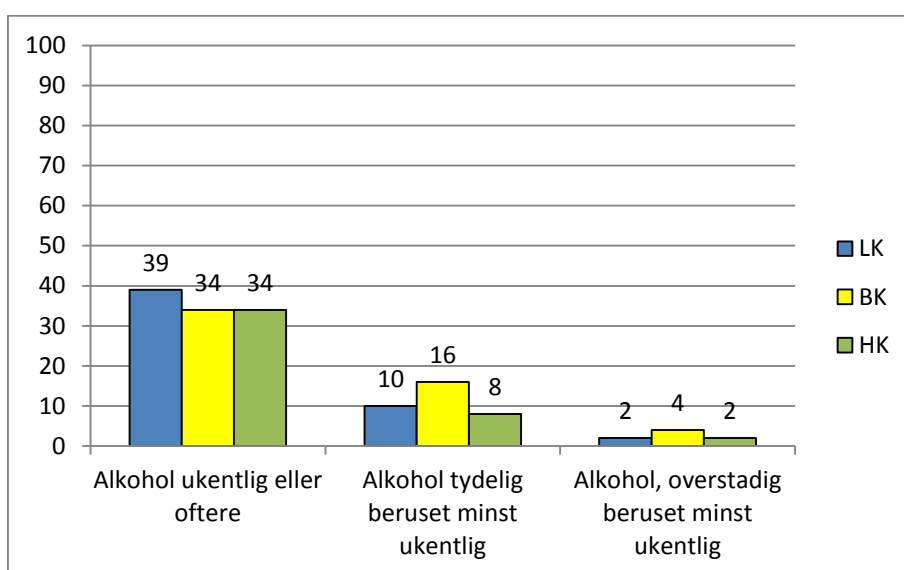
Alkohol

En systematisk litteraturoversikt viste høyere andel alkoholavhengighet blant lesbiske og bifile kvinner sammenliknet med heterofile kvinner (King, Semlyen et al. 2008). Andre representative studier fra USA viser liknende funn (Case, Austin et al. 2004, Burgard, Cochran et al. 2005, Gruskin and Gordon 2006, Conron, Mimiaga et al. 2010, Green and Feinstein 2012, Hatzenbuehler, McLaughlin et al. 2013, Przedworski, McAlpine et al. 2014), mest uttalt i form av "binge drinking" blant bifile kvinner. I Danmark, Skottland og Sverige var andelen LHB-personer med storforbruk av alkohol ("binge drinking") høyere enn blant heterofile (Gransell and Hansen 2009, Whybrow, Ramsay et al. 2012, Folkhälsomyndigheten 2014).

Vi spurte deltakerne om hyppighet av alkoholbruk og om grad og hyppighet av beruselse ved alkoholbruk, se figur 8.2 (neste side). Det er de to siste spørsmålene som gir best indikasjoner på skadelig alkoholbruk.

Vi fant ingen signifikante forskjeller mellom lesbiske, bifile og heterofile kvinner i bruk av alkohol minst ukentlig, heller ikke etter kontroll for alder, inntekt og utdanningslengde.

Andelen bifile kvinner som drakk seg tydelig beruset minst ukentlig (16%), var signifikant høyere sammenliknet med heterofile kvinner (8%) i vårt utvalg. Etter statistisk kontroll var andelen kvinner som drakk seg tydelig beruset minst ukentlig, høyere blant bifile enn blant lesbiske og heterofile kvinner. Bare et lite mindretall drakk seg overstadig beruset minst ukentlig (2-4%). Andelen bifile kvinner som drakk seg overstadig beruset minst ukentlig (4%), var likevel signifikant høyere sammenliknet med heterofile kvinner (2%), også etter statistisk kontroll for alder, inntekt og utdanningslengde. Lesbiske kvinner atskilte seg altså ikke fra heterofile kvinner angående skadelig alkoholbruk. De aller fleste bifile kvinner drikker seg imidlertid verken tydelig beruset eller overstadig beruset ukentlig.



Figur 8.2. Alkoholbruk og beruselse. Prosentandeler.

Alkohol ukentlig:

LK vs HK: $\chi^2=2,5$, $p=0,483$

BK vs HK: $\chi^2=1,5$, $p=0,684$

LK vs BK: $\chi^2=4,0$, $p=0,138$

Alkohol tydelig beruset:

LK vs HK: $\chi^2=0,5$, $p=0,477$

BK vs HK: $\chi^2=16,8$, $p=0,000$

LK vs BK: $\chi^2=3,2$, $p=0,074$

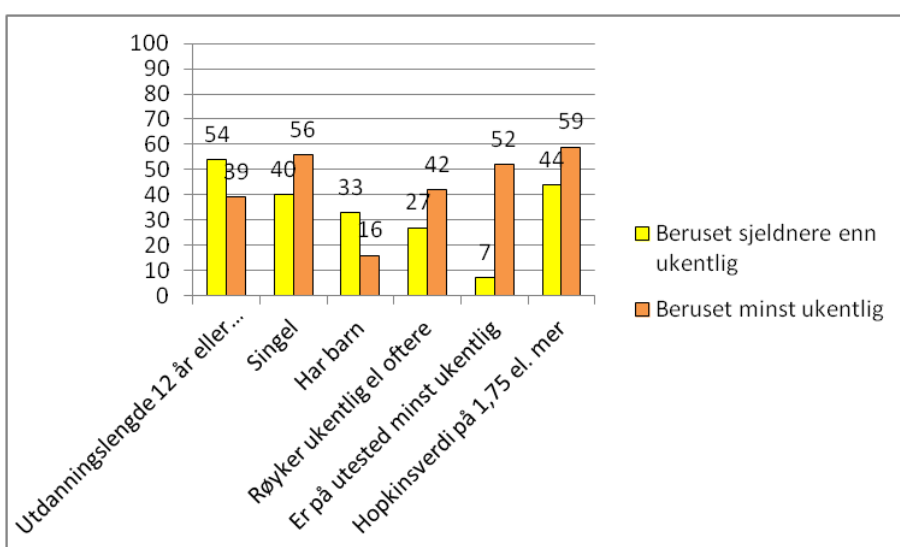
Alkohol, overstadig beruset

LK vs HK: $\chi^2=0,1$, $p=0,917$

BK vs HK: $\chi^2=8,2$, $p=0,008$

LK vs BK: $\chi^2=1,3$, $p=0,264$

Vi har sett nærmere på gruppen av bifile kvinner som drikker seg beruset minst ukentlig. Vi sammenliknet denne gruppen med de andre bifile kvinnene angående alder (under 30 år), inntekt (under 300 000), utdanningslengde (12 år eller mindre), singelstatus, å ha barn, fysisk aktivitet minst ukentlig, tobakksrøyking ukentlig eller oftere, gå på utested minst ukentlig, psykiske plager (Hopkins verdi 1,75 eller mer) og skjulthet angående seksuell orientering. På seks av disse ti forholdene var det signifikante forskjeller mellom de bifile kvinnene som ukentlig drakk seg beruset og de andre bifile kvinnene, se figur 8.3. For bifile kvinner var verken alder, inntekt, fysisk aktivitet eller åpenhet relatert til det å drikke seg beruset minst ukentlig.



Figur 8.3. Bifile kvinner: Sammenlikning av dem som drikker seg tydelig beruset på alkohol minst ukentlig med de andre bifile kvinnene. Områdene der det var signifikante forskjeller er gjengitt. Prosentandeler.

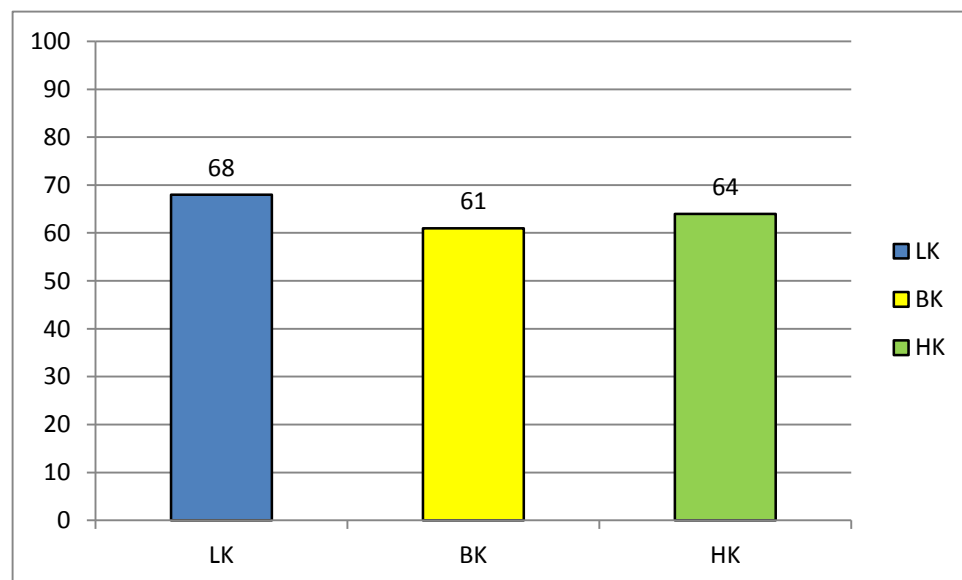
Vi gjorde tilsvarende analyse for lesbiske kvinner. Blant lesbiske kvinner som drakk seg tydelig beruset minst ukentlig var det signifikant flere single, flere som røykte minst ukentlig og flere som var på utested minst ukentlig sammenliknet med de andre lesbiske kvinnene.

Det var altså ingen forskjell mellom lesbiske, bifile og heterofile kvinner når det gjaldt det å drikke alkohol minst ukentlig. Flere bifile enn lesbiske og heterofile kvinner drikker seg tydelig eller overstadig beruset ukentlig, men det gjelder et mindretall. Vi fant ikke sammenheng mellom skjulthet og skadelig alkoholbruk verken blant lesbiske eller bifile kvinner.

Fysisk aktivitet

Til tross for at det foreligger flere studier om sammenhenger mellom seksuell orientering og risiko for hjerte- og karsykdom finnes det lite forskningsbasert kunnskap spesifikt om fysisk aktivitet blant lesbiske og bifile kvinner. Flere har kartlagt fysisk inaktivitet som del av samlet risiko, men uten eksplisitt rapportering av resultater om fysisk aktivitet (Valanis, Bowen et al. 2000, Conron, Mimiaga et al. 2010, Everett and Mollborn 2013, Hatzenbuehler, McLaughlin et al. 2013). I andre studier er funnene motstridende – noen finner at lesbiske kvinner er lite fysisk aktive (Zaritsky and Dibble 2010, McElroy and Jordan 2014), mens andre finner det motsatte (Aaron, Markovic et al. 2001).

Vi spurte lesbiske, bifile og heterofile kvinner om hvor ofte de drev med idrett eller mosjon så mye at de ble andpustne eller svette. Figur 8.4 viser at godt over halvparten i alle tre gruppene var fysisk aktive minst ukentlig. Det var ingen signifikante forskjeller mellom gruppene verken før eller etter kontroll for alder, inntekt og utdanningslengde.



Figur 8.4. Prosentandeler som er fysisk aktive ukentlig eller oftere.

LK vs HK: $\chi^2=1,0$, $p=0,314$

BK vs HK: $\chi^2=0,9$, $p=0,339$

LK vs BK: $\chi^2=2,4$, $p=0,122$

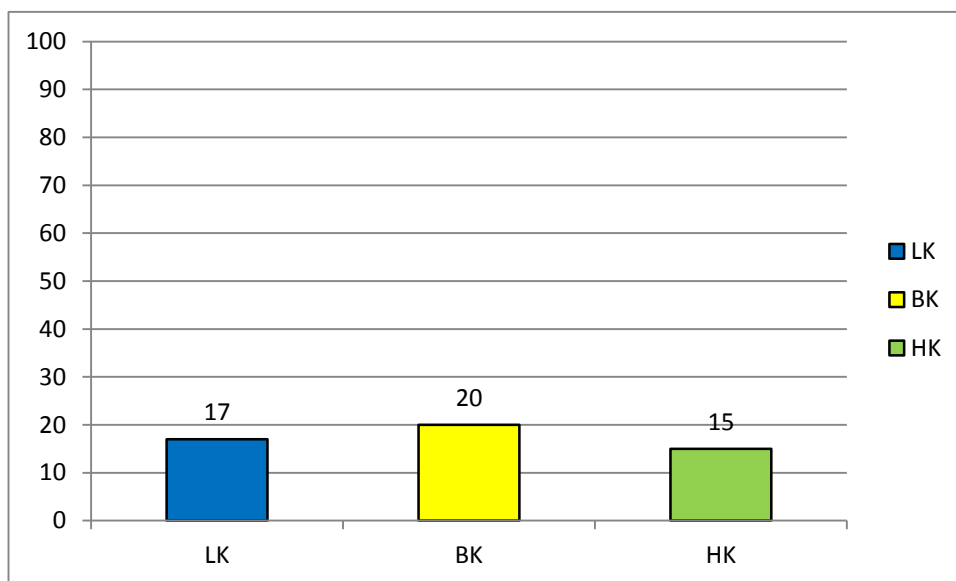
Fedme

Fedme er en risikofaktor for tidlig død (Flegal, Kit et al. 2013) med sosial ulikhet som en viktig variabel (Gallus, Lugo et al. 2014). Flere amerikanske studier har vist høyere forekomst av fedme blant lesbiske kvinner sammenliknet med heterofile kvinner (Cochran, Mays et al. 2001, Case, Austin et al. 2004, Boehmer, Bowen et al. 2007, Conron, Mimiaga et al. 2010, Smith, Markovic et al. 2010, Hatzenbuehler, McLaughlin et al. 2013). I en systematisk oversikt drøftes metodeproblemer i slike studier (utvalgsproblemer, tverrsnittsstudier, uklare grenseoppganger mellom lesbiske og bifile) (Bowen, Balsam et al. 2008), men fedme vurderes likevel som en mulig risikofaktor for lesbiske kvinner. I befolkningsstudier fra Danmark, Nederland, Skottland og Sverige var det imidlertid ingen forskjell mellom lesbiske, bifile og heterofile kvinner angående fedme (Sandfort, Bakker et al. 2006, Gransell and Hansen 2009, Whybrow, Ramsay et al. 2012, Folkhälsomyndigheten 2014).

Ulike mål brukes til å vurdere kroppsvekt og fettfordeling når det gjelder helse. Den viktigste av disse er kroppsmasseindeks (KMI), som er vekten i kg dividert med kvadratet av høyden i meter. For voksne klassifiserer Verdens helseorganisasjon KMI mellom 18 og 25 som normalvekt, 25-30 som overvekt og over 30 som fedme (Helsedirektoratet 2011).

Vi spurte lesbiske, bifile og heterofile kvinner om høyde i cm og vekt i kg og beregnet KMI for hver av gruppene.

Figur 8.5 viser at andelen med fedme (KMI på 30 og over) varierte mellom 15 og 20% i de tre gruppene i utvalget. Forskjellen mellom bifile og heterofile kvinner er statistisk signifikant, men ikke mellom bifile og lesbiske kvinner eller mellom lesbiske og heterofile kvinner. Det samme gjaldt etter kontroll for alder, utdanningslengde og inntektsnivå. Det var altså større andel bifile kvinner med fedme enn blant heterofile kvinner, men forskjellene var ikke store.



Figur 8.5. Prosentandeler med fedme (KMI på 30 og over).

HK vs LK: $\chi^2=0,456$, $p=0,499$

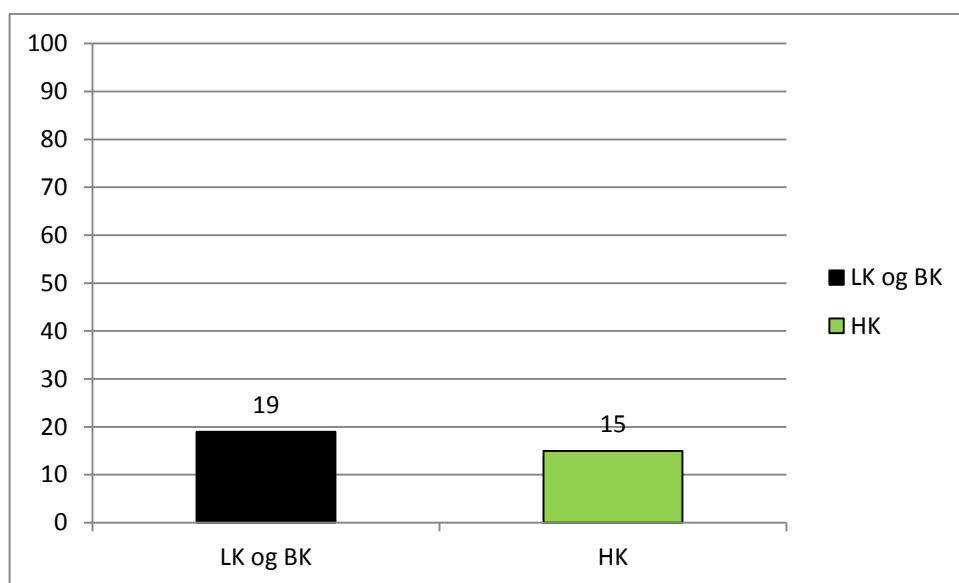
HK vs BK: $\chi^2=4,874$, $p=0,027$

LK vs BK: $\chi^2=0,751$, $p=0,386$

I mange undersøkelser er lesbiske og bifile kvinner slått sammen til én gruppe i analysene. Vi var interessert i å se etter likheter og forskjeller mellom disse to gruppene. I analysene ovenfor har vi undersøkt forholdene separat for lesbiske og bifile kvinner. Vi ønsket også å se på effekten på resultatene dersom gruppene blir analysert samlet.

Vi sammenliknet andelen lesbiske og bifile kvinner med fedme (KMI på 30 eller mer) med heterofile kvinner. Forskjellen var signifikant, også etter kontroll for alder, utdanningslengde og inntektsgruppe, se figur 8.6. Ser vi på resultatene ovenfor, der lesbiske og bifile kvinner er analysert hver for seg, blir bildet et annet.

Analysen demonstrerer betydningen av å differensiere mellom lesbiske og bifile kvinner i slike undersøkelser.



Figur 8.6. Prosentandeler med KMI på 30 og over - LK og BK er slått sammen til én gruppe.

HK vs LK og BK: $\chi^2 = 4,05$, $p = 0,049$

Hovedfunn – helsevaner

- Røyking var vanligere blant bifile kvinner enn blant lesbiske og heterofile kvinner.
- Snusbruk var vanligere blant lesbiske kvinner enn blant bifile og heterofile kvinner, men blant de under 30 år var snusbruken vanligere blant både bifile og lesbiske kvinner sammenliknet med heterofile.
- Det var ingen forskjeller mellom lesbiske, bifile og heterofile kvinner angående ukentlig bruk av alkohol.
- Indikasjoner på skadelig alkoholforbruk var vanligere blant bifile kvinner enn blant lesbiske og heterofile kvinner. Utdanning, singelstatus, barnløshet, røyking, ukentlig besøk på utested og høy psykisk symptombelastning var vanligere blant bifile kvinner med skadelig alkoholforbruk. Vi fant ikke sammenheng mellom skadelig alkoholbruk og alder, inntekt, fysisk aktivitet eller åpenhet.
- Det var ingen forskjeller mellom lesbiske, bifile og heterofile kvinner i å være fysisk aktiv minst ukentlig.

-
- Fedme var noe mer utbredt blant bifile kvinner enn blant lesbiske og heterofile kvinner, men forskjellen var ikke stor.

For å belyse sammenhenger mellom de ulike temaene har vi valgt å samle vår diskusjon av resultatene i kapittel 11. Der drøfter vi likheter og forskjeller i helse blant lesbiske og bifile kvinner sammenliknet med heterofile kvinner i lys av foreliggende forskning.

Kapittel 9

FOREBYGGENDE MASSEUNDERSØKELSER MOT KREFT

Bakgrunn – forebyggende masseundersøkelser mot kreft

Brystkreft og livmorhalskreft er alvorlige sykdommer med mulig dødelig utfall. I Norge ble det i 2010 registrert 2 839 nye tilfeller av brystkreft og 322 nye tilfeller av livmorhalskreft (Kreftregisteret 2012). Hypoteser om høyere forekomst av disse kreftformene blant lesbiske kvinner er hittil ikke bekreftet (Roberts, Dibble et al. 1998, Cochran, Mays et al. 2001, Dibble, Roberts et al. 2002, Dibble, Roberts et al. 2004, Bowen and Boehmer 2007, Brown and Tracy 2008, Institute of Medicine (US) 2011, The Lancet 2011, Boehmer, Miao et al. 2012, Malterud, Anderssen et al. 2015 - in press). Fordi det absolutte antall av personer som rammes av disse kreftformene er begrenset innen en minoritetsgruppe, er det vanskelig å sammenlikne forekomsten med resten av befolkningen (Malterud, Bjorkman et al. 2009, Meads and Moore 2013).

Forebyggende masseundersøkelser (screeningprogrammer) mot kreft har til formål å oppdage kreftsykdom på et tidlig stadium for å bedre utfallet av sykdommen. I Norge tilbyr helsemyndighetene screening mot livmorhalskreft (celleprøve) til kvinner i alderen 25-69 år hvert tredje år og screening mot brystkreft (mammografi) for kvinner i alderen 50-69 år hvert annet år.

Det er bred faglig enighet om at lesbiske kvinner bør følge screeningprogrammene som anbefales for kvinner generelt (Diamant, Schuster et al. 2000, Marrazzo, Koutsky et al. 2001, Institute of Medicine (US) 2011, McNair, Szalacha et al. 2011). Befolkningsstudier fra USA, Canada og Australia har imidlertid vist lavere oppslutning blant lesbiske kvinner for screeningprogrammer mot livmorhalskreft og brystkreft enn heterofile kvinner (Diamant, Schuster et al. 2000, Kerker, Mostashari et al. 2006, Tjepkema 2008, McNair, Szalacha et al. 2011). En dansk undersøkelse fra 2004 fant ingen forskjell i oppslutning mellom LB-kvinner og heterofile (Gransell and Hansen 2009). I den norske levekårsundersøkelsen fra 2013 fant vi at andelen lesbiske kvinner i relevant aldersgruppe som hadde fått utført celleprøve siste 3 år, var lavere enn blant bifile og heterofile kvinner. Tilsvarende var andelen lesbiske kvinner som hadde fått gjennomført mammografiscreening siste to år, lavere enn blant bifile og heterofile kvinner (Anderssen and Malterud 2013).

For å belyse disse funnene har vi gjort mer omfattende analyser av data fra spørreundersøkelsen. I tillegg har vi gjennomført den kvalitative studien «Lesbiske og celleprøve» for å undersøke årsaker til den lave oppslutningen blant lesbiske kvinner i Norge.

Deltakelse – celleprøve og mammografi

Vi spurte lesbiske, bifile og heterofile kvinner i alderen 25-69 år om de hadde fått utført celleprøve siste 3 år, og kvinner i alderen 50-69 år ble spurt om de hadde fått utført mammografi siste 2 år.

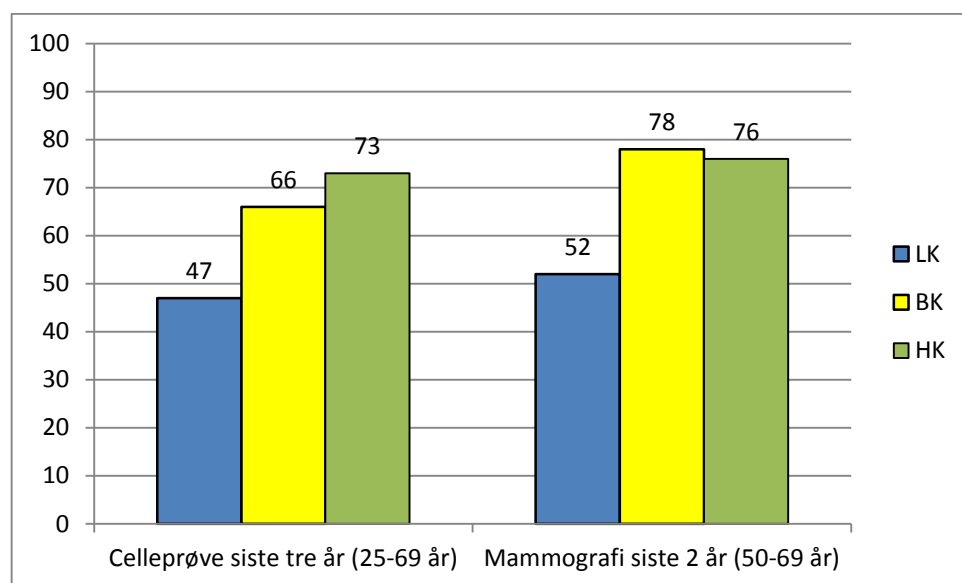
1 030 deltakere var i relevant aldersgruppe for celleprøve (148 lesbiske kvinner, 226 bifile kvinner og 656 heterofile kvinner). Figur x viser at andelen som hadde fått utført celleprøve siste tre år var lavest blant lesbiske kvinner (47%). Deretter fulgte bifile kvinner (66%), med høyest andel for deltakelse blant heterofile kvinner (73%). Forskjellene mellom gruppene angående deltakelse i forebyggende masseundersøkelse mot livmorhalskreft var signifikante.

242 deltakere var i relevant aldersgruppe for mammografi (21 lesbiske kvinner, 27 bifile kvinner og 194 heterofile kvinner). Figur 9.1 (neste side) viser at andelen som hadde fått utført mammografi siste to år, var lavest blant lesbiske kvinner (52%). Deretter fulgte heterofile kvinner (76%), med høyest andel for deltakelse blant bifile kvinner (78%). Lesbiske kvinner hadde signifikant lavere deltakelse i mammografiscreening enn heterofile kvinner og på grensen til signifikant nivå lavere enn bifile kvinner. Det absolutte antall personer i hver av gruppene er imidlertid lavt og forskjellene er derfor usikre.

Kvinner i alderen 50-69 år er i relevant aldersgruppe for både celleprøve og mammografi. I vårt utvalg har vi opplysninger fra 259 kvinner i denne aldersgruppen (26 lesbiske kvinner, 29 bifile kvinner og 204 hete-

rofile kvinner). Andelen som verken fulgte opp celleprøve eller mammografi var 15% blant lesbiske kvinner, 7% blant bifile kvinner og 11% blant heterofile kvinner. De absolutte tallene er små, og forskjellene i andeler er usikre.

Lesbiske kvinner har altså lavere deltakelse i forebyggende masseundersøkelse mot livmorhalskreft (celleprøve) og brystkreft (mammografi) enn bifile og heterofile kvinner. Resultatene er sikrere når det gjelder celleprøve enn for mammografi.



Figur 9.1. Celleprøve siste 3 år (25-69 år) og mammografiscreening siste 2 år (50-69 år). Prosentandeler.

Celleprøve:

LK vs BK: $\chi^2=13,8$, $p=0,000$

BK vs HK: $\chi^2=4,3$, $p=0,037$

LK vs HK: $\chi^2=39,7$, $p=0,000$

Mammografi:

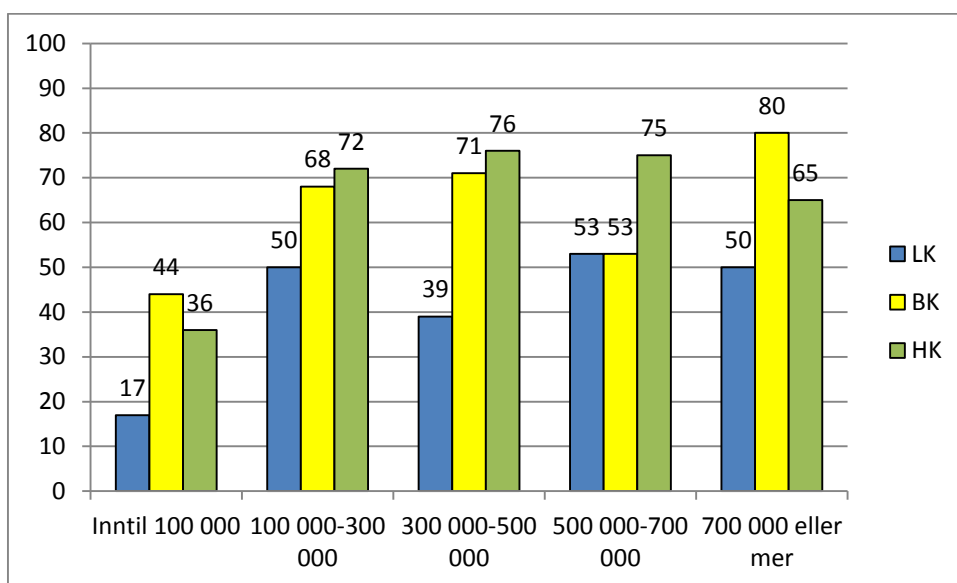
LK vs BK: $\chi^2=3,6$, $p=0,057$

BK vs HK: $\chi^2=0,03$, $p=0,862$

LK vs HK: $\chi^2=6,2$, $p=0,013$

Tidligere forskning har vist at personer med høy inntekt og lang utdanning i større grad deltar i forebyggende masseundersøkelser. Vi ville derfor se nærmere på betydningen av disse forholdene for deltakelse i forebyggende masseundersøkelser mot kreft blant lesbiske, bifile og heterofile kvinner. Her har vi prioritert oppslutning om celleprøvetaking, siden antallet deltakere i relevant aldersgruppe for mammografi er såpass lavt at resultater fra analyser av undergrupper ville bli usikre.

Figur 9.2 viser at i hver av gruppene med lesbiske, bifile og heterofile kvinner er oppslutningen om celleprøvetaking lavest blant dem med aller lavest inntekt. I alle inntektsgrupper har lesbiske kvinner lavest oppslutning. Andelen lesbiske som har fulgt opp forebyggende masseundersøkelser mot livmorhalskreft, er signifikant lavere enn blant bifile og heterofile kvinner enten vi sammenlikner kvinner med årsinntekt under 300 000 kroner eller kvinner med årsinntekt over 300 000 kroner. Oppslutningen ser altså ut til å være lavere blant lesbiske kvinner i alle inntektsgrupper sammenliknet med de to andre gruppene.



Figur 9.2. Celleprøve i ulike inntektsgrupper. Prosentandeler.

Inntekt under 300 000:

LK vs BK: $\chi^2=4,9$, $p=0,026$

BK vs HK: $\chi^2=0,2$, $p=0,668$

LK vs HK: $\chi^2=7,5$, $p=0,006$

Inntekt over 300 000:

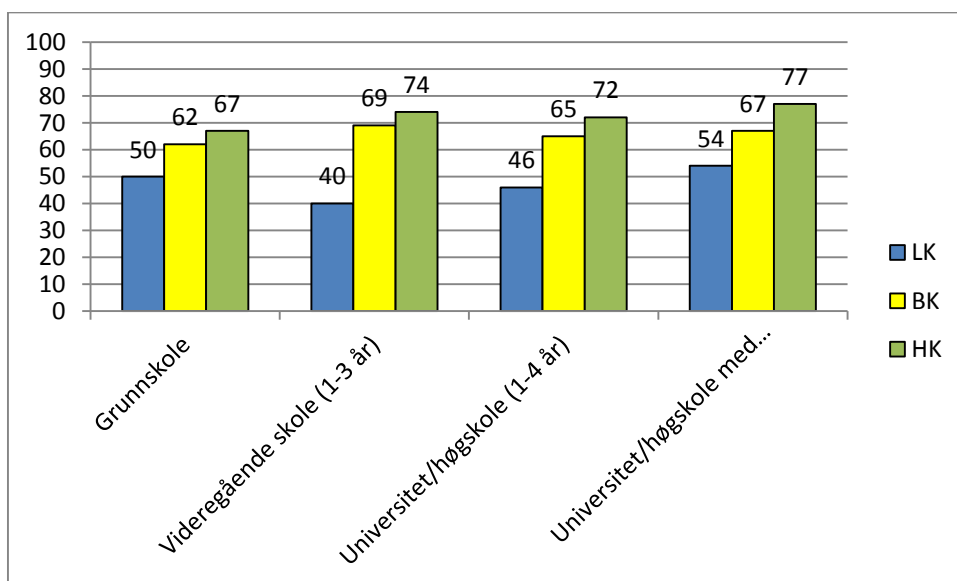
LK vs BK: $\chi^2=14,0$, $p=0,000$

BK vs HK: $\chi^2=1,9$, $p=0,172$

LK vs HK: $\chi^2=38,9$, $p=0,000$

Tilsvarende viser figur 9.3 at for alle utdanningsgrupper har lesbiske kvinner lavest oppslutning om celleprøvetaking, mens heterofile kvinner har høyest oppslutning. Andelen lesbiske som har fulgt opp forebyggende masseundersøkelser mot livmorhalskreft, er også signifikant lavere enn blant bifile og heterofile kvinner enten vi sammenlikner kvinner med utdanningslengde på 12 år og under eller kvinner med utdanningslengde på mer enn 12 år.

Oppslutningen om celleprøvetaking er altså lavere blant lesbiske kvinner i alle utdanningsgrupper sammenliknet med de to andre gruppene.

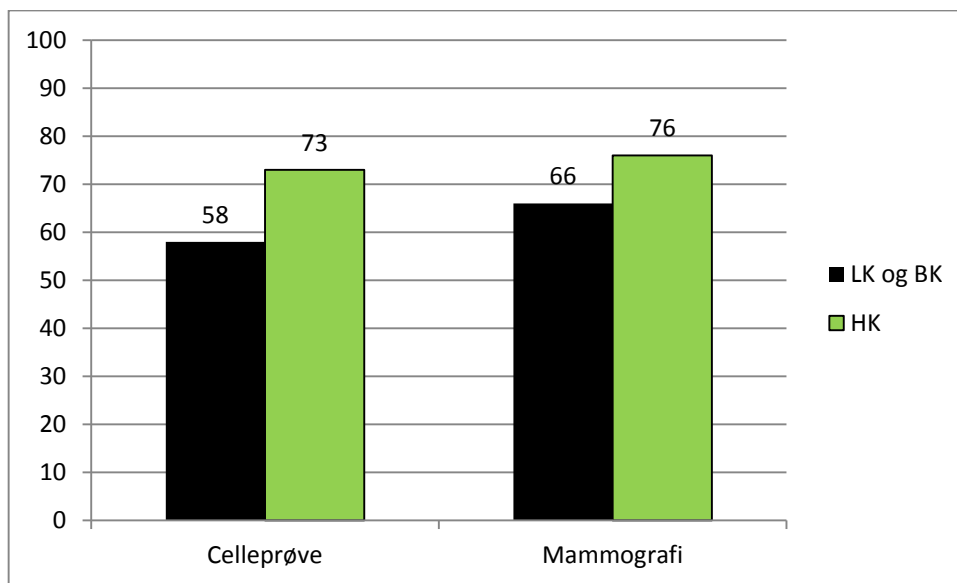


Figur 9.3. Celleprøve i grupper med ulik utdanningslengde. Prosentandeler.

Utdanning 12 år og under:
LK vs BK: $\chi^2=6,9$, $p=0,009$
BK vs HK: $\chi^2=1,1$, $p=0,295$
LK vs HK: $\chi^2=13,9$, $p=0,000$

Utdanning over 12 år:
LK vs BK: $\chi^2=7,3$, $p=0,007$
BK vs HK: $\chi^2=3,4$, $p=0,065$
LK vs HK: $\chi^2=26,4$, $p=0,000$

I mange undersøkelser er lesbiske og bifile kvinner slått sammen til én gruppe. Vi var interessert i å se hvilke resultater dette ville gi i vår undersøkelse, og vi så nærmere på spørsmålet om oppslutning om celleprøver. Figur 9.4 viser resultatene når vi slår sammen lesbiske og bifile kvinner til én gruppe som vi sammenlikner med heterofile kvinner. Vi fant signifikant forskjell mellom den sammenslåtte gruppen og heterofile kvinner for celleprøvetaking, men ikke for mammografideltakelse. Sammenslåingen gjør altså at vi mister et funn for lesbiske kvinner. Denne analysen demonstrerer betydningen av å differensiere mellom lesbiske og bifile kvinner i slike undersøkelser.



Figur 9.4. Deltakelse i celleprøve og mammografi der lesbiske og bifile kvinner er slått sammen til én gruppe. Prosentandeler.

Celleprøve: LK og BK vs HK: $\chi^2=24,5$, $p=0,000$
Mammografi: LK og BK vs HK: $\chi^2=2,2$, $p=0,138$

«Lesbiske og celleprøve» – en kvalitativ studie

I dette delprosjektet ville vi undersøke årsaker til at lesbiske kvinner i Norge har lav oppslutning om screeningprogrammet mot livmorhalskreft. Bakgrunnen, metoden og utvalget som ligger til grunn for denne studien er presentert i kapittel 3. Her presenterer vi resultatene fra analysen av besvarelser fra 39 lesbiske kvinner som ikke hadde fått gjennomført celleprøve siste 3 år. De fleste var kvinner 30-50 år, hadde høyere utdanning og var barnløse.

Resultater

Deltakerne ga uttrykk for at det er en vanlig oppfatning blant lesbiske at risikoen for livmorhalskreft er lav for kvinner som ikke har sex med menn. Noen bemerket likevel at de etter hvert er blitt i tvil om dette stemmer. Mye kan tyde på at også leger bidrar til å formidle holdninger om at lesbiske ikke trenger å ta celleprøve. Motvilje eller dårlige erfaringer med å ta opp spørsmål om seksuell helse på legekantoret ble

beskrevet av mange. For noen, men ikke alle, er slike barrierer knyttet til det å være lesbisk. Det fysiske og psykologiske ubehaget ved den gynekologiske undersøkelsen fremheves av mange. God helse og lite legekontakt kunne være en anledning til at celleprøvetaking lett gikk i glemmeboken. Praktiske eller følelsesmessige hindringer kunne også gjøre det vanskelig å få bestilt time til celleprøve. Sitatene har referanse til deltakernummer i klammeparentes.

Jeg tror ikke det gjelder for meg siden jeg ikke har sex med menn, og det sier legen også

Mange deltakere skrev at de kjenner seg trygge, og at det er liten grunn til å bekymre seg for livmorhalskreft siden de ikke har sex med menn. Når man har sex med damer, oppfattes faren som liten. Derfor tenker de at det ikke er nødvendig eller aktuelt å følge opp tilbudet om celleprøve. En deltaker sa at det ikke er noen grunn til å delta i masseundersøkelse og kanskje risikere falskt positive prøvesvar. Flere argumenterte for at risikoen er lav, siden kreft i livmorhalsen forårsakes av virus som overføres via heterofilt samleie, og noen skrev at en slik forståelse er vanlig i deres lesbiske omgangskrets. En deltaker sa at det er mulig hun tar feil, men at dette er informasjonen hun har plukket opp og som er blitt hennes "sannhet". En kvinne i fortiårene med videregående skole som utdanningsnivå skrev dette:

«Jeg har også hørt at livmorhalskreft er noe kvinner som har sex med menn får, hvilket jeg ikke har, så jeg føler ikke det er så viktig å pesse med det.» [13]

Flere spør seg imidlertid likevel om disse argumentene holder. De har etter hvert skiftet mening, synes ikke lenger det er riktig å tenke på denne måten og er opptatt av å få lov til å ta undersøkelsen. De tror ikke noe på at lesbiske kvinner ikke kan få livmorhalskreft. En sa det kan tenkes at budskapet om nytten av å delta i denne typen program er underkommunisert til lesbiske, og en annen skrev at mange lesbiske trolig sitter på gamle og utdaterte myter om dette som kanskje ikke stemmer. Når dessuten fastlegen sier at de burde la være å ta undersøkelsen, blir det et dårligere helsetilbud til lesbiske enn til resten av befolkningen, slik en deltaker med høyere utdanning uttrykte:

«Dersom det ikke stemmer at lesbiske kvinner er mindre utsatt for viruset, synes jeg det burde komme frem, og leger bør ikke gi pasientene sine feilaktig informasjon, særlig ikke når det gjelder så alvorlige sykdommer.»[24]

Mye kan tyde på at også leger bidrar til å formidle holdninger om at lesbiske ikke trenger å ta celleprøve. Flere deltakere fortalte at de har vært hos fastlege eller gynekolog for å få gjennomført denne undersøkelsen, men at legens respons var at dette var fullstendig unødvendig. En deltaker hadde likevel insistert på å få tatt prøven, og da legen til slutt motvillig gjorde dette, var det med tydelige tegn på at dette var helt unødvendig. En annen deltaker fortalte at hun flere ganger forgjeves har spurt sin lege om å få tatt celleprøve, men legen vil ikke gjøre det. Eksempler på argumenter fra legene var at kvinner som kun hadde sex med kvinner og hadde fast partner, ikke hadde behov for dette, siden det er menn som er bærere av HPV-viruset. Et annet argument var at nonner ikke får livmorhalskreft. Slik skrev en kvinne i trettiårene med akademisk bakgrunn om dette:

«Gynekologen jeg gikk til sa til meg at det ikke var nødvendig å ta det hvis jeg ikke har vært sammen med menn. Hun sa noe sånn som "Vet du hvordan livmorhalskreft oppstår egentlig?". Jeg følte meg dum. Siden den gang har jeg stolt på at hun visste best og tenkt at det ikke er nødvendig.» [49]

Motvilje eller dårlige erfaringer ved å ta opp seksuell helse på legekontoret

Deltakerne beskrev ulike grunner til at det er vanskelig for dem å ta opp spørsmål om seksuell helse på legekontoret. For noen av dem er dette forhold de selv knytter til det at de er lesbiske. De har ikke lyst til å blande underlivet inn i sin relasjon til fastlegen, sa de. Noen, som har en fastlege de er godt tilfreds med, mente dette ville ødelagt det gode forholdet. Andre har en fastlege de ikke kjenner seg tilstrekkelig komfortable med for en underlivsundersøkelse. Flere bemerket at legens kjønn spiller en rolle for dem – det

finnes ingen kvinnelig fastlege tilgjengelig i nærområdet, og hos den mannlige fastlegen ønsket de å unngå spørsmål om seksuell helse. En skrev at hun ikke vil ha registrert informasjon i pasientjournalen sin om at hun er lesbisk – hun frykter for at dette kan bidra til diskriminering ved senere anledninger. Likevel foretrekker hun tross alt en slik risiko, fremfor å dø av livmorhalskreft fordi hun aldri har tatt celleprøve. En annen deltaker skrev at hun er lite feminin og føler at helsepersonell i liten grad forstår henne. Fra en kvinne med høyere utdanning fikk vi denne beskrivelsen:

«Blant de sjeldne gangene jeg har gått til GU [gynekologisk undersøkelse] har to av dem vært litt ubehagelige møter som jeg opplevde var knyttet til at jeg lever lesbisk. Den ene gangen var det en kvinne som virket sint og provosert, med påfølgende hardhendthet, da jeg svarte på spørsmål og gjennom dette fortalte at jeg levde med en kvinne. Den andre gangen var det en mann som virket unaturlig interessert i dette faktumet og som stilte detaljerte spørsmål om sex, og om jeg virkelig aldri hadde hatt sex med en mann.» [14]

Andre deltakere fortalte om motforestillinger som for dem ikke nødvendigvis henger sammen med det at de er lesbiske. Flere skrev at de synes det er flaut, pinlig eller nedverdiggende med spriking og blottlegging. Andre synes det er skummelt eller ekkelt, og derfor orker de ikke gå. De gruer seg til den gynekologiske undersøkelsen og sier at de hater denne ubehagelige situasjonen. Noen deltakere fremhevet det fysiske ubehaget knyttet til undersøkelsen. Smertefulle erfaringer der legens håndgrep oppleves lite hensynsfullt, har ikke bidratt til å redusere angsten for nye undersøkelser. En deltaker i førtiårene uten barn ga uttrykk for dette:

«Synes det har vært ubehagelig når jeg har vært hos gynekolog- og har følt meg veldig ubekvem i situasjonen.» [21]

Jeg går sjelden til lege og får ikke bestilt time

Deltakere som rapporterte om god helse og lite legekontakt mente dette kunne være en grunn til at celleprøvetaking lett gikk i glemmeboken for dem. Flere fortalte at dette spørsmålet var mer nærliggende da de var yngre og hadde sex med menn. Da gikk de mer regelmessig til legen i anledning p-piller eller test for seksuelt overførbare infeksjoner. Flere understreket at de har aldri hadde vært gravide eller hatt kjønns sykdommer og at de hadde hatt lite underlivsplager, og en deltaker mener at faren for uønsket graviditet gir en bevissthet rundt heterosex som ikke nødvendigvis er til stede hos lesbiske. En kvinne i trettiårene som hadde barn, delte følgende overveielser:

«Jeg har latt være å møte opp til celleprøve noen ganger. Tror det rett og slett har skyldtes at jeg ikke har følt behov for noen generell gynekologisk undersøkelse på det tidspunktet innkallingen har kommet, og så har det bare blitt glemt senere.» [28]

Deltakerne fortalte om ulike erfaringer med innkalling til celleprøve. Én sa hun ikke hadde fått innkalling, en annen sa at det gjerne går 4-5 år mellom hver innkalling, og en tredje skrev at hun har postkasseskrekk og har muligens ikke åpnet brevene. Men selv når innkallingen er mottatt, kunne det være vanskelig å få bestilt time. Flere sa at dette skyldes sløvheter – de skyver det foran seg og tenker at de skal gjøre det, men siden det ikke har passet akkurat da, er det blitt utsatt. Terskelen for å bestille time kunne senkes dersom innkallinger ble sendt elektronisk, eller om man kunne bestille time via nett, skriver en av deltakerne. Mange beskrev også hvordan timebestilling stadig var blitt utsatt fordi de ikke visste hvor de skal bestille time. Flere ga uttrykk for en oppfatning om at celleprøve krever time hos gynekolog og at de er usikre på hvordan de skal få henvisning eller etablere kontakt, slik en deltaker med høyere utdanning beskrev:

«Tungvint å skaffe henvisning til gynekolog via fastlegen. Dyrt å gå til privatpraktiserte gynekolog.» [27]

Hva betyr dette?

Lesbiske kvinner, og til dels også deres leger, mener altså at risikoen er så lav for kvinner som ikke har sex med menn at celleprøve er unødvendig. Å snakke med legen om seksuell helse og ubehaget ved den gynekologiske undersøkelsen kan være en hindring for å få tatt celleprøve, likeså begrenset legekontakt eller praktiske problemer med timebestilling. I det følgende skal vi diskutere betydningen av disse funnene, samt styrker og svakheter ved metoden vi har brukt.

The Health Belief Model, som bygger på sosial læringsteori, beskriver hvilke faktorer som bestemmer menneskers helseatferd (Rosenstock, Strecher et al. 1988). For deltakelse i forebyggingsprogrammer dreier det seg om summen av opplevd risiko, praktiske og psykologiske barrierer og anledninger eller insentiver som bidrar til å senke tersklene. Helseatferd følger vanligvis sosioøkonomiske forskjeller, med høyest screeningdeltakelse blant individer med best inntekt og utdanning.

Vi er ikke de første som har undersøkt årsaker til at mange lesbiske kvinner ikke følger anbefalingene om regelmessige celleprøver. Fra tidligere forskning oppsummerer Marrazzo og medarbeidere følgende hypoteser: Kvinner som har sex med kvinner kan føle seg fremmedgjort i møte med helsetjenesten, særlig når heteroseksualitet blir tatt for gitt, manglende helseforsikring (USA), oppfatning om lav risiko for SOI og livmorhalskreft og manglende behov for prevensjon, og at dette leder til lavere kontakt med helsetjenester der celleprøver blir tatt (Marrazzo, Koutsky et al. 1998, Marrazzo, Koutsky et al. 2001).

Lesbiske kvinner i Norge har lavere oppslutning om screeningprogrammet mot livmorhalskreft enn heterofile kvinner, men heller ikke alle heterofile kvinner følger anbefalingene. En stor norsk undersøkelse viste at kvinner som fulgte programmet, skilte seg fra frafallsgruppen med at de hadde godt kjennskap til anbefalt screeningintervall, og høyere forekomst av seksuelt overførbart sykdom og prevensjonsbruk. Frammøtet var bedre blant gifte og samboende kvinner, likeså blant ikke-røykere og kvinner som hadde født. I denne undersøkelsen ga utdanningsstatus ikke sterke utslag (Hansen, Hukkelberg et al. 2011). En britisk kvalitativ studie av kvinner som ikke møtte til livmorhalscreening, viste at en gruppe, hovedsakelig eldre, hadde tatt en aktiv beslutning om ikke å delta, mens en annen gruppe, hovedsakelig yngre, egentlig ville delta, men hadde opplevd praktiske problemer knyttet til timebestilling og åpningstider (Waller, Jackowska et al. 2012). I en dansk intervjustudie sa noen som ikke ville delta i befolkningscreening for hjerte- og karsykdom at de hadde det travelt eller kjente seg friske, mens andre var mer opptatt av begrensninger eller betenkeligheter knyttet til forebyggende undersøkelser (Nielsen, Dyhr et al. 2004). Vi vil rette søkelyset spesielt mot frafallsårsaker som deltakerne selv knyttet til det å være lesbisk.

Humant papillomavirus (HPV) smitter ved seksuell kontakt. Noen undergrupper av viruset kan forårsake forstadier til livmorhalskreft. Svært mange kvinner smittes av HPV i løpet av livet (70–80 %), men bare få av kvinnene utvikler celleforandringer, og enda færre utvikler kreft (Smittevern boka 2010). I prøve fra livmorhalsen kan disse celleforandringene påvises og kreftutvikling kan stoppes effektivt med gynekologisk behandling. Også blant kvinner som kun har sex med kvinner finnes HPV-virus (Marrazzo, Stine et al. 2000, Marrazzo, Koutsky et al. 2001). Det er usikkert hvordan HPV smitter mellom kvinner, og hvor smittsomt virus er i denne sammenhengen (Henderson 2009). Derfor er celleprøve en viktigere forebyggingsstrategi enn barrieremetoder som «slikkelapp» og andre prosedyrer for sikrere sex (Richters and Clayton 2010, Richters, Prestage et al. 2010). Våre resultater er i samsvar med tidligere forskning som viser at mange lesbiske kvinner vurderer sin risiko for livmorhalskreft som lav, også kvinner som har kjennskap til betydningen av HPV-virus (Price, Easton et al. 1996, Rankow and Tessaro 1998, Bailey, Kavanagh et al. 2000, Marrazzo, Stine et al. 2000, Fish and Anthony 2005, Henderson 2009, Power, McNair et al. 2009). I tillegg indikerer våre funn at det ikke bare er lesbiske kvinner, men også legene deres, som tror at risikoen for livmorhalskreft er så lav at celleprøve er unødvendig.

Mange kvinner har motforestillinger mot å snakke med legen sin om seksuell helse, og ubehaget ved gjennomføring av den gynekologiske undersøkelsen er velkjent (Larsen, Oldeide et al. 1997). For lesbiske kvinner kan dårlige erfaringer eller frykt for å bli dårlig mottatt hos legen utgjøre en ekstra terskel (Bjorkman and Malterud 2007, Bjorkman and Malterud 2009, McNair 2009, McNair and Hegarty 2010,

McNair, Szalacha et al. 2011, Bjorkman and Malterud 2012). I levekårsundersøkelsen fra 2013 svarte 63% av de lesbiske kvinnene at fastlegen deres kjente deres seksuelle orientering (Anderssen and Malterud 2013). Det fysiske ubehaget ved selve undersøkelsen nevnes av mange deltakere i vår studie. Tilsvarende funn er også gjort i tidligere studier (Price, Easton et al. 1996, Ben-Natan and Adir 2009). Mens de fleste heterofile kvinner med jevne mellomrom får utført gynekologisk undersøkelse i forbindelse med prevensjon, svangerskap eller seksuelt overførbar sykdom, er slike anledninger ikke fullt så vanlige blant lesbiske kvinner. Våre funn bekrefter betydningen av at legen i alminnelighet utviser varsomhet ved gjennomføring av gynekologisk undersøkelse, kanskje i særlig grad i møte med kvinner som har liten erfaring med dette fra tidligere (Rankow and Tessaro 1998).

I Norge organiseres screeningprogrammet mot livmorhalskreft ved at Kreftregisteret sender påminnelsesbrev til kvinner mellom 25 og 69 år. I brevet anbefales det at man bestiller time hos egen fastlege for å få tatt celleprøve. Brevet sendes ut etter 2 år og 10 mnd og deretter etter 12 mnd hvis det ikke er tatt prøve. Mange deltakere i vår studie fortalte at terskelen for å bestille time var høy, og mange var ukjente med hvor og hvordan dette kunne gjøres. Forestillingen om at celleprøve skulle tas hos gynekolog var mer uttalt enn vi hadde trodd. Det er sannsynlig at lesbiske kvinner som gruppe har mindre erfaring enn heterofile kvinner når det gjelder gynekologiske undersøkelser hos fastlegen. Terskelen kan kanskje senkes ved målrettet informasjon til målgruppen om hva som er vanlige prosedyrer. På den andre siden var det flere som spesielt bemerket at de ikke ønsket fastlegen involvert i dette.

Dette er en kvalitativ studie der vi har utforsket erfaringer og oppfatninger blant lesbiske kvinner som ikke har fulgt opp screeningprogrammet mot livmorhalskreft i Norge. Vi vet ikke hvor mange kvinner i Norge dette gjelder for, men våre kvantitative analyser i første del av dette kapitlet viser at lesbiske kvinner har atskillig lavere oppslutning enn bifile og heterofile kvinner, uansett inntekt og utdanning. I denne delstudien ville vi se etter forhold som kunne bidra til å forklare den lave oppslutningen.

Vi planla først å innsamle data ved hjelp av fokusgruppeintervjuer, der samhandlingen i gruppene kan gi deltakerne assosiasjoner som bringer opp nye momenter, samtidig som ulike erfaringer kan få stemme (Malterud 2012). Det finnes motforestillinger mot å samle mennesker til slike gruppesamtaler om sensitive tema (Kitzinger 1994). I en studie om seksualitet blant lesbiske kvinner i Storbritannia erfarte imidlertid forfatterne at deltakerne gjerne satte pris på å få dele erfaringer i en trygg sammenheng (Farquhar and Das 1999). Vi lyktes ikke i å rekruttere deltakere til fokusgrupper. Vi endret derfor strategi til anonymisert datainnsamling via internett som tidligere hadde fungert godt overfor denne målgruppen (Bjorkman and Malterud 2009, Bjorkman and Malterud 2012, Anderssen and Malterud 2013). Internett er lett tilgjengelig uansett hvor i landet man bor, og informasjonsutveksling og samhandling kan finne sted uten at noen annen trenger å få vite om det. Vi hadde håpet på å få inn flere svar enn vi gjorde, men til gjengjeld viste det seg at vi fikk inn data av god kvalitet og bredde som muliggjorde en forsvarlig tematisk analyse (Malterud 2012). Vi mangler imidlertid data fra den eldste aldersgruppen.

En kvalitativ studie basert på et tilgjengelighetsutvalg har ikke statistisk overførbarhet. Funnene fra dette delprosjektet kan ikke brukes til å generalisere for eksempel om hvor mange lesbiske kvinner som har spesielt negative erfaringer fra gynekologiske undersøkelser. Vi har likevel mange indikasjoner på at funnene vi har presentert, har gyldighet for flere enn deltakerne som har bidratt med sine historier. Svarene var konkrete og varierte og ga inntrykk av god troverdighet. Likheter og forskjeller mellom historiene fra de ulike deltakerne tyder på at funnene i denne studien kan være overførbare til lesbiske kvinner i land der organiseringen av helsetjenesten likner på vår. Den viktigste dimensjonen av overførbarhet i en studie som denne, er likevel det vi kan lære av den – den kunnskapen som deltakerne gir oss, og som vi kan bruke til å forstå den situasjonen som former og formes av de erfaringene som fortelles.

Hovedfunn – forebyggende masseundersøkelser mot kreft

- Lesbiske kvinner hadde lavere oppslutning om celleprøvetaking og mammografi enn bifile og heterofile kvinner, uansett utdanningslengde eller inntektsnivå. Resultatene er sikrere for celleprøve enn for mammografi.

-
- En del lesbiske kvinner, og noen av deres leger, mener at risikoen for livmorhalskreft er så lav at celleprøve er unødvendig for kvinner som ikke har sex med menn.
 - Å kvie seg for å snakke med legen om seksuell helse og ubehaget ved den gynekologiske undersøkelsen kan være viktige hindringer for at lesbiske kvinner får tatt celleprøve.
 - Det er ikke tilstrekkelig godt nok kjent blant lesbiske kvinner i Norge at celleprøve vanligvis tas hos fastlegen.

For å belyse sammenhenger mellom de ulike temaene har vi valgt å samle vår diskusjon av resultatene i kapittel 11. Der drøfter vi likheter og forskjeller i helse blant lesbiske og bifile kvinner sammenliknet med heterofile kvinner i lys av foreliggende forskning.

Kapittel 10

HELSETJENESTER BRUK OG ERFARINGER

Bakgrunn – helsetjenester

Studier fra USA kan tyde på at lesbiske og bifile kvinner søker helsetjenester i lavere grad enn heterofile kvinner (Diamant, Wold et al. 2000, Institute of Medicine (US) 2011). I nyere studier er forskjellene mindre konsistente (Roberts, Patsdaughter et al. 2004, Conron, Mimiaga et al. 2010), og konklusjonene er usikre. En canadisk studie viste at LHB-personer i høyere grad enn heterofile søkte psykiske helsetjenester, men i mindre grad søkte fastlege (Tjepkema 2008).

Det er imidlertid problematisk å overføre resultater om helsetjenestebruk fra Nord-Amerika til Norge fordi organiseringen og finansieringen av helsetjenesten er svært forskjellig. Dette gjelder både forhold som vedrører tilgjengelighet (helseforsikring) og forhold som vedrører helsevaner (kulturelle tradisjoner for forebygging). Studier fra andre land (Sverige, Danmark, Nederland og Australia) viser for eksempel at bruk av helsetjenester er høyere blant LB-kvinner enn blant heterofile (Bakker, Sandfort et al. 2006, Roth, Boström et al. 2006, Gransell and Hansen 2009, McNair, Szalacha et al. 2011, Folkhälsomyndigheten 2014). I den norske levekårsundersøkelsen fra 2013 (Anderssen and Malterud 2013) fant vi ingen forskjeller mellom lesbiske, bifile og heterofile kvinner i hyppighet av kontakt med fastlegen siste 12 måneder. Andelen lesbiske og bifile kvinner som hadde konsultert psykiatrisk poliklinikk eller DPS, var høyere enn blant heterofile kvinner (Anderssen and Malterud 2013).

En hypotese har vært at LHB-personer forventer å møte negative holdninger som følge av sin seksuelle orientering i møte med helsetjenesten, enten som følge av tidligere erfaringer, eller som et uttrykk for internaliserte fordommer (Bjorkman and Malterud 2009). De fleste studiene om dette påpeker at det ikke er nøytralt eller likegyldig å framstå med sin seksuelle orientering når man skal til legen, selv om dette avhenger av hva som er kontaktårsaken (Bjorkman and Malterud 2007).

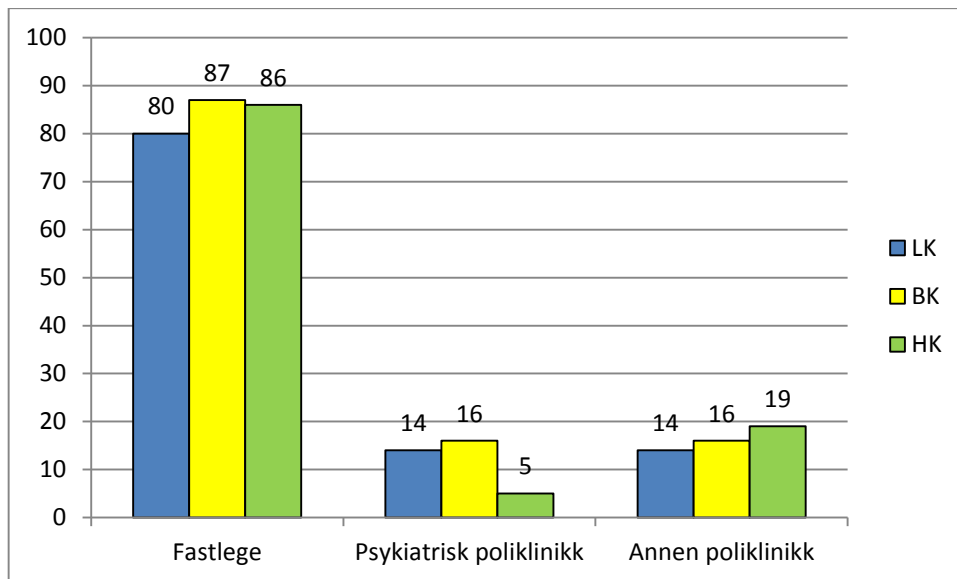
Vi stilte deltakerne ulike spørsmål om deres bruk av og tilfredshet med forskjellige helsetjenester. Her har vi tatt utgangspunkt i spørsmål om lesbiske, bifile og heterofile kvinners hyppighet i kontakt med fastlege, psykiatrisk poliklinikk og andre poliklinikker siste 12 måneder.

Bruk av helsetjenester

Figur 10.1 (neste side) viser at et stort flertall av kvinnene i alle tre grupper hadde vært hos *fastlege* siste 12 månedene. Det var likevel signifikant lavere andel i kontakthyppighet blant lesbiske sammenliknet med bifile og heterofile kvinner. Etter statistisk kontroll for alder, inntekt og utdanningslengde var det imidlertid ikke lenger signifikante forskjeller mellom lesbiske, bifile og heterofile kvinner angående hyppighet av kontakt med fastlege.

Et mindretall (5-16%) hadde vært til konsultasjon ved *psykiatrisk poliklinikk* siste 12 måneder, lavest andel blant heterofile kvinner og størst andel blant bifile kvinner. Forskjellen mellom heterofile kvinner og de to andre gruppene var signifikante, også etter statistisk kontroll for alder, inntekt og utdanningslengde. De absolutte tallene er imidlertid lave (27 lesbiske kvinner, 62 bifile kvinner, 48 heterofile kvinner). De færreste lesbiske og bifile kvinner hadde altså vært til konsultasjon ved psykiatrisk poliklinikk, men andelen var signifikant høyere enn blant heterofile kvinner.

Det var også et lite mindretall (28 lesbiske kvinner, 61 bifile kvinner, 181 heterofile kvinner) som hadde vært til konsultasjon ved *andre poliklinikker*. Her var det ikke signifikante forskjeller mellom lesbiske, bifile og heterofile kvinner, heller ikke etter kontroll for alder, inntekt og utdanningslengde.



Figur 10.1. Bruk av ulike helsetjenester siste 12 måneder. Prosentandeler.

Fastlege:

LK vs HeK: $\chi^2=3,9$, $p=0,048$
 BK vs HeK: $\chi^2=,18$, $p=0,671$
 LK vs BiK: $\chi^2=4,32$, $p=0,038$

Konsultasjon uten innleggelse ved psykiatrisk poliklinikk/DPS

LK vs HeK: $\chi^2=19,7$, $p=0,000$
 BK vs HeK: $\chi^2=41,48$, $p=0,000$
 LK vs BiK: $\chi^2=,20$, $p=0,656$

Konsultasjon uten innleggelse ved annen poliklinikk i sykehus

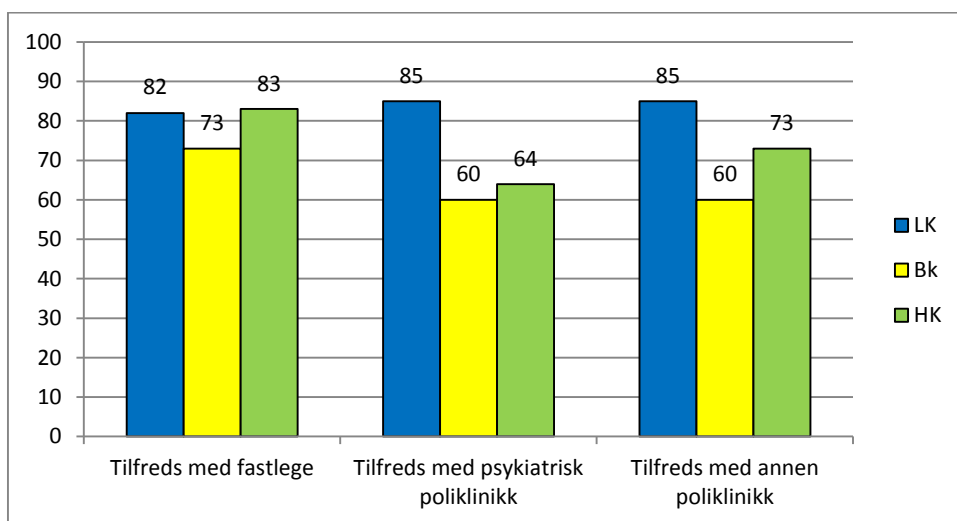
LK vs HeK: $\chi^2=1,8$, $p=0,180$
 BK vs HeK: $\chi^2=1,6$, $p=0,201$
 LK vs BiK: $\chi^2=,1$, $p=0,780$

Erfaringer med helsetjenester

Vi spurte dem som hadde hatt kontakt med fastlege eller poliklinikk siste 12 måneder, om de var fornøyde med hjelpen de hadde fått.

Figur 10.2 (neste side) viser at et stort flertall var tilfredse med hjelpen de hadde fått hos *fastlegen*. Blant bifile kvinner var andelen av tilfredse signifikant lavere enn blant lesbiske og heterofile kvinner. Etter kontroll for alder, inntekt og utdanningslengde var forskjellen kun mellom bifile og heterofile kvinner signifikant. De fleste som hadde vært i kontakt med *psykiatrisk poliklinikk*, var tilfredse med hjelpen de hadde fått. Blant lesbiske kvinner var andelen som var tilfredse med psykiatrisk poliklinikk, signifikant høyere enn blant bifile og heterofile kvinner, men etter kontroll for bakgrunnsfaktorer var kun forskjellen mellom bifile og lesbiske kvinner signifikant. Andelen bifile kvinner som var tilfredse med hjelpen de hadde fått ved *annen poliklinikk*, var signifikant lavere enn blant lesbiske og heterofile kvinner, kun forskjellen mellom bifile og heterofile kvinner var signifikant etter kontroll for bakgrunnsfaktorene alder, inntekt og utdanningslengde.

Sett under ett er altså lesbiske og heterofile kvinner like tilfredse med hjelpen fra de tre tjenestene, mens bifile kvinner er mindre tilfredse.



Figur 10.2. Prosentandeler som er tilfredse med ulike helsetjenester.

Fastlege:

HK-LK: $\chi^2 = 0,1$, $p=0,824$

HK-BK: $\chi^2 = 16,5$, $p=0,000$

LK-BK: $\chi^2 = 5,5$, $p=0,019$

Konsultasjon uten innleggelse ved psykiatrisk poliklinikk/DPS

HK-LK: $\chi^2 = 3,8$, $p=0,050$

HK-BK: $\chi^2 = 0,2$, $p=0,659$

LK-BK: $\chi^2 = 5,6$, $p=0,018$

Konsultasjon uten innleggelse ved annen poliklinikk i sykehus

HK-LK: $\chi^2 = 1,8$, $p=0,185$

HK-BK: $\chi^2 = 4,1$, $p=0,043$

LK-BK: $\chi^2 = 5,57$, $p=0,018$

Andelen som opplyste at fastlegen kjente deres seksuelle orientering, var høyere blant lesbiske kvinner (63%) enn blant bifile kvinner (15%). Vi undersøkte om det var noen sammenheng mellom åpenhet om seksuell orientering og grad av tilfredshet i møte med helsetjenestene blant lesbiske og bifile kvinner.

De fleste lesbiske kvinnene (157) hadde hatt kontakt med fastlegen siste år. Blant disse var det bare 8 personer som var helt skjult angående seksuell orientering. Vi fant ingen signifikant forskjell i grad av tilfredshet med fastlegen blant de lesbiske som var helt skjult, sammenliknet med de andre. 27 lesbiske kvinner hadde vært i kontakt med psykiatrisk poliklinikk, og blant disse var det bare én person som var helt skjult. Andelen som var tilfredse med psykiatrisk poliklinikk, var signifikant høyere blant dem som ikke var helt skjult, men resultatene er usikre fordi de absolutte tallene er små. 28 lesbiske kvinner hadde vært i kontakt med annen poliklinikk, men ingen av disse var helt skjult. Vi kan derfor ikke si noe om forskjeller på dette punktet. Lesbiske kvinner som er helt skjult, er altså like tilfredse med kontakten med fastlegen som de andre lesbiske kvinnene.

Også de fleste bifile kvinnene (350) hadde hatt kontakt med fastlegen siste år. Blant disse var det 62 personer som var helt skjult angående seksuell orientering. Vi fant ingen signifikant forskjell i grad av tilfredshet med fastlegen blant de bifile kvinnene som var helt skjult, sammenliknet med de andre. 62 bifile kvinner hadde vært i kontakt med psykiatrisk poliklinikk, og blant disse var det 11 som var helt skjult. Heller ikke her var det signifikante forskjeller i grad av tilfredshet mellom dem som var helt skjult sammenliknet med de andre. Det samme gjaldt tilfredshet med annen poliklinikk. Bifile kvinner som er helt skjult, synes altså like tilfredse med sine kontakter med helsetjenesten som de andre bifile kvinnene.

Hovedfunn - helsetjenester

- Det var ingen forskjell mellom lesbiske, bifile og heterofile kvinner med hensyn til kontakthypighet med fastlegen.
- Et mindretall i alle grupper hadde vært til konsultasjon ved psykiatrisk poliklinikk siste 12 måneder, men det var vanligere blant lesbiske og bifile enn blant heterofile kvinner.
- Lesbiske og heterofile kvinner var like tilfredse med helsehjelp de har mottatt, mens bifile kvinner var mindre tilfredse.
- Lesbiske og bifile kvinner som var helt skjult angående seksuell orientering, var like tilfredse med fastlegen som øvrige lesbiske og bifile kvinner.

For å belyse sammenhenger mellom de ulike temaene har vi valgt å samle vår diskusjon av resultatene i kapittel 11. Der drøfter vi likheter og forskjeller i helse blant lesbiske og bifile kvinner sammenliknet med heterofile kvinner i lys av foreliggende forskning.

Kapittel 11

SEKSUELL ORIENTERING OG HELSE BLANT KVINNER I NORGE

I dette kapittelet oppsummerer vi våre hovedfunn angående helse blant lesbiske og bifile kvinner i Norge. Først sammenlikner vi funnene fra lesbiske og bifile kvinner med tilsvarende funn fra heterofile kvinner, deretter ser vi nærmere på funn som gjelder forskjeller mellom lesbiske og bifile kvinner. Vi drøfter mulige forklaringer på disse funnene før vi til slutt presenterer våre forslag til tiltak.

Hovedfunn fra analysene

De fleste lesbiske og bifile kvinnene rapporterte like god helse og funksjon som de heterofile kvinnene. Bare et mindretall hadde alvorlig psykisk symptombelastning. Få hadde hatt seksuelt overførbart sykdom. For det store flertallet var helsevaner knyttet til tobakksbruk, alkohol og fysisk aktivitet omtrent som blant heterofile kvinner. Det samme gjaldt bruk av helsetjenester og grad av tilfredshet med disse.

Samtidig har vi funnet noen viktige gjennomgående forskjeller i helse som systematisk varierer med seksuell orientering og som ikke forklares av alder, inntekt eller utdanning. Et mindretall blant lesbiske og bifile kvinner viste på ulike måter tydelige tegn til nedsatt helse eller økt sykdomsrisiko, og dette mindretallet er større enn tilsvarende blant heterofile kvinner.

På noen områder er det likheter mellom helseforholdene blant lesbiske og bifile kvinner, mens det på andre områder er forskjellige utslag for disse to gruppene. Vi skal først se nærmere på hva som er *likt* for de to gruppene sammenliknet med heterofile kvinner.

Helse blant lesbiske og bifile kvinner sammenliknet med heterofile kvinner

- Forekomst og alvorlighetsgrad av *psykiske plager* var høyere blant både lesbiske og bifile kvinner sammenliknet med heterofile kvinner i Norge. Disse konklusjonene styrkes av sammenfallende funn når det gjelder psykisk funksjonsnedsettelse, psykisk symptombelastning, bruk av medikamenter mot depresjon, selvmordsforsøk og konsultasjon ved psykiatrisk poliklinikk.
- Mest utsatt for psykiske plager var bifile og lesbiske kvinner i de *ynge* aldersgrupper. *Bifile* kvinner hadde tyngre psykisk symptombelastning, særlig blant de yngre aldersgruppene. Mest utsatt var bifile kvinner med lav inntekt og kort utdanning. De hadde også høyere forekomst av selvmordsforsøk enn lesbiske kvinner.
- Det er alvorlig når 19% av bifile kvinner og 12% av lesbiske kvinner svarte at de noen gang har forsøkt å ta sitt eget liv.
- *Tobakksbruk* var mer utbredt blant bifile og lesbiske kvinner, med høyest andel røykere blant de bifile kvinnene og høyest andel snusbrukere blant de lesbiske kvinnene. Det siste gjaldt særlig for de yngste aldersgruppene.
- Spørsmålet om åpenhet om seksuell orientering ble stilt bare til lesbiske og bifile kvinner. Vi fant en sterk sammenheng mellom *åpenhet* og *akseptering av egen seksuell orientering* blant både lesbiske og bifile kvinner. De som var helt skjulte, viste mindre grad av akseptering.

Ulikheter i helse mellom lesbiske og bifile kvinner

På flere områder fant vi viktige forskjeller mellom lesbiske og bifile kvinner.

- *Åpenhet og tilfredshet med seksuell orientering* var mer utbredt blant lesbiske kvinner enn blant bifile.
- Blant bifile kvinner var det ingen sammenheng mellom *åpenhet om seksuell orientering* og *psykisk symptombelastning*, mens lesbiske kvinner som var helt skjult, hadde tyngre psykisk symptombelastning enn lesbiske kvinner forøvrig.
- Bifile kvinner skilte seg ut med dårligere *generell helse og redusert funksjonsnivå* sammenliknet med lesbiske og heterofile kvinner. Denne gruppen hadde større andel med dårlig selvurdert helse, kronisk sykdom, fysisk funksjonsnedsettelse og langtidssykmelding.

-
- Vi vurderer det som alvorlig når de bifile kvinnene rapporterte gjennomsnittlig *psykisk symptombelastning* som er så høy at den kan indikere behov for behandling.
 - Bifile kvinner var mindre tilfredse enn lesbiske og heterofile kvinner med *helsehjelp* som de hadde mottatt.
 - Indikasjoner på *skadelig alkoholbruk* var vanligere blant bifile kvinner enn lesbiske og heterofile kvinner. Utdanning, singelstatus, barnløshet, røyking, utestedsaktivitet og høy psykisk symptombelastning var forhold som hadde sammenheng med skadelig alkoholbruk, mens alder og åpenhet ikke var av betydning.
 - Lesbiske kvinner hadde lavere oppslutning om *forebyggende masseundersøkelser mot kreft* (celleprøvetaking og mammografi) enn bifile og heterofile kvinner, uansett utdanningslengde eller inntektsnivå. En del lesbiske kvinner, og til dels også deres leger, mener at risikoen for livmorhalskreft er så lav at celleprøve er unødvendig for kvinner som ikke har sex med menn.
 - Forekomsten av *seksuelt overførbare infeksjoner* var svært lav blant lesbiske kvinner sammenliknet med bifile og heterofile kvinner. Våre funn tyder på at seksuelt overførbare infeksjoner i begrenset grad overføres fra kvinne til kvinne.

Disse forskjellene illustrerer betydningen av å differensiere gruppene i denne typen undersøkelser, slik våre eksempler i kapittel 8 og 9 understreker.

Tolkningsgrunnlag og mulige forklaringer

Noen forutsetninger og forbehold

I denne rapporten var oppdraget å undersøke likheter og forskjeller i helse mellom lesbiske, bifile og heterofile kvinner i Norge. Vi har ikke sammenliknet helseforhold blant lesbiske og bifile kvinner med tilsvarende forhold blant menn. Vi vil advare mot tolkninger om at helse blant lesbiske og bifile kvinner er verre eller bedre enn blant tilsvarende grupper av menn - våre analyser og funn gir ikke dekning for dette.

Med et sosialøkologisk perspektiv har vi lett etter mulige forklaringer på funnene ved å se deltakernes rapporterte erfaringer i sammenheng med deres omgivelser. Vi har ønsket å motvirke en individualisert forståelse av at det utelukkende er opp til den enkelte å skape sine egne levekår, samtidig som vi også ser den enkelte som en sentral aktør i egne liv. I et livsløpsperspektiv vil utfordringer og muligheter hos mennesker variere med livsfaser. Derfor har vi i flere analyser brukt alder som variabel i analyser av undergrupper. Andre velkjente og viktige forklaringsfaktorer for sosial ulikhet i helse er inntekt og utdanning (Marmot 2005, WHO Regional Office for Europe (Marmot M. ed) 2013). I våre analyser har vi kunnet vurdere betydningen av disse sosioøkonomiske forholdene i de tre gruppene i utvalget vårt. Derfor kan vi med en viss grad av sannsynlighet si noe om hvilke forskjeller i helse og sykdomsrisiko som har sammenheng med seksuell orientering.

Selv om våre data er innhentet fra et nasjonalt utvalg som skal sikre høy overførbarhet, ser vi at utvalget har noen skjevheter som gir grunn til visse forbehold. Som i alle tilsvarende spørreundersøkelser vil det være en overvekt av deltakere med større sosioøkonomiske ressurser enn i befolkningen for øvrig. Vi tror ikke vårt utvalg skal tolkes som en indikasjon på at lesbiske kvinner i Norge har lengre utdanning og høyere inntekt enn andre kvinner, men ser forskjellene i inntekt og utdanningslengde som en påminnelse om at vårt utvalg kan tenkes å være mer ressursrike enn gjennomsnittet i målgruppen.

Våre funn gir mange indikasjoner på mulige sammenhenger mellom *minoritetsstress* og helse blant lesbiske og bifile kvinner. Forskjellsbehandling, skjulthet, forventete og faktiske fordomsfulle reaksjoner og internalisert homonegativitet er aspekter ved minoritetsstress knyttet til seksuell orientering som kan representere helsebelastninger (Cox, Dewaele et al. 2010), og dette er viktige temaer for videre forskning. Levekårsundersøkelsen fra 2013 viste at homonegativitet og heteronormativitet er viktige levekårsbetingelser som fortsatt spiller en viktig rolle for mange lesbiske og bifile kvinner i Norge (Anderssen and

Malterud 2013). Lesbiske og bifile kvinner i Norge kan ikke alltid kjenne seg sikre på at mennesker omkring dem vil anerkjenne deres seksualitet og identitet. Dette bekreftes og utdypes av våre funn, som dessuten tyder på at minoritetsstress kan oppleves og håndteres ulik blant lesbiske kvinner sammenliknet med bifile kvinner, og sannsynligvis også for ulike undergrupper innen disse kategoriene. Analysene viser at noen undergrupper er mer utsatte enn andre, mens andre undergrupper klarer seg bra. Derfor blir det viktig å tenke differensiert om hvordan minoritetsstress kan utgjøre en helsebelastning eller sykdomsrisiko for lesbiske og bifile kvinner.

I utforming av spørsmål og analysestrategi og i rapportering av resultatene har vi fastholdt et *ressursperspektiv* på helse for å fokusere på mestring og styrke, ikke bare på sykdom og risiko (Antonovsky 1979). Derfor har vi også presentert såkalte negative funn der våre analyser ikke har bekreftet utbredte hypoteser om overhyppighet av spesifikke risikofaktorer, for eksempel for seksuelt overførbart sykdom, rusbruk eller fedme blant lesbiske. I vår presentasjon av funn som representerer økt forekomst av sykdom eller risiko, har vi også aktivt ønsket å medvirke til å forebygge stereotypier om at disse funnene har gyldighet for de fleste lesbiske og bifile kvinner i Norge.

Sykdomsrisiko, helsevaner og helsetjenester

Alder, inntekt og utdanning har vanligvis stor betydning for menneskers sykdomsrisiko, helsevaner og bruk av helsetjenester (Marmot 2005, WHO Regional Office for Europe (Marmot M. ed) 2013). I vårt utvalg er de bifile kvinnene yngre enn de lesbiske og heterofile kvinnene, og de lesbiske kvinnene har lengre utdanning og høyere inntektsnivå enn heterofile og bifile kvinner. Man kunne for eksempel tenke seg at de lesbiske kvinnene hadde hatt bedre anledning enn de andre gruppene til å fokusere mer på karriere og bryte etablerte forventninger knyttet til kjønn. Vi finner imidlertid ingen støtte for en slik hypotese i internasjonal forskning, og vi vurderer det som mer sannsynlig at forskjellene er et uttrykk for skjevfordeling i utvalget. Vi har derfor valgt analysestrategier der de sosioøkonomiske parametrene oftest har status som bakgrunnsvariabler som kjennetegner utvalget vårt, og ikke som resultater om sammenhenger mellom seksuell orientering og demografi.

I våre analyser fant vi forskjeller mellom lesbiske, bifile og heterofile kvinner i sykdomsrisiko, helsevaner og helsetjenester også etter at vi hadde kontrollert for variasjonen i alder, inntekt og utdanning. Vår tolkning er at disse forskjellene i større grad henger sammen med seksuell orientering enn med sosioøkonomiske forhold.

I tidligere forskning, særlig fra USA, har man funnet høyere sykdomsrisiko blant lesbiske og bifile kvinner sammenliknet med heterofile knyttet til bruk av tobakk og alkohol, fysisk inaktivitet og fedme, seksuelt overførbart sykdom, lavere bruk av og tilfredshet med helsetjenester og lavere oppslutning om forebyggende masseundersøkelser mot kreft (Garofalo, Wolf et al. 1998, Cochran, Keenan et al. 2000, Diamant, Wold et al. 2000, Valanis, Bowen et al. 2000, Ryan, Wortley et al. 2001, Roberts, Dibble et al. 2003, Case, Austin et al. 2004, Burgard, Cochran et al. 2005, Gruskin and Gordon 2006, Conron, Mimiaga et al. 2010, Institute of Medicine (US) 2011, Hatzenbuehler, McLaughlin et al. 2013, Przedworski, McAlpine et al. 2014). Når vi i våre analyser differensierer mellom lesbiske og bifile kvinner, finner vi høyere andel skadelig alkoholbruk blant bifile og mer tobakksbruk blant lesbiske og bifile kvinner sammenliknet med heterofile. Vi kan altså ikke bekrefte hypoteser om at lesbiske kvinner i Norge har høyere andel av skadelig alkoholbruk, mer fedme eller lavere grad av fysisk aktivitet enn heterofile kvinner. Andelen lesbiske kvinner i vårt utvalg som har hatt seksuelt overførbart sykdom, er meget lav. Disse funnene stemmer godt overens med nyere europeiske befolkningsbaserte studier (Sandfort, Bakker et al. 2006, Gransell and Hansen 2009, Whybrow, Ramsay et al. 2012, Folkhälsomyndigheten 2014), og forskjellene mellom ulike undersøkelser kan antakelig forklares ut fra metodespørsmål og kulturelle forskjeller i de utvalgene som er undersøkt.

Tidligere forskning, også fra Norge, har gitt eksempler på hvordan helsetjenesten kan møte lesbiske kvinner med usynlighet, negative holdninger og mangel på kunnskap (Bjorkman and Malterud 2007, Bjorkman and Malterud 2009, Bjorkman and Malterud 2012). Man kunne tenke seg at dette ville medføre lavere legesøkning og mindre tilfredshet blant lesbiske kvinner enn blant kvinner for øvrig. Vi finner

imidlertid ingen forskjeller i kontakthypighet med fastlegen mellom lesbiske, bifile og heterofile kvinner, og lesbiske kvinner er like tilfredse som heterofile kvinner med denne kontakten. Bifile kvinner er imidlertid noe mindre tilfredse, noe som sannsynligvis skyldes at de også har mer helseproblemer enn lesbiske og bifile kvinner. Mens lesbiske kvinner i stor grad er åpne om sin seksuelle orientering overfor fastlegen, gjelder ikke dette for bifile kvinner. Vi kan se dette i sammenheng med at bifile kvinner generelt har lavere åpenhet om sin seksuelle orientering. Konsekvensen blir imidlertid at fastlegen ofte vil mangle informasjon om seksuell orientering blant en gruppe pasienter med høyere andel helseplager der nettopp den seksuelle orienteringen kan ha betydning for helse og sykdom.

Våre funn bekrefter en rekke tidligere studier angående lavere deltakelse i forebyggende masseundersøkelser mot kreft blant lesbiske kvinner (Diamant, Schuster et al. 2000, Kerker, Mostashari et al. 2006, Tjepkema 2008, McNair, Szalacha et al. 2011). En dansk undersøkelse fra 2004 fant ingen forskjell i oppslutning mellom LB-kvinner og heterofile (Gransell and Hansen 2009), noe som sannsynligvis forklares av at lesbiske og bifile kvinner er slått sammen i analysene. Riktignok har lesbiske kvinner i Norge like mye kontakt med fastlegen som bifile og heterofile kvinner, men mange mangler erfaringer fra underlivsundersøkelser i anledning prevensjon, svangerskap og symptomer på seksuelt overførbart sykdom sammenliknet med kvinner for øvrig. Vi finner det bekymringsfullt at lesbiske kvinner vurderer risikoen for livmorhalskreft som så liten at de ikke trenger celleprøve, men kanskje enda mer når slike forestillinger kommer fra legene. Våre resultater angående celleprøve er sikrere enn resultatene for mammografi, men begge peker i samme retning. Vi antar imidlertid at årsaksforholdene for manglende oppslutning er forskjellige for disse to typene masseundersøkelser, også fordi det er ulike aldersgrupper som inngår i undersøkelsene.

Om disse forholdene vil lede til økt forekomst av hjerte- og karsykdom, kreft eller alkoholrelatert sykdom blant bifile og lesbiske kvinner, gjenstår å se.

- *Vår hovedhypotese er at helsetjenesten har et betydelig potensial for forbedring i møte med lesbiske og bifile kvinner, både angående innsikt i deres levekår og helseforhold, og når det gjelder tiltak som kan styrke deltakelsen blant lesbiske kvinner i forebyggende masseundersøkelser mot kreft.*

Minoritetsstress – selvakseptering, åpenhet og psykisk helse

Minoritetsstress er et sentralt omdreiningspunkt når vi skal forklare likheter og ulikheter i helse og sykdomsrisiko blant og mellom lesbiske og bifile kvinner (Solarz 1999, Institute of Medicine (US) 2011). Minoritetsstress er den tilleggsbelastningen individer fra utsatte grupper utsettes for på grunn av sin minoritetsposisjon (Meyer 2003).

Bjørkman beskriver hvordan minoritetsstress for homofile, lesbiske og bifile springer ut av heteronormativitet og homonegativitet. Den kvalitative delstudien fra levekårsundersøkelsen fra 2013 (Anderssen and Malterud 2013) ga konkrete eksempler på hvordan heteronormativitet utspiller seg til daglig i det norske samfunnet i form av kulturelle og sosiale praksiser som tar for gitt at alle mennesker er heteroseksuelle, slik at homo- og biseksualitet blir usynlig og annenrangs. Videre dokumenterte holdningsundersøkelsen at det fortsatt finnes betydelig homo- og binegativitet i folks holdninger. Minoritetsstress kan inngå i en rekke situasjoner og på en rekke arenaer. Eksempler kan være familiens reaksjoner på den seksuelle orientering, familiens inkludering av eventuell partner, personens forvaltning av åpenhet og skjulthet, diskriminering på arbeidsplassen og forholdet til kolleger, samfunnets holdning til LHB-personer, diskriminering, trakassering, vold og frykt for vold, ambivalens eller negativitet i forhold til egen seksualitet, å bli gammel i homomiljøet, å være minoritet i flere betydninger, samt utfordringer rundt kvinnelighet og mannlighet. Forskning har vist sammenheng mellom høy grad av minoritetsstress og symptomer på psykiske problemer (Lewis, Derlega et al. 2001) (Cox, Vanden Berghe et al. 2008). Samtidig minner Bjørkman om at positiv mestring av minoritetsstress både kan bidra til personlig vekst og motvirke helsebelastninger (Bjorkman and Malterud 2012).

Et utforsket område gjelder hvordan konkrete situasjoner kan fremstå som krenkende uten at det foreligger eksplisitt homo- eller binegativitet. Dette kan være dagligdagse situasjoner der individets status

som lesbisk eller bifil kvinne er direkte relevant, mens det som ytre sett foregår, fremstår som nøytralt. Det er trolig også i denne strømmen av potensielt krenkende enkeltsituasjoner vi kan finne kilder til minoritetsstress.

Heterofile kvinner behøver vanligvis ikke å ta stilling til om de aksepterer sin seksuelle orientering eller om de vil holde den skjult for omgivelsene. For de aller fleste lesbiske og bifile kvinner er dette derimot en problemstilling som har betydning i hverdagslivet og som med stor sannsynlighet kan ses i sammenheng med psykiske helseplager og selvmordsatferd i begge gruppene. Det foreligger imidlertid noen viktige forskjeller mellom lesbiske og bifile kvinner i forholdet mellom akseptering og åpenhet som kan ha betydning for hva som blir minoritetsstress og hvorvidt dette henger sammen med helseplager av ulike slag.

Bjørkman sier at åpenhetskompetanse kan være avgjørende for om utfallet for den enkelte blir minoritetsstress og helsebelastning eller mestring (Bjorkman and Malterud 2012). Vi fant at de yngste kvinnene var mest utsatt for psykiske plager. Ettersom årene går og utfordringene håndteres, kan slik kompetanse utvikles, mens unge kvinner kanskje mangler de erfaringene som kan gi styrke (Wichstrom and Hegna 2003).

I levekårsundersøkelsen fra 2013 rapporterte et flertall at de var fornøyde med sin grad av åpenhet, og det var ingen forskjeller i så måte mellom lesbiske og bifile kvinner (Anderssen and Malterud 2013). Over 80% av de lesbiske kvinnene svarte at familiemedlemmer, nærmeste arbeidskolleger og venner hadde kjennskap til deres seksuelle orientering. Blant bifile kvinner var det langt under halvparten som svarte at andre hadde kjennskap til deres seksuelle orientering, bortsett fra nærmeste venner. Selv blant personer som sjelden eller aldri skjulte sin seksuelle orientering, var det ulike grad av åpenhet i ulike sosiale kontekster.

Våre analyser i den foreliggende undersøkelsen viser at mens de fleste lesbiske og bifile kvinner aksepterte sin seksuelle orientering, var de lesbiske kvinnene langt mer tilfredse enn de bifile på dette punktet. Vi fant ingen aldersforskjeller angående slik selvakseptering, verken blant lesbiske eller bifile kvinner. Bare et mindretall av de lesbiske og bifile kvinnene var helt skjult om sin seksuelle orientering, men flest blant de bifile. Blant lesbiske så vel som bifile kvinner var det en sterk sammenheng mellom åpenhet og akseptering av egen seksuell orientering. De som var helt skjulte, viste mindre grad av akseptering.

Lesbiske kvinner som var helt skjult, hadde større psykisk symptombelastning enn andre lesbiske kvinner. Tilsvarende sammenheng fant vi ikke blant bifile kvinner. Selv om det er sammenhenger mellom åpenhet og selvakseptering, indikerer våre funn at åpenhet om seksuell orientering kan ha en annen betydning for lesbiske kvinner enn for bifile kvinner, i hvert fall når det gjelder helse. Kanskje representerer det å være lesbisk en viktigere del av identiteten enn det å være bifil kvinne, med tilsvarende større behov for åpenhet utad? Samtidig kan en underliggende dynamikk for den enkelte bifile kvinne være at det ikke er anledning til å gi stor plass til den bifile siden ved seg. For både lesbiske og bifile kvinner kan tilhørighet til et sosialt nettverk utgjøre en positiv motvekt mot en helseskadelig belastning av slike levekår. Kanskje utvikler bifile kvinner en egen kompetanse på å ikke være åpne om sin seksuelle orientering som ikke i like stor grad utfordrer identiteten, men som også kan innebære ensomhet og sosial isolering? Minoritetsstress kan altså få andre utforminger og konsekvenser blant bifile kvinner enn blant lesbiske kvinner (Meyer 2003, Fredriksen-Goldsen, Kim et al. 2010, Bostwick 2012).

- *Vår hovedhypotese er altså at minoritetsstress kan ha ulik utforming og betydning lesbiske og bifile kvinner.*

Bifile kvinner – en sammensatt gruppe

Levekårsundersøkelsen fra 2013 ga tydelige indikasjoner på at lesbiske og bifile kvinner på flere områder har ulike utfordringer angående levekår og helse (Anderssen and Malterud 2013). Våre nye analyser har bidratt til ytterligere differensiering mellom gruppene. Blant bifile kvinner har vi funnet større andel av helseplager, funksjonssvikt, sykdomsrisiko og misnøye med helsetjenesten enn i de andre gruppene, ikke bare når det gjelder psykisk helse. Samtidig minner vi om at bifile kvinner flest har like god helse som heterofile og lesbiske kvinner.

Intervjustudier med bifile kvinner viser stor variasjon når det gjelder atferd, identitet, psykologiske forhold og sosial støtte (Blumstein and Schwartz 1976, Schick and Dodge 2012). Våre analyser er gjennomført på gruppenivå, og i noen av analysene har vi kunnet skille ut undergrupper blant bifile kvinner som er spesielt utsatt for eller beskyttet mot helseproblemer. I en rekke undersøkelser er det også tydelige tegn på at mange ikke kjenner seg igjen i standardkategoriene for seksuell orientering, og at seksuelle preferanser kan endre seg i et livsløpsperspektiv (Hegna and Larsen 2007, Erickson-Schroth and Mitchell 2009, Ohnstad 2009, Bolsø 2010, Ohnstad 2011). En bifil orientering er heller ikke alltid konstant gjennom et livsløp (Rosario, Schrimshaw et al. 2006). Vi vil derfor advare mot tolkninger som setter alle bifile kvinner i samme bås.

Zinik drøfter to motsatte perspektiver på biseksualitet: «*konfliktmodellen*», der biseksualitet er et problematisk uttrykk for identitetskonflikt og forvirring, på vei til en homoseksuell orientering, og «*fleksibilitetsmodellen*» der biseksualitet er en vellykket integrering av homoseksualitet og heteroseksualitet med mange muligheter (Zinik 1985). Andre har vært mer opptatt av ressursperspektiver, - som frihet fra sosiale merkelapper, ærlighet og autentisitet, å kjenne seg enestående, frihet til å elske uavhengig av kjønn, og frihet til å utforske forhold (Scales Rostosky, Riggle et al. 2010). Både levekårsundersøkelsen fra 2013 (Anderssen and Malterud 2013) og våre nye analyser tyder på at begge disse modellene kan ha gyldighet i vårt utvalg.

Samfunnet har i økende grad begynt å venne seg til at det å være lesbisk eller homofil er aktuelle alternativer til heteroseksualitet. Biseksualitet er imidlertid fremdeles i stor grad usynlig som seksuell orientering, kanskje fordi dette i enda større grad utfordrer heteroseksualitetens tatt-for-gitt-heter og utbredte forestillinger om at det kun er «de andre» (dvs. lesbiske kvinner og homofile menn) som har sex med samme kjønn (Erickson-Schroth and Mitchell 2009, Rubinstein, Makov et al. 2013). Mange bifile beskriver en opplevelse av å ikke finne tilhørighet noe sted (Bradford 2004) og at de derfor holder sin biseksualitet skjult også i møte med homomiljøet (McLean 2008). Andre beskriver hvordan det å stå fram som bifil kunne medføre at man blir identifisert med en utagerende og promiskuøs kultur (Bostwick 2012, Anderssen and Malterud 2013). Også i den norske befolkningen fant vi i 2013 en andel som hadde negative holdninger til bifile, mest negativt overfor bifile menn (Anderssen and Malterud 2013).

Våre funn tyder på at bifile kvinner i lavere grad aksepterer sin seksuelle orientering enn lesbiske kvinner gjør. Blant bifile kvinner fant vi at det å være ung og ha lav inntekt og kort utdanning henger sammen med helseplager. I levekårsundersøkelsen fra 2013 var det et mindretall av deltakerne som rapporterte at de ofte følte seg ensomme, flest blant bifile kvinner (Anderssen and Malterud 2013). Andelen var høyest blant bifile kvinner. Andelen kvinner som ikke hadde noen å snakke fortrolig med, var høyere enn blant lesbiske og heterofile kvinner. Dette kan bidra til å forklare hvorfor andelen bifile kvinner med dårlig helse og skadelig alkoholbruk er høyere enn blant andre grupper av kvinner (Fredriksen-Goldsen, Kim et al. 2010, Bostwick 2012, Ebin 2012, Schick, Rosenberger et al. 2012, Pompili, Lester et al. 2014). Vi mangler imidlertid kunnskap om mangfoldet blant bifile kvinner og hva som gir mestring og god helse innen denne gruppen.

- *Vår hovedhypotese er at det i dag er lavere grad av kulturell gjenklang i vårt samfunn for å være bifil enn å være lesbisk, og at dette kan ha negativ betydning for helseforhold blant grupper av bifile kvinner. Videre regner vi det som sannsynlig vi at mange bifile kvinner med til dels alvorlige helseproblemer ikke får adekvat helsehjelp fordi fastlegen mangler kunnskap både om pasientens seksuelle orientering og om biseksualitet generelt.*

Forslag til tiltak

Det er behov for tiltak som kan synliggjøre og styrke *helsefremmende* krefter og miljøer blant lesbiske og bifile kvinner i Norge på samfunns- og individnivå. Våre funn demonstrerer at de fleste av dem har god generell helse og funksjon. Spredning av kunnskap om dette kan bidra til å motvirke marginalisering og selvforsterkende elendighetsfokusering av disse gruppene både fra samfunnet og i den enkelte.

Samtidig er det nødvendig å utvikle både generelle strategier og *folkehelsestrategier rettet mot ulikhet* som bygger på innsikt om at homonegativitet og heteronormativitet fortsatt er aktuelle forutsetninger for minoritetsstress og helseproblemer blant ikke-heterofile mennesker i Norge. Våre funn konkretiserer hvordan undergrupper av lesbiske og bifile kvinner i Norge opplever og håndterer slike kulturelle innretninger, og hvordan det kan lede til helseproblemer for disse undergruppene. Forebyggingstiltak forankret i inkluderende mangfoldspolitikk må i like stor grad rette seg mot samfunnet i sin alminnelighet som mot enkeltindivider i målgruppene.

Noen av disse tiltakene kan også sees i sammenheng med aktuelle tiltak for homofile og bifile menn, mens andre tiltak gjelder spesifikt for lesbiske og bifile kvinner.

Økt forekomst av til dels alvorlige helseproblemer blant grupper av lesbiske og bifile kvinner innebærer at *helsetjenesten* i Norge trenger spesifikk informasjon for å kunne tilby relevant, kunnskapsbasert og omsorgsfulle tjenester til lesbiske og bifile kvinner. I tillegg er det nødvendig å arbeide for å senke terskelen for kontakt og åpenhet for dem som trenger dette mest. Våre funn viser at fastlegen og skolehelsetjenesten kan være sentrale aktører.

Forebyggingsstrategier rettet mot lesbiske og bifile kvinner må også være kunnskapsbaserte. Det er viktig å skille mellom høyrisikotiltak rettet mot spesifikke undergrupper og breddetiltak som skal nå frem til flertallet av lesbiske og bifile kvinner. Våre funn viser for eksempel at det ikke foreligger faglig grunnlag for å anbefale rutinetesting for seksuelt overførbare sykdommer blant lesbiske kvinner i Norge. Samtidig bør lesbiske kvinner i større grad oppfordres til deltakelse i forebyggende masseundersøkelse mot livmorhalskreft via fastlegen.

Vi trenger flermetodisk *forskning* om helse blant lesbiske og bifile kvinner med et interseksjonalitetsperspektiv, der man undersøker hvordan ulike belastningsforhold kan samvirke med seksuell orientering og bidra til god eller dårlig helse. Multivariate analyser bør benyttes for å undersøke komplekse sammenhenger mellom mål på ulikheter og helse. Forskning med kvalitative studier som tar høyde for prosesser, erfaringer og kontekster er en forutsetning for å forstå hvordan seksuell orientering samvirker med helse blant lesbiske og bifile kvinner i Norge på ulike sosiale arenaer. Våre funn viser at det er mulig å gjennomføre slik forskning med forsvarlig vitenskapelig kvalitet i Norge i dag, under forutsetning av adekvat finansiering.

Med dette som utgangspunkt vil vi foreslå følgende konkrete tiltak når det gjelder lesbiske og bifile kvinners helse:

- Strategier for generell synliggjøring av bifile kvinner i det norske samfunnet, for eksempel som en målrettet kampanje i massemedia og målrettet informasjon til landets lærere, uten spesifikk vektlegging av risiko eller helseproblemer.
- Støtte til nettverkstilbud for bifile kvinner som kan bidra til å styrke identitet, mestring og akseptering av egen seksuell orientering, spesielt for yngre kvinner, for eksempel via relevante organisasjoner eller anonymisert webside.
- Støtte til nettverkstilbud for lesbiske kvinner som holder sin seksuelle orientering skjult, for eksempel via relevante organisasjoner eller anonymisert webside.
- Informasjon om helse og sykdomsrisiko blant grupper av bifile kvinner til norske fastleger, psykiatere og psykologer, for eksempel via kurs i videre- og etterutdanning eller via Rosa Kompetanse.
- Utvikling av målrettede strategier for selvmordsforebygging blant yngre bifile kvinner med helsesøstre og skolehelsetjenesten som ankerpunkt.
- Informasjon til norske fastleger og gynekologer om at også lesbiske kvinner bør inkluderes i forebyggende masseundersøkelser mot livmorhalskreft, for eksempel via Norsk forening for allmennmedisins referansegruppe for lesbisk og homofil helse, tidsskriftet *Utposten*, *Dagens Medisin*, *Tidsskrift for Den norske legeforening*, *Norsk Elektronisk Legehåndbok* og *Rosa Kompetanse*.

-
- Opplysningskampanje rettet mot lesbiske kvinner for å styrke motivasjonen til å delta i forebyggende masseundersøkelse mot livmorhalskreft med informasjon om fastlegens rolle og tilbud, for eksempel via relevante organisasjoner og media.
 - Forebyggingskampanje rettet mot ulike lesbiske miljøer med sikte på reduksjon av snusbruk særlig i de yngste aldersgruppene, for eksempel via relevante organisasjoner.
 - Forebyggingskampanje rettet mot bifile kvinner med sikte på røykeslutt, for eksempel via åpne mediekkanaler som gaysir.no eller Blikk.
 - Forebyggingskampanjer rettet mot bifile kvinner med sikte på reduksjon skadelig alkoholbruk, for eksempel via åpne mediekkanaler som gaysir.no eller Blikk.
 - Løpende befolkningsbaserte undersøkelser om helse som inneholder spørsmål om seksuell orientering, der antallet deltakere er stort nok til å kunne analysere undergrupper, for eksempel ved kumulering av rutinedata over flere år.
 - Forskning som følger opp spørsmål om likheter og forskjeller i helse mellom lesbiske og bifile kvinner, særlig om hvordan minoritetsstress fremtrer og oppleves og om betydningen av sosial tilhørighet.
 - Forskning om hvordan bi- og homonegativitet kan fungere krenkende i tilsynelatende nøytrale situasjoner og samtaler (mikroaggresjon).
 - Videre forskning om hva som skaper utsatthet for psykisk lidelse og selvmordsatferd, dette som grunnlag for utvikling av målrettede strategier for forebygging blant lesbiske og bifile kvinner.
 - Forskning som utvikler kunnskap om ressurser, mestring og positive helseforhold blant lesbiske og bifile kvinner.

LITTERATURREFERANSER

- Aaron, D. J., N. Markovic, M. E. Danielson, J. A. Honnold, J. E. Janosky and N. J. Schmidt (2001). "Behavioral risk factors for disease and preventive health practices among lesbians." *Am J Public Health* 91(6): 972-975.
- Anderssen, N. (1988). "Lesber og homser: Hvem er vi? To måter å forstå homoseksualitet på." *Løvetann* 12(2): 8-13.
- Anderssen, N. and T. Hellesund (2009). "Heteronormative consensus in the Norwegian same-sex adoption debate?" *J Homosex* 56(1): 102-120.
- Anderssen, N. and K. Malterud, Eds. (2013). *Seksuell orientering og levekår [Sexual orientation and living conditions]* (in Norwegian, English summary). Bergen, Uni Helse.
<https://bora.uib.no/handle/1956/7550> (04.12.2014)
- Anderssen, N. and H. Slåtten. (2008). "Holdninger til lesbiske kvinner, homofile menn, bifile kvinner og menn og transpersoner (LHBT-personer) - En landsomfattende representativ spørreundersøkelse, 2008".
https://bora.uib.no/bitstream/1956/3071/1/Holdninger_til_lhbt-personer_rapport.pdf (09.12.2014)
- Andersson, D. and A. Westerstahl (2000). "Gynekologer om lesbiska kvinnor – en intervjustudie: Risk att lesbiska kvinnor får sämre bemötande och behandling." *Lakartidningen* 97(49): 5796-5800 (in Swedish).
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping. New perspective on mental and physical well-being.* Washington, Jossey-Bass Publishers.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health : how people manage stress and stay well.* San Francisco, Jossey-Bass.
- Austin, E. L. (2013). "Sexual orientation disclosure to health care providers among urban and non-urban southern lesbians." *Women Health* 53(1): 41-55.
- Bailey, J. V., R. Benato, C. Owen and J. Kavanagh (2008). "Vulvovaginal candidiasis in women who have sex with women." *Sex Transm Dis* 35(6): 533-536.
- Bailey, J. V., C. Farquhar and C. Owen (2004). "Bacterial vaginosis in lesbians and bisexual women." *Sex Transm Dis* 31(11): 691-694.
- Bailey, J. V., C. Farquhar, C. Owen and P. Mangtani (2004). "Sexually transmitted infections in women who have sex with women." *Sex Transm Infect* 80(3): 244-246.
- Bailey, J. V., C. Farquhar, C. Owen and D. Whittaker (2003). "Sexual behaviour of lesbians and bisexual women." *Sex Transm Infect* 79(2): 147-150.
- Bailey, J. V., J. Kavanagh, C. Owen, K. A. McLean and C. J. Skinner (2000). "Lesbians and cervical screening." *Br J Gen Pract* 50(455): 481-482.
- Bakker, F. C., T. G. Sandfort, I. Vanwesenbeeck, H. van Lindert and G. P. Westert (2006). "Do homosexual persons use health care services more frequently than heterosexual persons: findings from a Dutch population survey." *Soc Sci Med* 63(8): 2022-2030.
- Barne- og likestillingsdepartementet (2008). *Bedre livskvalitet for lesbiske, homofile, bifile og transpersoner 2009-2012 - Regjeringens handlingsplan.* Oslo.
http://www.regjeringen.no/upload/BLD/Handlingsplaner/Hpl_lhbt_september_2008.pdf (08.12.2014)
- Bartlett, A., M. King and P. Phillips (2001). "Straight talking: an investigation of the attitudes and practice of psychoanalysts and psychotherapists in relation to gays and lesbians." *Br J Psychiatry* 179: 545-549.
- Bauer, G. R. and J. A. Jairam (2008). "Are lesbians really women who have sex with women (WSW)? Methodological concerns in measuring sexual orientation in health research." *Women & Health* 48(4): 383-408.
- Beals, K. P., L. A. Peplau and S. L. Gable (2009). "Stigma management and well-being: The role of perceived social support, emotional processing, and suppression." *Personality and Social Psychology Bulletin* 35(7): 867-879.

-
- Ben-Natan, M. and O. Adir (2009). "Screening for cervical cancer among Israeli lesbian women." *Int Nurs Rev* 56(4): 433-441.
- Benson, P. A. and A. C. Hergenroeder (2005). "Bacterial sexually transmitted infections in gay, lesbian, and bisexual adolescents: medical and public health perspectives." *Semin Pediatr Infect Dis* 16(3): 181-191.
- Bergh, S., B. Bjerck and E. Lund (1976). *Homofile - myter og virkelighet. En undersøkelse blant homofile kvinner og menn i Norge*. Oslo, Pax forlag.
- Berlant, L. and M. Warner (2000). *Sex in public. Intimacy*. S. Vagholkar. Chicago, IL & London, University of Chicago Press: 311-330.
- Bjorkman, M. (2012). *Lesbisk selvtilitt - lesbisk helse. Utfordringer og mestringsstrategier hos lesbiske kvinner*. Ph.d. Doctoral thesis, Universitetet i Bergen. <https://bora.uib.no/handle/1956/5996> (08.12.2014)
- Bjorkman, M. and K. Malterud (2007). "Being lesbian - does the doctor need to know?" *Scand J Prim Health Care* 25(1): 58-62.
- Bjorkman, M. and K. Malterud (2009). "Lesbian women's experiences with health care: a qualitative study." *Scand J Prim Health Care* 27(4): 238-243.
- Bjorkman, M. and K. Malterud (2012). "Lesbian women coping with challenges of minority stress: a qualitative study." *Scand J Public Health* 40(3): 239-244.
- Bjorkman, M. and K. Malterud (2013). *Lesbisk selvtilitt i møte med legen*. Oslo: Universitetsforlaget, 2013. *Holdninger, levekår og livsløp - forskning om lesbiske, homofile og bifile*. A. B. Grønningsæter, H. W. Kristiansen and B. R. Lescher-Nuland. Oslo, Universitetsforlaget.
- Blumstein, P. W. and P. Schwartz (1976). "Bisexuality in women." *Arch Sex Behav* 5(2): 171-181.
- Boehmer, U. and D. J. Bowen (2009). "Examining factors linked to overweight and obesity in women of different sexual orientations." *Prev Med* 48(4): 357-361.
- Boehmer, U., D. J. Bowen and G. R. Bauer (2007). "Overweight and obesity in sexual-minority women: evidence from population-based data." *Am J Public Health* 97(6): 1134-1140.
- Boehmer, U., X. Miao and A. Ozonoff (2012). "Cancer survivorship and sexual orientation." *Cancer* 117(16): 3796-3804.
- Bolsø, A. (2010). *Folk flest er skeive. Queer teori og politikk*. Oslo, Forlaget Manifest AS.
- Bonet, L., B. E. Wells and J. T. Parsons (2007). "A positive look at a difficult time: a strength based examination of coming out for lesbian and bisexual women." *J LGBT Health Res* 3(1): 7-14.
- Bostwick, W. (2012). "Assessing bisexual stigma and mental health status: A brief report." *J Bisexuality* 12(2): 214-222.
- Bostwick, W. B., C. J. Boyd, T. L. Hughes and S. E. McCabe (2010). "Dimensions of sexual orientation and the prevalence of mood and anxiety disorders in the United States." *Am J Publ Health* 100(3): 468-475.
- Bowen, D. J., K. F. Balsam and S. R. Ender (2008). "A Review of Obesity Issues in Sexual Minority Women." *Obesity* 16(2): 221-228.
- Bowen, D. J. and U. Boehmer (2007). "The lack of cancer surveillance data on sexual minorities and strategies for change." *Cancer Causes Control* 18(4): 343-349.
- Bowleg, L., K. Brooks and S. F. Ritz (2008). "'Bringing home more than a paycheck.' An exploratory analysis of Black lesbians' experiences of stress and coping in the workplace." *J Lesbian Stud* 12(1): 69-84.
- Bradford, M. (2004). "The Bisexual Experience." *J Bisexuality* 4(1-2): 7-23.
- Brown, J. P. and J. K. Tracy (2008). "Lesbians and cancer: an overlooked health disparity." *Cancer Causes Control* 19(10): 1009-1020.
- Burgard, S. A., S. D. Cochran and V. M. Mays (2005). "Alcohol and tobacco use patterns among heterosexually and homosexually experienced California women." *Drug Alcohol Depend* 77(1): 61-70.

-
- Butler, J. (1993). *Bodies that matter. On the discursive limits of sex.* London and New York, Routledge.
- Cardom, R., S. Rostosky and F. Danner (2013). "Does "it get better" for depressed sexual minority youth in young adulthood?" *J Adolesc Health* 53(5): 671-673.
- Carpenter, C. J. (2010). "A meta-analysis of the effectiveness of health belief model variables in predicting behavior." *Health Commun* 25(8): 661-669.
- Case, P., S. B. Austin, D. J. Hunter, J. E. Manson, S. Malspeis, W. C. Willett and D. Spiegelman (2004). "Sexual orientation, health risk factors, and physical functioning in the Nurses' Health Study II." *J Womens Health (Larchmt)* 13(9): 1033-1047.
- Centre for Reviews and Dissemination. "PRISMA - Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses." <http://www.prisma-statement.org/index.htm> (08.12.2014)
- Clench-Aas, J., M. Rognerud and O. S. Dalgard (2009). *Levekårsundersøkelsen 2005. Psykisk helse i Norge - Tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger.* Oslo, Nasjonalt folkehelseinstitutt. <http://www.fhi.no/dav/cb6edae52e.pdf> (08.12.2014)
- Cochran, S. D., C. Keenan, C. Schober and V. M. Mays (2000). "Estimates of alcohol use and clinical treatment needs among homosexually active men and women in the U.S. population." *J Consult Clin Psychol* 68(6): 1062-1071.
- Cochran, S. D. and V. M. Mays (2007). "Physical health complaints among lesbians, gay men, and bisexual and homosexually experienced heterosexual individuals: results from the California Quality of Life Survey." *Am J Public Health* 97(11): 2048-2055.
- Cochran, S. D., V. M. Mays, M. Alegria, A. N. Ortega and D. Takeuchi (2007). "Mental health and substance use disorders among Latino and Asian American lesbian, gay, and bisexual adults." *J Consult Clin Psychol* 75(5): 785-794.
- Cochran, S. D., V. M. Mays, D. Bowen, S. Gage, D. Bybee, S. J. Roberts, R. S. Goldstein, A. Robison, E. J. Rankow and J. White (2001). "Cancer-related risk indicators and preventive screening behaviors among lesbians and bisexual women." *Am J Public Health* 91(4): 591-597.
- Cochran, S. D., V. M. Mays and J. G. Sullivan (2003). "Prevalence of mental disorders, psychological distress, and mental health services use among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States." *J Consult Clin Psychol* 71(1): 53-61.
- Cohen, J. (1992). "A power primer." *Psychological Bulletin* 112(1): 55-159.
- Conron, K. J., M. J. Mimiaga and S. J. Landers (2010). "A population-based study of sexual orientation identity and gender differences in adult health." *American Journal of Public Health* 100(10): 1953-1960.
- Cox, N., A. Dewaele, M. van Houtte and J. Vincke (2010). "Stress-related growth, coming out, and internalized homonegativity in lesbian, gay, and bisexual youth. An examination of stress-related growth within the minority stress model." *J Homosexuality* 58(1): 117-137.
- Cox, N., W. Vanden Berghe, A. Dewaele and J. Vinke (2008). "General and minority stress in an LGB population in Flanders." *J LGBT Health Res* 4(4): 181-194.
- Dahl, B., A. M. Fylkesnes, V. Sorlie and K. Malterud (2013). "Lesbian women's experiences with healthcare providers in the birthing context: a meta-ethnography." *Midwifery* 29(6): 674-681.
- Diamant, A. L., J. Lever and M. A. Schuster (2000). "Lesbians' Sexual Activities and Efforts to Reduce Risks for Sexually Transmitted Diseases." *Journal of the Gay and Lesbian Medical Association* 4(2): 41-48.
- Diamant, A. L., M. A. Schuster and J. Lever (2000). "Receipt of preventive health care services by lesbians." *Am J Prev Med* 19(3): 141-148.
- Diamant, A. L., C. Wold, K. Spritzer and L. Gelberg (2000). "Health behaviors, health status, and access to and use of health care: a population-based study of lesbian, bisexual, and heterosexual women." *Arch Fam Med* 9(10): 1043-1051.
- Dibble, S. L., S. A. Roberts and B. Nussey (2004). "Comparing breast cancer risk between lesbians and their heterosexual sisters." *Womens Health Issues* 14(2): 60-68.

-
- Dibble, S. L., S. A. Roberts, P. A. Robertson and S. M. Paul (2002). "Risk factors for ovarian cancer: lesbian and heterosexual women." *Oncol Nurs Forum* 29(1): E1-7.
- Ebin, J. (2012). "Why bisexual health?" *J Bisexuality* 12(2): 168-177.
- Erickson-Schroth, L. and J. Mitchell (2009). "Queering Queer Theory, or why bisexuality matters." *J Bisexuality* 9(3-4): 297-315.
- Everett, B. and S. Mollborn (2013). "Differences in hypertension by sexual orientation among U.S. young adults." *J Community Health* 38(3): 588-596.
- Faber, M. T., A. Nielsen, M. Nygard, P. Sparen, L. Tryggvadottir, B. T. Hansen, K. L. Liaw and S. K. Kjaer (2011). "Genital chlamydia, genital herpes, *Trichomonas vaginalis* and gonorrhea prevalence, and risk factors among nearly 70,000 randomly selected women in 4 Nordic countries." *Sex Transm Dis* 38(8): 727-734.
- Farquhar, C. and R. Das (1999). Are focus groups suitable for 'sensitive' topics? Developing focus group research. Politics, theory and practice. R. S. Barbour and J. Kitzinger. London/Thousand Oaks/New Dehli, SAGE Publications: 47-63.
- Fethers, K., C. Marks, A. Mindel and C. S. Estcourt (2000). "Sexually transmitted infections and risk behaviours in women who have sex with women." *Sex Transm Infect* 76(5): 345-349.
- Fish, J. and D. Anthony (2005). "UK national Lesbians and Health Care Survey." *Women Health* 41(3): 27-45.
- Flatval, M. and K. Malterud (2009). "Helsefremmende erfaringer hos lesbiske [Lesbian women's health-promoting experiences] (in Norwegian)." *Tidsskr Nor Laegeforen* 129(23): 2476-2478.
- Flegal, K. M., B. K. Kit, H. Orpana and B. I. Graubard (2013). "Association of all-cause mortality with overweight and obesity using standard body mass index categories: a systematic review and meta-analysis." *Jama* 309(1): 71-82.
- Folkehelseinstituttet. (2014). "Bakteriell vaginose. I: Trikomonasinfeksjon - veileder for helsepersonell. Kapittel i Smittevernveilederen (Smittevernboka)." <http://www.fhi.no/artikler/?id=82880> (23.09.2014).
- Folkehelseinstituttet. (2014). "Candidiasis - veileder for helsepersonell. Kapittel i Smittevernveilederen (Smittevernboka)." <http://www.fhi.no/artikler/?id=82689> (23.09.2014).
- Folkhälsomyndigheten. (2014). "Utvecklingen av hälsan och hälsans bestämningsfaktorer bland homo- och bisexuella personer. Resultat från nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor ". <http://www.folkhalsomyndigheten.se/documents/nyheter-press/nyheter2014/utv-halsan-best%C3%A4mningsfaktorer-homo-bi-fina-2014.pdf> (18.09.2014).
- Fredriksen-Goldsen, K. I., H. J. Kim and S. E. Barkan (2012). "Disability among lesbian, gay, and bisexual adults: disparities in prevalence and risk." *Am J Public Health* 102(1): e16-21.
- Fredriksen-Goldsen, K. I., H. J. Kim, S. E. Barkan, K. F. Balsam and S. L. Mincer (2010). "Disparities in health-related quality of life: a comparison of lesbians and bisexual women." *Am J Public Health* 100(11): 2255-2261.
- French, S. A., M. Story, G. Remafedi, M. D. Resnick and R. W. Blum (1996). "Sexual orientation and prevalence of body dissatisfaction and eating disordered behaviors: a population-based study of adolescents." *Int J Eat Disord* 19(2): 119-126.
- Frisch, M. and J. Simonsen (2013). "Marriage, cohabitation and mortality in Denmark: national cohort study of 6.5 million persons followed for up to three decades (1982-2011)." *Int J Epidemiol* 42(2): 559-578.
- Frost, D. M. and I. H. Meyer (2009). "Internalized Homophobia and Relationship Quality among Lesbians, Gay Men, and Bisexuals." *J Couns Psychol* 56(1): 97-109.
- Gallus, S., A. Lugo, B. Murisic, C. Bosetti, P. Boffetta and C. La Vecchia (2014). "Overweight and obesity in 16 European countries." *Eur J Nutr*.

Garofalo, R., R. C. Wolf, S. Kessel, S. J. Palfrey and R. H. DuRant (1998). "The association between health risk behaviors and sexual orientation among a school-based sample of adolescents." *Pediatrics* 101(5): 895-902.

Garofalo, R., R. C. Wolf, L. S. Wissow, E. R. Woods and E. Goodman (1999). "Sexual orientation and risk of suicide attempts among a representative sample of youth." *Arch Pediatr Adolesc Med* 153(5): 487-493.

Geddes, V. A. (1994). "Lesbian expectations and experiences with family doctors. How much does the physician's sex matter to lesbians?" *Can Fam Physician* 40: 908-920.

Gorgos, L. M. and J. M. Marrazzo (2011). "Sexually Transmitted Infections Among Women Who Have Sex With Women." *Clinical Infectious Diseases* 53(suppl 3): S84-S91.

Gransell, L. and H. Hansen (2009). *Lige og ulige? Homoseksuelle, biseksuelle og transkønnedes levevilkår*. København, CASA - Center for alternativ samfundsanalyse. http://casa-analyse.dk/files/rapporter-social-arbejdsmarked/2009/lige_og_ulige_-_udvidet_rapport.pdf (08.12.2014)

Green, K. E. and B. A. Feinstein (2012). "Substance use in lesbian, gay, and bisexual populations: an update on empirical research and implications for treatment." *Psychol Addict Behav* 26(2): 265-278.

Gruskin, E. P. and N. Gordon (2006). "Gay/Lesbian sexual orientation increases risk for cigarette smoking and heavy drinking among members of a large Northern California health plan." *BMC Public Health* 6: 241.

Gruskin, E. P., G. L. Greenwood, M. Matevia, L. M. Pollack and L. L. Bye (2007). "Disparities in smoking between the lesbian, gay, and bisexual population and the general population in California." *Am J Public Health* 97(8): 1496-1502.

Gruskin, E. P., G. L. Greenwood, M. Matevia, L. M. Pollack, L. L. Bye and V. Albright (2007). "Cigar and smokeless tobacco use in the lesbian, gay, and bisexual population." *Nicotine Tob Res* 9(9): 937-940.

Grønningsæter, A. B. and B. R. Lescher-Nuland (2010). *Lesbiske, homofile og bifile arbeidstakere i storbyen. Undersøkelse blant ansatte i Bergen kommune. Fafo-rapport 2010:33*. Oslo, Fafo. <http://www.fafo.no/pub/rapp/20177/20177.pdf> (09.12.2014)

Haas, A. P., M. Eliason, V. M. Mays, R. M. Mathy, S. D. Cochran, A. R. D'Augelli, M. M. Silverman, P. W. Fisher, T. Hughes, M. Rosario, S. T. Russell, E. Malley, J. Reed, D. A. Litts, E. Haller, R. L. Sell, G. Remafedi, J. Bradford, A. L. Beautrais, G. K. Brown, G. M. Diamond, M. S. Friedman, R. Garofalo, M. S. Turner, A. Hollibaugh and P. J. Clayton (2010). "Suicide and Suicide Risk in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Populations: Review and Recommendations." *J Homosexuality* 58(1): 10-51.

Hagger-Johnson, G., R. Taibjee, J. Semlyen, I. Fitchie, J. Fish, C. Meads and J. Varney (2013). "Sexual orientation identity in relation to smoking history and alcohol use at age 18/19: cross-sectional associations from the Longitudinal Study of Young People in England (LSYPE)." *BMJ Open* 3(8): e002810.

Hansen, B., S. Hukkelberg, T. Haldorsen, T. Eriksen, G. Skare and M. Nygard (2011). "Factors associated with non-attendance, opportunistic attendance and reminded attendance to cervical screening in an organized screening program: a cross-sectional study of 12,058 Norwegian women." *BMC Public Health* 11(1): 264.

Hatzenbuehler, M. L., K. A. McLaughlin and N. Slopen (2013). "Sexual Orientation Disparities in Cardiovascular Biomarkers Among Young Adults." *Am J Prev Med* 44(6): 612-621.

Hayes, J., A. T. Chakraborty, S. McManus, P. Bebbington, T. Brugha, S. Nicholson and M. King (2011). "Prevalence of Same-Sex Behavior and Orientation in England: Results from a National Survey." *Arch Sex Behav*.

Hegna, K. (2007). *Homo? : betydningen av seksuell erfaring, tiltrekning og identitet for selvmordsforsøk og rusmiddelbruk blant ungdom : en sosiologisk studie*. Nova-rapport ; 1/07. Oslo, Nova. http://www.nova.no/asset/2542/1/2542_1.pdf (09.12.2014)

Hegna, K., H. W. Kristiansen and B. U. Moseng (1999). *Levekår og livskvalitet blant lesbiske kvinner og homofile menn [Living Conditions and Quality of Life among Lesbian Women and Gay Men]*. Oslo, Nova.

-
- Hegna, K. and C. J. Larsen (2007). "Straightening out the queer? Same-sex experience and attraction among young people in Norway." *Cult Health Sex* 9(1): 15-30.
- Hellesund, T. (2008). *Identitet på liv og død: marginalitet, homoseksualitet og selvmord* Oslo Spartacus.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2007). *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*. Oslo Stortingsmelding nr 20 (2006-2007). <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2006-2007/Stmeld-nr-20-2006-2007-.html?id=449531> (09.12.2014)
- Helsedirektoratet (2011). *Nasjonal faglig retningslinje for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne*. IS-1735. Oslo. <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-utredning-og-behandling-av-overvekt-og-fedme-hos-voksne/Publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-utredning-og-behandling-av-overvekt-og-fedme-hos-voksne.pdf> (09.12.2014)
- Henderson, H. J. (2009). "Why lesbians should be encouraged to have regular cervical screening." *J Fam Plann Reprod Health Care* 35(1): 49-51.
- Hinchliff, S., M. Gott and E. Galena (2005). "'I daresay I might find it embarrassing': General practitioners' perspectives on discussing sexual health issues with lesbian and gay patients." *Health Soc Care Community* 13(4): 345-353.
- Hitchcock, J. M. and H. S. Wilson (1992). "Personal risking: Lesbian self-disclosure of sexual orientation to professional health care providers." *Nurs Res* 41(3): 178-183.
- Hofvind, S., G. Ursin, S. Tretli, S. Sebuødegård and B. Møller (2013). "Breast cancer mortality in participants of the Norwegian Breast Cancer Screening Program." *Cancer* 119(17): 3106-3112.
- Hughes, T., L. A. Szalacha and R. McNair (2010). "Substance abuse and mental health disparities: Comparisons across sexual identity groups in a national sample of young Australian women." *Social Science & Medicine* 71(4): 824-831.
- Institute of Medicine (US) (2011). *The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people: Building a foundation for better understanding*. G. Committee on Lesbian, Bisexual, and Transgender Health Issues and Research Gaps and Opportunities. Washington (DC), National Academies Press (US).
- Kaestle, C. E. and A. H. Ivory (2012). "A forgotten sexuality: Content analysis of bisexuality in the medical literature over two decades." *J Bisexuality* 12(1): 35-48.
- Kalager, M., H.-O. Adami and M. Bretthauer (2014). "Too much mammography." *Bmj* 348.
- Kerker, B. D., F. Mostashari and L. Thorpe (2006). "Health care access and utilization among women who have sex with women: Sexual behavior and identity." *J Urban Health* 83(5): 970-979.
- Khan, A., D. Plummer, R. Hussain and V. Minichiello (2008). "Does physician bias affect the quality of care they deliver? Evidence in the care of sexually transmitted infections." *Sex Transm Infect* 84(2): 150-151.
- King, M., J. Semlyen, S. S. Tai, H. Killaspy, D. Osborn, D. Popelyuk and I. Nazareth (2008). "A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people." *BMC Psychiatry* 8: 70.
- Kitzinger, C. (1987). *The social construction of lesbianism*. London, Sage Publications.
- Kitzinger, J. (1994). "The methodology of Focus Groups: the importance of interaction between research participants." *Sociology of Health & Illness* 16(1): 103-121.
- Koh, A. S., C. A. Gomez, S. Shade and E. Rowley (2005). "Sexual risk factors among self-identified lesbians, bisexual women, and heterosexual women accessing primary care settings." *Sex Transm Dis* 32(9): 563-569.
- Kreftregisteret (2012). *Årsrapport*. Oslo. <http://kreftregisteret.no/no/Generelt/Nyheter/Arssrapport-2012/> (09.12.2014)
- Kreftregisteret (2013). *Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft. Årsrapport 2009-2011*. Oslo.

-
- Larsen, M., C. C. Oldeide and K. Malterud (1997). "Not so bad after all..., Women's experiences of pelvic examinations." *Family Practice* 14(2): 148-152.
- Lewis, N. M. (2009). "Mental health in sexual minorities: recent indicators, trends, and their relationships to place in North America and Europe." *Health Place* 15(4): 1029-1045.
- Lewis, R. J., V. J. Derlega, A. Berndt, L. M. Morris and S. Rose (2001). "An empirical analysis of stressors for gay men and lesbians." *J Homosex* 42(1): 63-88.
- Lindley, L. L., K. M. Walsemann and J. W. Carter, Jr. (2012). "The association of sexual orientation measures with young adults' health-related outcomes." *Am J Public Health* 102(6): 1177-1185.
- Malterud, K. (1986). "Helseforhold hos lesbiske kvinner [Health matters in lesbian women]." *Tidsskr Nor Laegeforen* 106(25): 2071-2074 (in Norwegian).
- Malterud, K. (2001). *Lesbiske i medisinsk teori og praksis - Et kritisk perspektiv på kunnskap og helsetjenester*. Norsk homoforskning. M. C. Brantsæter. Oslo, Universitetsforl.: 191-213.
- Malterud, K. (2001). "Qualitative research: standards, challenges, and guidelines." *Lancet* 358(9280): 483-488.
- Malterud, K. (2006). *Lesbisk hos legen. Lesbiske og homofile i møte med helse- og sosialtenesta*. A. Ohnstad and K. Malterud. Oslo, Samlaget: 122-133.
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2012). "Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis." *Scand J Public Health* 40(8): 795-805.
- Malterud, K., N. Anderssen, K. G. Brurberg and G. Rortveit "Mortality rates for same-sex married individuals compared to opposite-sex married individuals – potential analytical problems (Letter to the Editor)." *Int J Epidemiol*: Accepted for publication.
- Malterud, K., M. Bjorkman, M. Flatval, A. Ohnstad, J. Thesen and G. Rortveit (2009). "Epidemiological research on marginalized groups implies major validity challenges; lesbian health as an example." *J Clin Epidemiol* 62(7): 703-710.
- Malterud, K. and G. Petersen (1984). "Helseproblemer hos homofile [Health problems in homosexuals]." *Tidsskr Nor Laegeforen* 104(25): 1736-1739 (in Norwegian).
- Marmot, M. (2005). "Social determinants of health inequalities." *Lancet* 365(9464): 1099-1104.
- Marrazzo, J. M. (2000). "Sexually transmitted infections in women who have sex with women: who cares?" *Sex Transm Infect* 76(5): 330-332.
- Marrazzo, J. M. (2007). "Elusive aetiology of bacterial vaginosis. Do lesbians have a clue?" *Sex Transm Infect* 83(6): 424-425.
- Marrazzo, J. M., P. Coffey and A. Bingham (2005). "Sexual practices, risk perception and knowledge of sexually transmitted disease risk among lesbian and bisexual women." *Perspect Sex Reprod Health* 37(1): 6-12.
- Marrazzo, J. M., L. A. Koutsky, N. B. Kiviat, J. M. Kuypers and K. Stine (2001). "Papanicolaou test screening and prevalence of genital human papillomavirus among women who have sex with women." *Am J Public Health* 91(6): 947-952.
- Marrazzo, J. M., L. A. Koutsky, K. L. Stine, J. M. Kuypers, T. A. Grubert, D. A. Galloway, N. B. Kiviat and H. H. Handsfield (1998). "Genital human papillomavirus infection in women who have sex with women." *J Infect Dis* 178(6): 1604-1609.
- Marrazzo, J. M., K. Stine and L. A. Koutsky (2000). "Genital human papillomavirus infection in women who have sex with women: a review." *Am J Obstet Gynecol* 183(3): 770-774.
- Marrazzo, J. M., K. Stine and A. Wald (2003). "Prevalence and risk factors for infection with herpes simplex virus type-1 and -2 among lesbians." *Sex Transm Dis* 30(12): 890-895.

-
- Marrazzo, J. M., K. K. Thomas and K. Ringwood (2011). "A behavioural intervention to reduce persistence of bacterial vaginosis among women who report sex with women: results of a randomised trial." *Sexually Transmitted Infections* 87(5): 399-405.
- McCabe, S. E., T. L. Hughes, W. Bostwick, M. Morales and C. J. Boyd (2011). "Measurement of Sexual Identity in Surveys: Implications for Substance Abuse Research." *Arch Sex Behav*.
- McCabe, S. E., T. L. Hughes, W. B. Bostwick, B. T. West and C. J. Boyd (2009). "Sexual orientation, substance use behaviors and substance dependence in the United States." *Addiction* 104(8): 1333-1345.
- McDermott, E., K. Roen and J. Scourfield (2008). "Avoiding shame: young LGBT people, homophobia and self-destructive behaviours." *Cult Health Sex* 10(8): 815-829.
- McElroy, J. A. and J. N. Jordan (2014). "Sufficiently and insufficiently active lesbian, bisexual, and questioning female college students: sociodemographic factors among two age cohorts." *Womens Health Issues* 24(2): e243-249.
- McLean, K. (2008). "Inside, Outside, Nowhere: Bisexual Men and Women in the Gay and Lesbian Community." *J Bisexuality* 8(1-2): 63-80.
- McNair, R. (2005). "Risks and prevention of sexually transmissible infections among women who have sex with women." *Sex Health* 2(4): 209-217.
- McNair, R. (2009). "Lesbian and bisexual women's sexual health." *Aust Fam Physician* 38(6): 388-393.
- McNair, R., L. A. Szalacha and T. L. Hughes (2011). "Health status, health service use, and satisfaction according to sexual identity of young Australian women." *Womens Health Issues* 21(1): 40-47.
- McNair, R. P. and K. Hegarty (2010). "Guidelines for the primary care of lesbian, gay, and bisexual people: a systematic review." *Ann Fam Med* 8(6): 533-541.
- Meads, C. and D. Moore (2013). "Breast cancer in lesbians and bisexual women: systematic review of incidence, prevalence and risk studies." *BMC Public Health* 13: 1127.
- Meckler, G. D., M. N. Elliott, D. E. Kanouse, K. P. Beals and M. A. Schuster (2006). "Nondisclosure of sexual orientation to a physician among a sample of gay, lesbian, and bisexual youth." *Arch Pediatr Adolesc Med* 160(12): 1248-1254.
- Mercer, C. H., J. V. Bailey, A. M. Johnson, B. Erens, K. Wellings, K. A. Fenton and A. J. Copas (2007). "Women who report having sex with women: British national probability data on prevalence, sexual behaviors, and health outcomes." *Am J Public Health* 97(6): 1126-1133.
- Meyer, I. H. (2003). "Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence." *Psychol Bull* 129(5): 674-697.
- Michelsen, T. M. and O. E. Iversen (2011). "Masseundersøkelser mot gynekologisk kreft – status og fremtid." *Tidsskr Nor Lægeforen* 131: 1550-1553.
- Moseng, B. U. (2002). *Lesbiskes psykiske helse*. Oslo, Norsk institutt for forskning om oppvekst velferd og aldring.
- Moseng, B. U. (2005). *Skeive dager 2003 : en rusundersøkelse*. Oslo, Norsk institutt for forskning om oppvekst velferd og aldring.
- Neville, S. and M. Henrickson (2006). "Perceptions of lesbian, gay and bisexual people of primary healthcare services." *J Adv Nurs* 55(4): 407-415.
- Nielsen, K. D., L. Dyhr, T. Lauritzen and K. Malterud (2004). "You can't prevent everything anyway: a qualitative study of beliefs and attitudes about refusing health screening in general practice." *Fam Pract* 21(1): 28-32.
- Normann, T. M. and E. Gulløy (2010). *Seksuell identitet og levekår. Evaluering av levekårsrelevans og datafangst. Rapport 13/2010*. Oslo/Kongsvinger, Statistisk Sentralbyrå.
http://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/rapp_201013/rapp_201013.pdf (09.12.2014)
- O'Leary, V. E. (1998). "Strength in the Face of Adversity: Individual and Social Thriving." *Journal of Social Issues* 54(2): 425-446.

-
- Ohnstad, A. (1984). Ekte(venn)skap - en studie av relasjoner mellom lesbiske samboere. Oslo, UiO/Psyk.
- Ohnstad, A. (1992). "Den rosa panteren eller en i den grå masse. Forståelse av lesbiske i terapi." *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*(4): 313 - 321.
- Ohnstad, A. (2001). *Psykologiens fortellinger om lesbiske og kvinnens egne fortellinger*. Norsk homoforskning. M. C. Brantsæter, T. Eikvam, R. Kjær and K. O. Åmås. Oslo, Universitetsforlaget: 214 - 238.
- Ohnstad, A. (2005). "Speaking vulnerable issues into existence: their consequences for psychotherapy1." *Scand J Public Health Suppl* 66: 24-28.
- Ohnstad, A. (2006). Å navigerer i kjent og ukjent landskap. Lesbiske og homofile i møte med helse- og sosialtenesta. A. Ohnstad and K. Malterud. Oslo, Det Norske Samlaget.
- Ohnstad, A. (2009). *Lesbiske identiteter - skeive bevegelser*. Ph.d., Universitetet i Oslo.
- Ohnstad, A. (2010). "Signs, interpretation and recognition among women attracted to other women in Norway." *Nordic Psychology* 62(4): 4-24.
- Ohnstad, A. (2011). "If I am not straight or gay, who am I?" *Clinical Social Work Journal* 37(4): 357-367.
- Ohnstad, A. and K. Malterud (2006). *Lesbiske og homofile i møte med helse- og sosialtenesta*. Oslo, Samlaget.
- Petersen, L. R., L. Doll, C. White and S. Chu (1992). "No evidence for female-to-female HIV transmission among 960,000 female blood donors. The HIV Blood Donor Study Group." *J Acquir Immune Defic Syndr* 5(9): 853-855.
- Plummer, K. (1981). *The making of the modern homosexual*. London, Hutchison.
- Plummer, K. (2003). *Intimate citizenship : private decisions and public dialogues*. Seattle University of Washington Press.
- Politi, M., M. Clark, G. Armstrong, K. McGarry and C. Sciamanna (2009). "Patient-provider communication about sexual health among unmarried middle-aged and older women." *J Gen Int Med* 24(4): 511-516.
- Pompili, M., D. Lester, A. Forte, M. E. Seretti, D. Erbutto, D. A. Lamis, M. Amore and P. Girardi (2014). "Bisexuality and suicide: a systematic review of the current literature." *J Sex Med* 11(8): 1903-1913.
- Power, J., R. McNair and S. Carr (2009). "Absent sexual scripts: lesbian and bisexual women's knowledge, attitudes and action regarding safer sex and sexual health information." *Cult Health Sex* 11(1): 67-81.
- Price, J. H., A. N. Easton, S. K. Telljohann and P. B. Wallace (1996). "Perceptions of cervical cancer and Pap smear screening behavior by women's sexual orientation." *J Community Health* 21(2): 89-105.
- Przedworski, J. M., D. D. McAlpine, P. Karaca-Mandic and N. A. VanKim (2014). "Health and health risks among sexual minority women: an examination of 3 subgroups." *Am J Public Health* 104(6): 1045-1047.
- Raiteri, R., R. Fora, P. Giannini, R. Russo, A. Lucchini, M. G. Terzi, D. Giacobbi and A. Sinicco (1994). "Seroprevalence, risk factors and attitude to HIV-1 in a representative sample of lesbians in Turin." *Genitourin Med* 70(3): 200-205.
- Rankow, E. J. and I. Tessaro (1998). "Cervical cancer risk and Papanicolaou screening in a sample of lesbian and bisexual women." *J Fam Pract* 47(2): 139-143.
- Remafedi, G., S. French, M. Story, M. D. Resnick and R. Blum (1998). "The relationship between suicide risk and sexual orientation: results of a population-based study." *Am J Public Health* 88(1): 57-60.
- Richters, J. and S. Clayton (2010). "The practical and symbolic purpose of dental dams in lesbian safer sex promotion." *Sexual Health* 7: 103-106.
- Richters, J., G. Prestage, K. Schneider and S. Clayton (2010). "Do women use dental dams? Safer sex practices of lesbians and other women who have sex with women." *Sexual Health* 7: 165-169.
- Ridolfo, H., K. Miller and A. Maitland (2012). "Measuring sexual identity using survey questionnaires: How valid are our measures?" *Sexuality Research and Social Policy*: 1-12.

-
- Roberts, S., S. Dibble, J. Scanlon, S. Paul and H. Davids (1998). "Differences in Risk Factors for Breast Cancer: Lesbian & Heterosexual Women." *Journal of Gay and Lesbian Medical Association* 2(3): 93-101.
- Roberts, S. A., S. L. Dibble, B. Nussey and K. Casey (2003). "Cardiovascular disease risk in lesbian women." *Womens Health Issues* 13(4): 167-174.
- Roberts, S. J., C. A. Patsdaughter, C. G. Grindel and M. S. Tarmina (2004). "Health related behaviors and cancer screening of lesbians: results of the Boston Lesbian Health Project II." *Women Health* 39(4): 41-55.
- Rondahl, G., S. Innala and M. Carlsson (2006). "Heterosexual assumptions in verbal and non-verbal communication in nursing." *J Adv Nurs* 56(4): 373-381.
- Rondahl, G., S. Innala and M. Carlsson (2007). "To hide or not to hide, that is the question! Lesbians and gay men describe experiences from nursing work environment." *J Homosex* 52(3-4): 211-233.
- Rosario, M., E. W. Schrimshaw, J. Hunter and L. Braun (2006). "Sexual identity development among gay, lesbian, and bisexual youths: consistency and change over time." *J Sex Res* 43(1): 46-58.
- Rosenstock, I. M. (1966). "Why people use health services." *Milbank Mem Fund Q* 44(3): Suppl:94-127.
- Rosenstock, I. M., V. J. Strecher and M. H. Becker (1988). "Social learning theory and the Health Belief Model." *Health Educ Q* 15(2): 175-183.
- Roth, N., G. Boström and K. Nykvist. (2006). "Hälsa på lika villkor? Hälsa och livsvillkor bland hbt-personer [Equality in Health? Health and Living Conditions among HBT-Persons]." http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/11992/HBT_web.pdf (09.12.2014)
- Rothman, E. F., M. Sullivan, S. Keyes and U. Boehmer (2012). "Parents' supportive reactions to sexual orientation disclosure associated with better health: Results from a population-based survey of LGB adults in Massachusetts." *J Homosexuality* 59(2): 186-200.
- Rubinstein, T., S. Makov and A. Sarel (2013). "Don't Bi-Negative: Reduction of negative attitudes toward bisexuals by blurring the gender dichotomy." *J Bisexuality* 13(3): 356-373.
- Ryan, H., P. M. Wortley, A. Easton, L. Pederson and G. Greenwood (2001). "Smoking among lesbians, gays, and bisexuals: a review of the literature." *Am J Prev Med* 21(2): 142-149.
- Sandfort, T. G., F. Bakker, F. G. Schellevis and I. Vanwesenbeeck (2006). "Sexual orientation and mental and physical health status: Findings from a Dutch population survey." *Am J Public Health* 96(6): 1119-1125.
- Savin-Williams, R. C., K. Joyner and G. Rieger (2012). "Prevalence and Stability of Self-Reported Sexual Orientation Identity During Young Adulthood." *Arch Sex Behav*.
- Scales Rostosky, S., E. D. B. Riggle, D. Pascale-Hague and L. E. McCants (2010). "The positive aspects of a bisexual self-identification." *Psychology & Sexuality* 1(2): 131-144.
- Schick, V. and B. Dodge (2012). "Introduction to the special issue: Bisexual health: Unpacking the paradox." *J Bisexuality* 12(2): 161-167.
- Schick, V., J. G. Rosenberger, D. Herbenick, S. K. Calabrese and M. Reece (2012). "Bidentity: Sexual Behavior/Identity Congruence and Women's Sexual, Physical and Mental Well-Being." *J Bisexuality* 12(2): 178-197.
- Sedgwick, E. K. (2008). *Epistemology of the closet* (updated ed.). Berkeley CA, University of California Press.
- Singh, D., D. N. Fine and J. M. Marrazzo (2011). "Chlamydia trachomatis Infection Among Women Reporting Sexual Activity With Women Screened in Family Planning Clinics in the Pacific Northwest, 1997 to 2005." *American Journal of Public Health* 101(7): 1284-1290.
- Smith, H. A., N. Markovic, M. E. Danielson, A. Matthews, A. Youk, E. O. Talbott, C. Larkby and T. Hughes (2010). "Sexual abuse, sexual orientation, and obesity in women." *J Womens Health* 19(8): 1525-1532.
- Smittevernbooka. "Humant papillomavirus (HPV) – genitale infeksjoner." <http://www.fhi.no/publikasjoner-og-haandboker/smittevernbooka/sykdommer-a-aa> (09.12.2014)

-
- Solarz, A. L. (1999). *Lesbian health: Current assessment and directions for the future*. Washington, D. C. , Institute of Medicine (U. S.). Committee on Lesbian Health Research Priorities - National Academy Press.
- Spector, P. E. and M. T. Brannick (2011). "Methodological urban legends: The misuse of statistical control variables." *Organizational Research Methods* 14(2): 287-305.
- Spidsberg, B. D. (2006). *Sårbar og sterk : lesbiske kvinners erfaring i møtet med fødselsomsorgen*. Oslo, B.D. Spidsberg.
- Spidsberg, B. D. (2007). "Vulnerable and strong--Lesbian women encountering maternity care." *J Adv Nurs* 60(5): 478-486.
- Spidsberg, B. D. and V. Sorlie (2012). "An expression of love--midwives' experiences in the encounter with lesbian women and their partners." *J Adv Nurs* 68(4): 796-805.
- St. Pierre, M. (2012). "Under What Conditions do Lesbians Disclose Their Sexual Orientation to Primary Healthcare Providers? A Review of the Literature." *Journal of Lesbian Studies* 16(2): 199-219.
- Statens Folkhelseinstitutt. (2005). "Homosexuellas, bisexuellas och transpersoners hälsosituation. Åtterrapportering av regeringsuppdrag att undersöka och analysera hälsosituationen bland hbt-personer." Rapport nr A 2005:19, 2005. <http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12296/a200519-uppdraghbt-0512.pdf> (09.12.2014)
- Statistisk sentralbyrå. (2012). "Bruk av IKT i husholdningene, 2012, 2. kvartal." <http://www.ssb.no/ikthus> (09.12.2014).
- Statistisk Sentralbyrå (2012). *Statistisk årbok 2012*. Oslo, Kongsvinger Statistisk sentralbyrå. http://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/_attachment/91790?_ts=13c6c86a160 (09.12.2014)
- Steele, L. S., J. M. Tinmouth and A. Lu (2006). "Regular health care use by lesbians: a path analysis of predictive factors." *Fam Pract* 23(6): 631-636.
- The Lancet (2011). "Health of lesbian, gay, bisexual, and transgender populations." *The Lancet* 377(9773): 1211.
- Tjepkema, M. (2008). "Health care use among gay, lesbian and bisexual Canadians." *Health Rep* 19(1): 53-64.
- Valanis, B. G., D. J. Bowen, T. Bassford, E. Whitlock, P. Charney and R. A. Carter (2000). "Sexual orientation and health: comparisons in the women's health initiative sample." *Arch Fam Med* 9(9): 843-853.
- Veenstra, G. (2011). "Race, gender, class, and sexual orientation: intersecting axes of inequality and self-rated health in Canada." *International Journal for Equity in Health* 10(1): 3.
- Waller, J., M. Jackowska, L. Marlow and J. Wardle (2012). "Exploring age differences in reasons for nonattendance for cervical screening: a qualitative study." *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 119(1): 26-32.
- WHO Regional Office for Europe (Marmot M. ed) (2013). *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/251878/Review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-WHO-European-Region-FINAL-REPORT.pdf (09.12.2014)
- Whybrow, P., J. Ramsay and K. MacNee (2012). *The Scottish Health Survey - Equality Groups*. Edinburgh, The Scottish Government. <http://www.scotland.gov.uk/Resource/0040/00406749.pdf> (09.12.2014)
- Wichstrom, L. and K. Hegna (2003). "Sexual orientation and suicide attempt: a longitudinal study of the general Norwegian adolescent population." *J Abnorm Psychol* 112(1): 144-151.
- World Medical Association. (2013). "WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects." from <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/> (09.12.2014)

HUNT. www.ntnu.no/hunt Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

Xu, F., M. R. Sternberg and L. E. Markowitz (2010). "Women who have sex with women in the United States: Prevalence, sexual behavior and prevalence of Herpes Simplex Virus type 2 infection-Results From National Health and Nutrition Examination Survey 2001-2006." *Sex Transm Dis* 37(7): 407-413 410.

Zaritsky, E. and S. L. Dibble (2010). "Risk factors for reproductive and breast cancers among older lesbians." *J Womens Health (Larchmt)* 19(1): 125-131.

Zinik, G. (1985). "Identity conflict or adaptive flexibility? Bisexuality reconsidered." *J Homosex* 11(1-2): 7-19.

VEDLEGG

Spørreskjemaet fra levekårsundersøkelsen

spm1_3	Hva var din samlede bruttoinntekt (før skatt) i 2011? Pensjon, trygd og sosialhjelp regnes som inntekt. Regn også med støtte til utgifter.
♦ range:*	
Inntil 99 999 kr	<input type="radio"/> 1
100 000 - 299 999 kr	<input type="radio"/> 2
300 000 - 499 999 kr	<input type="radio"/> 3
500 000 - 699 999 kr	<input type="radio"/> 4
700 000 - 899 999 kr	<input type="radio"/> 5
900 000 kr eller mer	<input type="radio"/> 6
Foretrekker å ikke svare	<input type="radio"/> 7

spm1_5	Tenk på de siste 12 månedene. Var økonomien slik at du størstparten av året hadde mulighet for å klare en uforutsett regning på 10 000 kroner til f.eks. tannlege eller reparasjon (uten å låne penger)?
♦ range:*	
Ja	<input type="radio"/> 1
Nei	<input type="radio"/> 2
Foretrekker å ikke svare	<input type="radio"/> 3

ID:Utdanning	
spm2_1	Hva er din høyeste fullførte utdanning?
♦ range:*	
7-årig skole eller liknende	<input type="radio"/> 1
9-årig eller 10-årig grunnskole/folkeskole/realskole	<input type="radio"/> 2
Videregående skole /gymnas (1-3 år etter grunnskolen)	<input type="radio"/> 3
Universitet/høgskole (1-4 år etter videregående skole)	<input type="radio"/> 4
Universitet/høgskole med høyere grad (embedsstudium, hovedfag, mastergrad eller høyere)	<input type="radio"/> 5
Foretrekker å ikke svare	<input type="radio"/> 6

ID:ivilstatus	
spm3_1	Hva er din nåværende formelle sivilstatus?
♦ range:*	
Ugift	<input type="radio"/> 1
Gift med en av motsatt kjønn	<input type="radio"/> 2
Gift med en av samme kjønn	<input type="radio"/> 3
Registrert partner	<input type="radio"/> 4
Samboer med en av motsatt kjønn	<input type="radio"/> 5
Samboer med en av samme kjønn	<input type="radio"/> 6
Kjæreste med en av motsatt kjønn, men bor ikke sammen	<input type="radio"/> 7
Kjæreste med en av samme kjønn, men bor ikke sammen	<input type="radio"/> 8
Fraskilt/separert fra ektefelle av motsatt kjønn	<input type="radio"/> 9
Fraskilt/separert fra ektefelle av samme kjønn	<input type="radio"/> 10
Enke/enkemann/gjenlevende	<input type="radio"/> 11
Foretrekker å ikke svare	<input type="radio"/> 12

D:Bosted_boforhold	
spm4_1	Jeg bor i...
♦ range:*	
Oslo	<input type="radio"/> 1
Bergen, Stavanger eller Trondheim	<input type="radio"/> 2
By med 20 000 til 100 000 innbyggere	<input type="radio"/> 3
By eller tettsted med under 20 000 innbyggere	<input type="radio"/> 4
Spredtbygd strøk	<input type="radio"/> 5
Foretrekker å ikke svare	Open <input type="radio"/> 6

spm4_1b	Har du egne barn?
♦ range:*	
0	<input type="radio"/> 1
1	<input type="radio"/> 2
2	<input type="radio"/> 3
3	<input type="radio"/> 4
4	<input type="radio"/> 5
5	<input type="radio"/> 6
6 eller fler	<input type="radio"/> 7

spm4_2	Hvem bor du sammen med? Velg alle du bor sammen med. Flere svar tillatt.
♦ range:*	
Ektefelle / registret partner / samboer	<input type="checkbox"/> 1
Alene	<input type="checkbox"/> 2
Egne barn	<input type="checkbox"/> 3
Samboers/andres barn	<input type="checkbox"/> 4
Mor	<input type="checkbox"/> 5
Far	<input type="checkbox"/> 6
Søsken	<input type="checkbox"/> 7
Andre slektninger	<input type="checkbox"/> 8
Venn(er)	<input type="checkbox"/> 9
Andre leieboere, hybelboere	<input type="checkbox"/> 10
Kjæledyr	<input type="checkbox"/> 11
Andre	<input type="checkbox"/> 12
♦ exclusive:yes Foretrekker å ikke svare	<input type="radio"/> 13

spm4_2c	Hva slags kjæledyr?
♦ filter:spm4_2.a=11	
♦ exclusive:yes Foretrekker å ikke svare	Open <input type="radio"/> 1
ID:Helse_helsestjenester	

spm5_1	Har du noen sykdom, skade eller lidelse av fysisk eller psykisk art som nedsetter dine funksjoner i ditt daglige liv?
♦ range:*	

spm5_1	Har du noen sykdom, skade eller lidelse av fysisk eller psykisk art som nedsetter dine funksjoner i ditt daglige liv?
Meget god	<input type="radio"/> 1
Ganske god	<input type="radio"/> 2
Verken god eller dårlig	<input type="radio"/> 3
Ganske dårlig	<input type="radio"/> 4
Meget dårlig	<input type="radio"/> 5
♦ exclusive:yes Foretrekker å ikke svare	<input type="radio"/> 6

spm5_2	Har du en kronisk sykdom?
♦ range:*	
Ja	<input type="radio"/> 1
Nei	<input type="radio"/> 2
♦ exclusive:yes Foretrekker å ikke svare	<input type="radio"/> 3

spm5_3	Har du vært innlagt på sykehus i løpet av de siste 12 måneder?
♦ range:*	
Av fysisk art	Ja 1 <input type="radio"/>
Av psykisk art	Nei 2 <input type="radio"/>
	Foretrekker å ikke svare 3 <input type="radio"/>

spm5_4	Har du vært sykmeldt sammenhengende mer enn en måned siste 12 måneder?
♦ range:*	
Ja	<input type="radio"/> 1
Nei	<input type="radio"/> 2
♦ exclusive:yes Foretrekker å ikke svare	<input type="radio"/> 3

spm5_4b	Har du vært sykmeldt sammenhengende mer enn en måned siste 12 måneder?
♦ range:*	
Ja	<input type="radio"/> 1
Nei	<input type="radio"/> 2

spm4_1b	Har du egne barn?
♦ range:**	
0	<input type="radio"/> 1
1	<input type="radio"/> 2
2	<input type="radio"/> 3
3	<input type="radio"/> 4
4	<input type="radio"/> 5
5	<input type="radio"/> 6
6 eller fler	<input type="radio"/> 7

spm4_2	Hvem bor du sammen med? Velg alle du bor sammen med. Flere svar tillatt.
♦ range:**	
Ektefelle / registrert partner / samboer	<input type="checkbox"/> 1
Alene	<input type="checkbox"/> 2
Egne barn	<input type="checkbox"/> 3
Samboers/andres barn	<input type="checkbox"/> 4
Mor	<input type="checkbox"/> 5
Far	<input type="checkbox"/> 6
Søsken	<input type="checkbox"/> 7
Andre slektninger	<input type="checkbox"/> 8
Venn(er)	<input type="checkbox"/> 9
Andre leieboere, hybelboere	<input type="checkbox"/> 10
Kjæledyr	<input type="checkbox"/> 11
Andre	<input type="checkbox"/> 12
♦ exclusive:yes Foretrekker å ikke svare	<input type="radio"/> 13

spm4_2c	Hva slags kjæledyr?
♦ filter:spm4_2.a=11	
♦ exclusive:yes Foretrekker å ikke svare	Open <input type="radio"/> 1
ID:Helse_helsefjenester	

spm5_1	Hvordan vurderer du din egen helse sånn i alminnelighet?
♦ range:**	

spm5_1	Hvordan vurderer du din egen helse sånn i alminnelighet?
♦ range:**	
Meget god	<input type="radio"/> 1
Ganske god	<input type="radio"/> 2
Verken god eller dårlig	<input type="radio"/> 3
Ganske dårlig	<input type="radio"/> 4
Meget dårlig	<input type="radio"/> 5
♦ exclusive:yes Foretrekker å ikke svare	<input type="radio"/> 6

spm5_2	Har du en kronisk sykdom?
♦ range:**	
Ja	<input type="radio"/> 1
Nei	<input type="radio"/> 2
♦ exclusive:yes Foretrekker å ikke svare	<input type="radio"/> 3

spm5_3	Har du noen sykdom, skade eller lidelse av fysisk eller psykisk art som nedsetter dine funksjoner i ditt daglige liv?		
♦ range:**			
Av fysisk art	Ja 1 <input type="radio"/>	Nei 2 <input type="radio"/>	Foretrekker å ikke svare 3 <input type="radio"/>
Av psykisk art	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

spm5_4	Har du vært innlagt på sykehus i løpet av de siste 12 måneder?
♦ range:**	
Ja	<input type="radio"/> 1
Nei	<input type="radio"/> 2
♦ exclusive:yes Foretrekker å ikke svare	<input type="radio"/> 3

spm5_4b	Har du vært sykmeldt sammenhengende mer enn en måned siste 12 måneder?
♦ range:**	
Ja	<input type="radio"/> 1
Nei	<input type="radio"/> 2

spm5_5	Har du i løpet av de siste 12 måneder vært hos:				Foretrekker å ikke svare
♦ range:*	Ja	Nei			
Fastlege / allmennlege	1	2	3		
Legevakt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Annen legespesialist utenfor sykehus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Konsultasjon uten innleggelse ved psykiatrisk poliklinikk/DPS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Konsultasjon uten innleggelse ved annen poliklinikk i sykehus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Kiropraktor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Fysioterapeut / manuell terapeut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Homøopat, akupunktør, soneterapeut, håndspålegger eller annen alternativ behandler	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

spm5_5b	Hvor fornøyd er du med den hjelpen du har fått?					Foretrekker å ikke svare
♦ range:*	Svært fornøyd	Ganske fornøyd	Verken fornøyd eller misfornøyd	Ganske misfornøyd	Svært misfornøyd	Foretrekker å ikke svare
filter:\spm5_5.a.1=1 \spm5_5.a.2=1 \spm5_5.a.3=1 \spm5_5.a.4=1 \spm5_5.a.5=1 \spm5_5.a.6=1 \spm5_5.a.7=1 \spm5_5.a.8=1	1	2	3	4	5	6
♦ filter:\spm5_5.a.1=1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fastlege / allmennlege	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
♦ filter:\spm5_5.a.2=1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Legevakt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
♦ filter:\spm5_5.a.3=1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Annen legespesialist utenfor sykehus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
♦ filter:\spm5_5.a.4=1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Konsultasjon uten innleggelse ved psykiatrisk poliklinikk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
♦ filter:\spm5_5.a.5=1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Konsultasjon uten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

spm5_5b	Hvor fornøyd er du med den hjelpen du har fått?					
innleggelse ved annen poliklinikk i sykehus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
♦ filter:\spm5_5.a.6=1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kiropraktor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
♦ filter:\spm5_5.a.7=1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fysioterapeut / manuell terapeut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
♦ filter:\spm5_5.a.8=1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Homøopat, akupunktør, soneterapeut, håndspålegger eller annen alternativ behandler	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

spm5_6	I løpet av de siste 4 ukene, hvor ofte har du brukt følgende medisiner?					
♦ range:*	Daglig	Ukentlig, men ikke daglig	Sjeldnere enn hver uke	Ikke brukt siste 4 uker	Foretrekker å ikke svare	
Smertestillende reseptfri medisin	1	2	3	4	5	6
Smertestillende reseptbelagt medisin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sovermedisin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beroligende medisin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medisin mot depresjon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Annen medisin på resept	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

spm5_7	Omtrent hva er din høyde i dag?	
cm:	Trykk neste om du foretrekker å ikke svare.	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>

5_7b	Omtrent hva er din vekt i dag?	
kg:	Trykk neste om du foretrekker å ikke svare.	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>

spm5_8	Har du hatt en seksuelt overførbar sykdom?	
♦ range:*		
Ja		<input type="radio"/> 1
Nei		<input type="radio"/> 2
♦ exclusive:yes		<input type="radio"/> 3
Foretrekker å ikke svare		

spm5_8a	Hvem ble du smittet av sist gang du ble smittet?	
♦ filter:\spm5_8.a=1		
♦ range:*		
Mann		<input type="radio"/> 1
Kvinne		<input type="radio"/> 2
Vet ikke		<input type="radio"/> 3
Foretrekker å ikke svare		

5_8b	Har du noensinne fått diagnostisert noen av de følgende sykdommene hos lege?		
♦ filter:\spm5_8.a=1			
♦ range:*			
Klamydia	Ja 1	Nei 2	Foretrekker å ikke svare 3
Herpes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gonoré	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kjønnsvorter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Syfilis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hiv	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hepatitt B eller C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
♦ filter:\Kjonn.a=2			
Bakteriell vaginose (også kalt gardnerella)			

5_8c	Har du hatt samleie med følgende kjønn de siste 12 månedene?	
♦ range:*		
Mann		<input type="radio"/> 1
Kvinne		<input type="radio"/> 2
Både mann og kvinne		<input type="radio"/> 3
Har ikke hatt samleie de siste 12 månedene		

5_8d	Ble det benyttet kondom ved siste samleie?	
♦ filter:\5_8c.a=1		
♦ range:*		
Ja		<input type="radio"/> 1
Nei		<input type="radio"/> 2

spm5_9	Har du fått utført...			
♦ filter:\Kjonn.a=2 Alder.a.1=1987:1943				
♦ range:*				
	Ja	Nei	Ikke aktuelt	Foretrekker å ikke svare
♦ filter:\Alder.a.1=1943:1987	1	2	3	4
... celleprøve siste 3 år?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
♦ filter:\Alder.a.1=1943:1962				
... mammografi siste 2 år?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

spm5_10	Har du vært hos tannlege siste 12 måneder?	
♦ range:*		
Ja		<input type="radio"/> 1
Nei		<input type="radio"/> 2
Foretrekker å ikke svare		

ID:Psykisk_helse

spm6_3	Har du hatt redusert arbeidsevne på grunn av psykiske helseproblemer de siste 12 månedene?	
♦ range:*		
Ja, helt		<input type="radio"/> 1
Ja, delvis		<input type="radio"/> 2
Nei		<input type="radio"/> 3
Foretrekker å ikke svare		

spm18_11b	Nedenfor er det en liste over symptomer eller problemer folk av og til har. Angi hvor mye hvert enkelt problem har plaget deg eller vært til besvær i løpet av de siste 14 dager. Husk å sette av et kryss for hvert symptom.				
♦ range:*	Ikke plaget	Litt	En god del	Veldig mye plaget	Foretrekker å ikke svare
	1	2	3	4	5
Anfall av angst eller panikk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Så rastløs at det er vanskelig å sitte stille	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mangel på energi / alt går langsommere enn vanlig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lett for å klandre seg selv	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lett for å gråte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tanker om å ta sitt eget liv	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dårlig matlyst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Søvnproblemer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Følelse av håpløshet med tanke på fremtiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
spm18_11c	Nedenfor er det en liste over symptomer eller problemer folk av og til har. Angi hvor mye hvert enkelt problem har plaget deg eller vært til besvær i løpet av de siste 14 dager. Husk å sette av et kryss for hvert symptom.				
♦ range:*	Ikke plaget	Litt	En god del	Veldig mye plaget	Foretrekker å ikke svare
	1	2	3	4	5
Nedtrykt / tungsindig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Følelse av ensomhet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tap av seksuell lyst og interesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Følelse av å være lur i en felle eller fanget	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mye bekymret eller urolig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uten interesse for noe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Følelse av at alt er et slit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Følelse av å være unyttig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	ID: Trivsel_velvaere_helsevaner				
spm7_1	Hvor fornøyd er du med livet ditt sånn i alminnelighet? Sett ett kryss på en skala fra 1 til 10, der 1 er svært misfornøyd og 10 er svært fornøyd.				
♦ range:*					

spm7_1	Hvor fornøyd er du med livet ditt sånn i alminnelighet? Sett ett kryss på en skala fra 1 til 10, der 1 er svært misfornøyd og 10 er svært fornøyd.									
1.	Svært misfornøyd	2	3	4	5	6	7	8	9	10. Foretrekker å ikke svare
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
spm7_3	Nedenfor står fem utsagn om tilfredshet med livet som et hele. Vis hvor godt eller dårlig hver av de fem påstandene stemmer for deg og ditt liv ved å krysse av det tallet som du synes stemmer best for deg.									
♦ range:*	Stemmer dårlig	2.	3.	4.	5.	Stemmer perfekt	Foretrekker å ikke svare			
	1	2	3	4	5	6				
På de fleste måter er livet mitt nær idealet mitt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Mine livsforhold er utmerkede	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Jeg er tilfreds med livet mitt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Så langt har jeg fått de viktige tingene jeg ønsker i livet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Hvis jeg kunne leve livet på nytt, ville jeg nesten ikke forandret på noe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
	ID: Helsevaner									
spm8_1	I løpet av de siste 12 månedene, hvor ofte har du...									
♦ range:*	Omtrent daglig	2-5 ganger i uken	2-3 ganger i uken	Omtrent en gang i måneden	2-3 ganger i måneden	Omtrent en gang i måneden	Sjeldner en gang i måneden	Aldri	Foretrekker å ikke svare	
	1	2	3	4	5	6	7	8		
...brukt snus?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
♦ exclusive: yes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
♦ range:*										
spm8_3	I løpet av de siste 12 månedene, hvor ofte har du...									
♦ range:*	Omtrent daglig	2-5 ganger i uken	2-3 ganger i uken	Omtrent en gang i måneden	2-3 ganger i måneden	Omtrent en gang i måneden	Sjeldner en gang i måneden	Aldri	Foretrekker å ikke svare	
	1	2	3	4	5	6	7	8		
♦ range:*										

spm8_3	I løpet av de siste 12 månedene, hvor ofte har du...							svare
	måneden							8
...drukket noen form for alkohol?	1	2	3	4	5	6	7	0
...drukket så mye at du har følt deg tydelig beruset?	0	0	0	0	0	0	0	1
...drukket så mye at du har vært overstadig beruset?	0	0	0	0	0	0	0	2
	0	0	0	0	0	0	0	3

spm8_4b	range:*	
Har du noen gang følt at du burde redusere alkoholforbruket ditt?	Ja	Nei
Har det å ta en drink noen gang vært det første du har gjort om morgenen for å roe nervene, kurrere bakrus eller som oppvåkner?	1	2
	0	0
	0	0
	0	0

spm8_5	Nå følger noen spørsmål om bruk av andre rusmidler. Har du i løpet av de siste 12 måneder...										
♦ range:*											
...brukt cannabis (som hasj, marihuana, cannabisolje, skunk, spice)?	Omtrent daglig	2-5 ganger i uken	Omtrent en gang i uken	Månedlig	Sjeldnere enn månedlig	Nei, men har gjort det tidligere	Nei, har aldri gjort det	Foretrekker å ikke svare			8
...ruset deg på piller/legemidler?	1	2	3	4	5	6	7	0	0	0	1
... brukt kokain?	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
... brukt ecstasy?	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
... brukt amfetaminer?	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
... brukt relevin?	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
... brukt heroin?	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
... brukt GHB/GBL?	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7
... brukt LSD?	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8
...brukt andre markotiske stoffer?	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10

spm8_6	Hvor ofte driver du med idrett eller mosjon så mye at du blir andpusten eller svett?								
♦ range:*									
Omtrent daglig								0	1
2-4 ganger i uken								0	2
Omtrent en gang i uken								0	3
2-3 ganger i måneden								0	4
Omtrent en gang i måneden								0	5
Sjeldnere enn en gang i måneden								0	6
Aldri								0	7
Foretrekker å ikke svare								0	8
ID:Forhold_knyttet_til_seksuell_orientering									

Informasjon
Denne undersøkelsen om levekår og seksuell orientering har til nå hatt mange spørsmål om arbeidsliv, helse, m.m. Vi vil nå stille noen utdypende spørsmål om erfaringer knyttet til seksuell orientering. Mange bruker også andre ord enn homofil og lesbisk, f.eks. homse og lesbe. For enkelthets skyld holder vi oss til

Information
noen få betegnelser utover i skjemaet: lesbisk, homofil, bifi, skeiv.

spm9_1	Hvilket kjønn føler du deg seksuelt tiltrukket av?
♦ range:*	
Kun tiltrukket av menn	<input type="radio"/> 1
Hovedsakelig tiltrukket av menn	<input type="radio"/> 2
Tiltrukket av menn og kvinner	<input type="radio"/> 3
Hovedsakelig tiltrukket av kvinner	<input type="radio"/> 4
Kun tiltrukket av kvinner	<input type="radio"/> 5
Føler ikke seksuell tiltrekning til noen	<input type="radio"/> 6
Vet ikke	<input type="radio"/> 7
Foretrekker å ikke svare	<input type="radio"/> 8

spm9_2	I løpet av de siste fem år, hvilke av følgende har du hatt sex med? Med sex forstår vi all atferd som medfører kontakt med kjønnsorganer. Sex forstås derfor ikke bare som samleie med penetrering. Velg det svaret som passer best for deg, kun ett svar.
♦ range:*	
Kun kvinner (eller med en kvinne)	<input type="radio"/> 1
Hovedsakelig kvinner	<input type="radio"/> 2
Både menn og kvinner	<input type="radio"/> 3
Hovedsakelig menn	<input type="radio"/> 4
Kun menn (eller med en mann)	<input type="radio"/> 5
Ingen	<input type="radio"/> 6
Vet ikke	<input type="radio"/> 7
Foretrekker å ikke svare	<input type="radio"/> 8

spm9_2b	Hvor mange sexpartnere har du hatt de siste 12 måneder?
♦ range:*	
Ingen	<input type="radio"/> 1
1	<input type="radio"/> 2
2	<input type="radio"/> 3
3-5	<input type="radio"/> 4
6-10	<input type="radio"/> 5
11-20	<input type="radio"/> 6
Over 20	<input type="radio"/> 7
Foretrekker å ikke svare	<input type="radio"/> 8

spm9_3	Hvor gammel var du første gang du snakket med noen om din seksuelle orientering?
♦ filter:orientering.a=2,3,4	
♦ range:*	
♦ exclusive:yes	Open
Jeg har ikke snakket med noen	<input type="radio"/> 1
♦ exclusive:yes	
Foretrekker å ikke svare	<input type="radio"/> 2

spm9_4	Hvor gammel var du da du begynte å regne deg for å være lesbisk/homofil/skeiv?
♦ filter:orientering.a=2,3,4	
♦ range:*	
♦ exclusive:yes	Open
Foretrekker å ikke svare	<input type="radio"/> 1

ID:Vurdering_av_seksuell_orientering

spm10_1	Akt i alt, hvordan tenker du i dag om din seksuelle orientering?				
♦ filter:orientering.a=2;3;4 ♦ range:*	I stor grad	I noen grad	Ikke i det hele tatt	Foretrekker å ikke svare	
	1	2	3	4	
Berikende	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Belastende	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Skulle gjerne hatt annen seksuell orientering	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg aksepterer meg selv fullt ut som lesbisk/homofil/bifil/skeiv	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg skammer meg av og til over å være lesbisk/homofil/bifil/skeiv	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ID:Andres_kjennskap_til_din_seksuelle_orientering

spm11_1	Hvem kjenner din seksuelle orientering?												
♦ filter:orientering.a=2;3;4 ♦ range:*	Ja	Nei	Ikke aktuelt spørsmål	Vet ikke	Foretrekker å ikke svare								
	1	2	3	4	5								
Mor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>								
Far	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>								
Søsken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>								
Familien ellers	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>								
Nærmeste naboer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>								
♦ filter:spm1_2.a=1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>								
Nærmeste arbeidskolleger	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>								
♦ filter:spm1_2.a=4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>								
Nærmeste medstudenter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>								
♦ filter:spm1_2.a=1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>								
Arbeidsplassen generelt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>								
Nærmeste venner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>								
Venner generelt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>								
Bekjente i lag og organisasjoner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>								
Fastlegen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>								

spm11_3	Gjør du noe for å legge skjul på din seksuelle orientering? f.eks. å unngå å nevne din seksuelle orientering i samtaler med andre, holder tilbake informasjon, etc?							
♦ filter:orientering.a=2;3;4 ♦ range:*	Omtrent daglig	Omtrent en gang i uken	Omtrent en gang i måneden	Omtrent en gang i måneden	Sjeldnere enn en gang i måneden	Aldri	Foretrekker å ikke svare	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

spm11_3d	I løpet av de siste 12 månedene, hvor ofte har du:							
♦ filter:spm3_1.a=2;3;4;5;6;7;8 ♦ range:*	Omtrent daglig	2-5 ganger i uken	Omtrent en gang i uken	2-3 ganger i måneden	Omtrent en gang i måneden	Sjeldnere enn en gang i måneden	Aldri	Foretrekker å ikke svare
	1	2	3	4	5	6	7	8
Holdt din kjæreste/partner/ek tefelle i hånden på et offentlig sted?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gitt din kjæreste/partner/ek tefelle en klem på et offentlig sted?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kysset din kjæreste/partner/ek tefelle på et offentlig sted?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

spm11_5	I hvilken grad er du fornøyd med din grad av åpenhet?			
♦ filter:orientering.a=2;3;4 ♦ range:*	Skulle ønske jeg var åpen overfor flere	Er fornøyd med min grad av åpenhet	Skulle helst vært åpen for færre	Foretrekker å ikke svare
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

spm11_6	Vet disse at du har en partner (ektefelle, kjæreste, samboer)?	
♦ filter:spm3_1.a=2;3;4;5;6;7;8 ♦ range:*	Ja	Nei
	1	2

spm11_6	Vet disse at du har en partner (ektefelle, kjæreste, samboer)?	1	2	3	4	5
Mor		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Far		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Søsken		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Venner		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arbeidskolleger (medstudenter/medelever)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

spm11_7	Har disse truffet den partneren (ektefelle, kjæreste, samboer) du nå har?	Ja	Nei
Mor		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Far		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Søsken		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Venner		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arbeidskolleger (medstudenter/medelever)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ID:Arbeidsplassen																															
Informasjon																															
Vi vil nå gå over til å stille spørsmål om arbeidsplass eller lærested.																															
spm12_2	Har du på din arbeidsplass de siste 5 år...																														
♦ filter:\spm1_2.a=1																															
♦ range:**																															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Omtrent daglig</th> <th>2-4 ganger i uken</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> <th>6</th> <th>7</th> <th>8</th> <th>Uaktuelt</th> <th>Foretrekker å ikke svare</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> <td>8</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </tbody> </table>	Omtrent daglig	2-4 ganger i uken	3	4	5	6	7	8	Uaktuelt	Foretrekker å ikke svare	1	2	3	4	5	6	7	8			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Omtrent daglig	2-4 ganger i uken	3	4	5	6	7	8	Uaktuelt	Foretrekker å ikke svare																						
1	2	3	4	5	6	7	8																								
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																						
♦ filter:\orientering.a=2;3;4																															
Opplevd negative kommentarer eller oppførsel fordi du er lesbisk/homofil/bifil/skeiv?	<input type="radio"/>																														
Hørt eller sett negative kommentarer eller oppførsel fordi en kollega blir betraktet som lesbisk, homofil, bifil eller skeiv?	<input type="radio"/>																														
Opplevd en generell negativ holdning på arbeid mot personer fordi de er lesbiske, homofile, bifile eller skeive?	<input type="radio"/>																														

spm12_3	Hvor ofte har du selv opplevd å bli trakassert på arbeidsplassen din av følgende personer de siste 12 månedene?						Foretrek ker å ikke svare	
♦ filter:\spm1_2.a=1,2 ♦ range:*	Omtrent daglig	2-5 ganger i uken	Omtrent en gang i uken	2-3 ganger i måneden	Omtrent en gang i måneden	Sjeldner enn en gang i måneden	Aldri	
Arbeidsgiver	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	6 <input type="radio"/>	7 <input type="radio"/>	8 <input type="radio"/>
Arbeidkolleger	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Klienter/brukere/pa sienter/kunder	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

spm12_3b	Hvor ofte har du selv opplevd å bli trakassert på studiestedet din av følgende personer de siste 12 månedene?						Foretrek ker å ikke svare	
♦ filter:\spm1_2.a=4 ♦ range:*	Omtrent daglig	2-5 ganger i uken	Omtrent en gang i uken	2-3 ganger i måneden	Omtrent en gang i måneden	Sjeldner enn en gang i måneden	Aldri	
Lærere	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	6 <input type="radio"/>	7 <input type="radio"/>	8 <input type="radio"/>
Medstudenter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

spm12_4	Når det gjelder å være homofil/lesbisk/bifil/steiv – hvordan opplever du arbeidsmiljøet på arbeidsplassen din?		
♦ filter:\orientering,a=2,3,4 ♦ range:*	Stort sett inkluderende	<input type="radio"/>	1
Verken inkluderende eller ekskluderende	<input type="radio"/>	2	
Stort sett ekskluderende	<input type="radio"/>	3	

spm13_2	Har du noe ganger blitt diskriminert på en arbeidsplass på grunn av din seksuelle orientering? Flere kryss mulig.		ID:Diskriminering_trakassering_og_vold
♦ filter:\spm1_2.a=1,4;\orientering,a=2,3,4 ♦ range:*	Ja, jeg er blitt forflyttet fra en arbeidsoppgave til en annen	<input type="checkbox"/>	1
Ja, jeg har ikke blitt ansatt	<input type="checkbox"/>	2	
Ja, jeg har blitt tvunget til å slutte på en arbeids- eller studieplass	<input type="checkbox"/>	3	
Ja, jeg har ikke blitt forfremmet	<input type="checkbox"/>	4	
♦ exclusive:yes Nei, jeg har aldri blitt diskriminert på en arbeidsplass	<input type="radio"/>	5	

spm13_4	Er det negative holdninger til lesbiske, homofile og bifile på din arbeidsplass slik du opplever det?									
♦ filter:\spm1_2.a=1 ♦ range:*	Ja, det er svært negative holdninger	1	Ja, det er til dels negative holdninger	2	Ja, det er noe negative holdninger	3	Nei, det er ikke negative holdninger	4	Vet ikke	5
Blant kolleger	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hos nærmeste leder	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blant tillitsvalgte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blant brukere/klienter/pasienter/elever/kunder	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

spm13_5	Er det negative holdninger til lesbiske, homofile og bifile på ditt lærested slik du opplever det?									
♦ filter:\spm1_2.a=4 ♦ range:*	Ja, det er svært negative holdninger	1	Ja, det er til dels negative holdninger	2	Ja, det er noe negative holdninger	3	Nei, det er ikke negative holdninger	4	Vet ikke	5
Blant medstudenter/medelever	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hos nærmeste lærer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blant tillitsvalgte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

spm16_1b	Hvor ofte omtrent ser du eller snakker i telefonen med dine foreldre/far/mor?							
♦ filter:\spm16_1.a=1;2;3 ♦ range:*	Omtrent daglig	2-5 ganger i uken	Omtrent 2-3 ganger i en gang i måneden	Omtrent 2-3 ganger i en gang i måneden	Sjeldner enn en gang i måneden	Aldri	Foretrek ker å ikke svare	
♦ filter:\spm16_1.a=1;3 Med mor	1	2	3	4	5	6	7	8
♦ filter:\spm16_1.a=1;2 Med far	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

spm16_3	Hvordan vil du alt i alt vurdere ditt forhold til dine foreldre og søsken?
♦ range:*	
Svært godt	<input type="radio"/> 1
Ganske godt	<input type="radio"/> 2
Verken godt eller dårlig	<input type="radio"/> 3
Ganske dårlig	<input type="radio"/> 4
Svært dårlig	<input type="radio"/> 5
Brutt med familien	<input type="radio"/> 6
Har ingen foreldre/søsken	<input type="radio"/> 7

spm16_5	Hvor mange år av ditt liv har du vært i fast parforhold?
♦ range:*	
Har ikke vært i fast parforhold	<input type="radio"/> 1
Til sammen under ett år	<input type="radio"/> 2
1-5 år	<input type="radio"/> 3
6-9 år	<input type="radio"/> 4
10-19 år	<input type="radio"/> 5
20-29 år	<input type="radio"/> 6
30-39 år	<input type="radio"/> 7
Mer enn 40 år	<input type="radio"/> 8

spm16_5b	Alt i alt, hvor fornøyd er du med ditt parforhold? Sett et kryss på en skala fra 1 til 10, der 1 er svært misfornøyd og 10 er svært fornøyd.										
♦ filter:\spm3_1.a=2;3;4;5;6;7;8 ♦ range:*											
1. Svært misfornøyd	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Svært fornøyd
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

spm16_7	Hvor ofte har du kontakt med venner, for eksempel ansikt-til-ansikt, internett, telefon?
♦ range:*	
Omtrent daglig	<input type="radio"/> 1
2-4 ganger i uken	<input type="radio"/> 2
Omtrent en gang i uken	<input type="radio"/> 3
2-3 ganger i måneden	<input type="radio"/> 4
Omtrent en gang i måneden	<input type="radio"/> 5
Sjeldnere enn en gang i måneden	<input type="radio"/> 6
Aldri	<input type="radio"/> 7
Foretrekker å ikke svare	<input type="radio"/> 8

spm16_9	Hender det at du føler deg ensom?
♦ range:*	
Oftre	<input type="radio"/> 1
Av og til	<input type="radio"/> 2
Sjelden	<input type="radio"/> 3
Aldri	<input type="radio"/> 4

spm16_10	Har du noen som du kan snakke fortrolig med om ting som virkelig plager deg?
♦ range:*	
Ja, en person	<input type="radio"/> 1
Ja, flere personer	<input type="radio"/> 2
Nei, ingen	<input type="radio"/> 3
Vet ikke	<input type="radio"/> 4
Foretrekker å ikke svare	<input type="radio"/> 5

spm15_1 Noen bruker kallenavn som "homo", "lesbe", "soper", osv. enten på en positiv eller negativ måte. Hvor mange ganger i løpet av de siste månedene ble du kalt dette av følgende personer?					
	Omtrent 1 gang i uken	2 eller 3 ganger i måneden	Bare en sjelden gang	Det har ikke hendt meg de siste månedene	Foretrekker å ikke svare
Venner	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
Noen jeg ikke kjente	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
Noen som ikke likte meg	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>

♦ filter:orientering.a=2;3;4
♦ range:*

ID:Fritid_organisasjonsliv_netverk									
spm17_1	Hvor ofte i løpet av de siste 12 månedene gjorde du følgende i din fritid? Sett ett kryss for hver linje.								
♦ range:*	Omtrent daglig	2-5 ganger i uken	Omtrent en gang i uken	2-3 ganger i måneden	Omtrent en gang i måneden	Sjeldnere enn en gang i måneden	Aldri	Foretrekker å ikke svare	
Var på shopping (ikke dagligvare)	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	6 <input type="radio"/>	7 <input type="radio"/>	8 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>
Mosjonerte, trente, drev med sport/drett, friluftsliv	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>
Traff venner, besøkte venner, fikk besøk av venner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
Var på café, restaurant, kino	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
Var på dans, diskotek, nattklub, pub el.l.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
Gikk i teater, opera, museum, kunstudstilling, konsert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	6 <input type="radio"/>
Var på religiøst møte, sammenkomst, forsamling el.l.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	7 <input type="radio"/>
Deltok i kor, orkester, band, korps, spellemannslag, el.l.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	8 <input type="radio"/>
Var på møte i homopolitisk organisasjon eller annen organisasjon for LHBT-personer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9 <input type="radio"/>
Var på utested for lesbiske/homofile	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	10 <input type="radio"/>

spm17_2	Er du medlem av? Flere kryss tillatt.
♦ range:*	
Fagforening eller arbeidstakerorganisasjon	<input type="checkbox"/> 1
Bransje, nærings- eller yrkesorganisasjon	<input type="checkbox"/> 2
Politisk parti	<input type="checkbox"/> 3
Religiøs forening	<input type="checkbox"/> 4
Idrettslag eller idrettsforening	<input type="checkbox"/> 5
♦ exclusive:yes Ingen av disse	<input type="radio"/> 6

spm17_3	Er du medlem av forening for lesbiske, homofile, bifile eller skeive, f.eks. LLH, Apen kirkegruppe?
♦ filter:orientering.a=2;3;4 ♦ range:*	
Ja	<input type="radio"/> 1
Nei	<input type="radio"/> 2
Foretrekker å ikke svare	<input type="radio"/> 3

spm17_5	Hvor ofte har du sosial omgang med andre fra arbeidsplassen utenom arbeidstiden?
♦ filter:\spm1_2.a=1 ♦ range:*	
Omtrent daglig	<input type="radio"/> 1
2-4 ganger i uken	<input type="radio"/> 2
Omtrent en gang i uken	<input type="radio"/> 3
2-3 ganger i måneden	<input type="radio"/> 4
Omtrent en gang i måneden	<input type="radio"/> 5
Sjeldnere enn en gang i måneden	<input type="radio"/> 6
Aldri	<input type="radio"/> 7
Foretrekker å ikke svare	<input type="radio"/> 8

spm17_6	Hvor ofte har du sosial omgang med andre på studiestedet utenom undervisningen?
♦ filter:\spm1_2.a=4 ♦ range:*	
Omtrent daglig	<input type="radio"/> 1
2-4 ganger i uken	<input type="radio"/> 2
Omtrent en gang i uken	<input type="radio"/> 3
2-3 ganger i måneden	<input type="radio"/> 4
Omtrent en gang i måneden	<input type="radio"/> 5
Sjeldnere enn en gang i måneden	<input type="radio"/> 6
Aldri	<input type="radio"/> 7
Foretrekker å ikke svare	<input type="radio"/> 8

spm17_7	Deltar du på personalfester og andre sosiale arrangement i forbindelse med jobben?
♦ filter:\spm1_2.a=1 ♦ range:*	
Ja, alltid	<input type="radio"/> 1
Ja, så fremt jeg har anledning	<input type="radio"/> 2
Noen ganger	<input type="radio"/> 3
Sjeldent	<input type="radio"/> 4
Så å si aldri	<input type="radio"/> 5

ID: Bakgrunn	
spm18_1	Hvor bor du?
♦ range:*	
Finland	<input type="radio"/> 1
Troms	<input type="radio"/> 2
Nordland	<input type="radio"/> 3
Nord-Trøndelag	<input type="radio"/> 4
Sør-Trøndelag	<input type="radio"/> 5
Møre og Romsdal	<input type="radio"/> 6
Sogn og Fjordane	<input type="radio"/> 7
Hordaland	<input type="radio"/> 8
Rogaland	<input type="radio"/> 9
Vest-Agder	<input type="radio"/> 10
Aust-Agder	<input type="radio"/> 11
Telemark	<input type="radio"/> 12
Vestfold	<input type="radio"/> 13
Buskerud	<input type="radio"/> 14
Oppland	<input type="radio"/> 15
Hedmark	<input type="radio"/> 16
Østfold	<input type="radio"/> 17
Akershus	<input type="radio"/> 18
Oslo	<input type="radio"/> 19
Vil ikke svare	<input type="radio"/> 20
	Open

spm18_3	Hvor er du født?
♦ range:*	
Norge	<input type="radio"/> 1
Europa, utenom Norge	<input type="radio"/> 2
Asia	<input type="radio"/> 3
Afrika	<input type="radio"/> 4
Sør- og Mellom-Amerika	<input type="radio"/> 5
Nord-Amerika	<input type="radio"/> 6
Australia/New Zealand/Oseania	<input type="radio"/> 7

spm18_3b	Hvor er din mor født?
♦ filter: spm18_3.a=1	
♦ range:*	
Norge	<input type="radio"/> 1
Europa, utenom Norge	<input type="radio"/> 2
Asia	<input type="radio"/> 3
Afrika	<input type="radio"/> 4
Sør- og Mellom-Amerika	<input type="radio"/> 5
Nord-Amerika	<input type="radio"/> 6
Australia/New Zealand/Oseania	<input type="radio"/> 7

spm18_3c	Hvor er din far født?
♦ filter: spm18_3.a=1	
Norge	<input type="radio"/> 1
Europa, utenom Norge	<input type="radio"/> 2
Asia	<input type="radio"/> 3
Afrika	<input type="radio"/> 4
Sør- og Mellom-Amerika	<input type="radio"/> 5
Nord-Amerika	<input type="radio"/> 6
Australia/New Zealand/Oseania	<input type="radio"/> 7

spm18_8	Hvordan plasserer du deg selv når det gjelder religion?
♦ range:*	
1 Ikke-troende	<input type="radio"/> 1
2	<input type="radio"/> 2
3	<input type="radio"/> 3
4	<input type="radio"/> 4
5	<input type="radio"/> 5
6	<input type="radio"/> 6
7 Troende	<input type="radio"/> 7
Vil ikke svare	<input type="radio"/> 8

spm18_10	Dersom du har kommentarer til emnet eller undersøkelsen, kan du gjerne skrive dem her.
	Open

Information
♦ exit:yes ♦ redirect:http://www.cint.com/cpx/public_panelpage_complete.asp ♦ status:COMPLETE Trykk på "neste" for å sende in dine svar. Takk for at du tok deg tid til å delta i denne undersøkelsen!

slutt
♦ range:*
<input type="radio"/> 1

date_time_1	
♦ range:*	
♦ affila:sys_date c	<input type="text"/>
♦ affila:sys_timerowf c	<input type="text"/>

FORSKERNE

Kirsti Malterud er forsker 1 og professor II ved Allmenntmedisinsk forskningsenhet i Bergen/Uni Research Helse, og Universitetet i Bergen. I 1977 var hun med på å etablere Oslo Helseråds Rådgivningstjeneste for homofile. I sin forskning har Malterud vært opptatt av pasientperspektiver og samhandlingsaspekter ved kronisk sykdom, og hun har i en rekke studier undersøkt ulike marginalitetserfaringer i møte med helsetjenesten, blant annet hos lesbiske kvinner. Malterud har også arbeidet med utvikling av kvalitative metoder i medisinsk forskning.

Norman Anderssen er professor i sosialpsykologi og forsker 1 ved Universitetet i Bergen og Uni Research Helse. Han har siden midten av 1990-tallet undervist, veiledet og forsket ved Det psykologiske fakultet ved Universitetet i Bergen. Han har forsket innen feltet holdninger til lhb-personer og helseatferd blant ungdommer, og har spesielt vært opptatt av hva som konstituerer seksuelle kategorier. Han er for tiden instituttleder ved Institutt for samfunnspsykologi ved Universitetet i Bergen.

Anderssen og Malterud var redaktører for rapporten «Seksuell orientering og levekår» 2013:
<https://bora.uib.no/handle/1956/7550>