

Seksuell helse blant kvinner som har sex med kvinner - en kunnskapsgjennomgang

Bera Ulstein Moseng



Seksuell helse blant kvinner som har sex med kvinner – en kunnskaps gjennomgang

Stiftelsen Helseutvalget
Gay and Lesbian Health Norway

Forfatter Bera Ulstein Moseng
Illustrasjon Hedof

Adresse Skippergata 23, 0154 Oslo
E-post post@helseutvalget.no
Telefon +47 23 35 72 00
Nettside helseutvalget.no

Utgitt av Stiftelsen Helseutvalget med økonomisk støtte fra Oslo kommune.
Oslo, oktober 2017

Innholdsfortegnelse

3	Innholdsfortegnelse
4	Sammendrag
6	Introduksjon
7	Definisjoner
8	Seksuell identitet, seksuell attraksjon og seksuell atferd som mål/indikatorer på seksuell orientering
11	KSK - Foreliggende kunnskap om seksualitet, risikoatferd og seksuell helse
12	The British National Surveys of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal:
22	The National Survey of Family Growth (NSFG)
34	The National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES)
40	National Longitudinal Survey of Adolescent Health (Add Health)
55	The Youth Risk Behavior Surveillance System (YRBSS)
57	KSK-populasjonen i nyere norske studier
60	Litteraturliste

Sammendrag

Tema for denne rapporten er seksuell helse blant kvinner som har sex med kvinner (KSK). Rapporten er en gjennomgang av tilgjengelig forskningsbasert kunnskap.

Den baserer seg i hovedsak på utenlandske data da det per 2017 ikke finnes representative norske undersøkelser med et design som er egnet til å beskrive variasjoner i helseforhold blant seksuelle minoritetskvinner og årsakene til disse.

Det hefter også utfordringer ved utenlandske representative undersøkelsesdesign. Et godt kunnskapsgrunnlag om seksuelle minoritetskvinner helse forutsetter representative utvalg (hvor kvinner med seksuell minoritetsstatus er godt representert), men handler også om at det brukes varierte og velutprøvde mål/indikatorer på seksuell orientering.

En god fornemmelse for hvordan denne seksuelle minoritetsgruppen ser ut krever at det reflekteres over ulike kombinasjoner av atferd, attraksjon og identitet/selvforståelse samt over hvilke handlinger det er som egentlig faller inn under kategorien "sex mellom kvinner". Det er vanlig å bruke enten seksuell identitet/selvforståelse eller seksuell atferd som eneste mål/indikatorer på seksuell orientering. Da forsvinner viktige målgrupper under radaren. Foreliggende kunnskap viser at KSK

har forhøyet risiko for å bli ufrivillig gravid eller å bli smittet med seksuelt overførbare infeksjoner. Noen SOler kan og blir overført ved sex mellom kvinner, men spesielt sårbare er KSK som har eller har hatt sex med menn.

Lesbiske/homofilt identifiserte kvinner, som kun har sex med kvinner, har på sin side liten risiko for å bli smittet av en SOI eller å bli ufrivillig gravid – på lik linje med heterofile kvinner som utelukkende har hatt sex med menn.

Denne kunnskapsrapporten viser, ikke overraskende, at biseksuelle KSK er en sårbar gruppe. Et hovedfunn er, imidlertid, at heterofilt identifiserte kvinner som har eller har hatt sex med kvinner er særlig utsatte, samtidig som de utgjør en vesentlig andel av den seksuelle minoritetsbefolkningen. Denne sårbarheten blant heterofilt og biseksuelt identifiserte kvinner som har sex med kvinner og menn må sees i sammenheng med seksuelle overgrep og tidlig seksuell debut, samt at de er overrepresentert når det gjelder risikosex målt ved overlappende sexpartnere, uregelmessig bruk av kondom, analsex og et stort antall mannlige sexpartnere.

Introduksjon

Det er mye som tyder på at kvinner som har sex med kvinner (KSK) er en sårbar gruppe når det gjelder seksuelt overførbare infeksjoner (SOI) og uønskede svangerskap. Kunnskapsrapporten skal beskrive denne situasjonen nærmere.

At KSK synes å være en sårbar gruppe antydes av norske klinikkdata (Molin et al. 2016) og en norsk panelundersøkelse (Anderssen og Malterud 2013), men fremfor alt underbygges antakelsen av data fra utenlandske representative helseundersøkelser hvorav noen inkluderer biologisk arm, det vil si at respondene ikke selvrappporter, men blir testet for SOI som en del av undersøkelsen (Goldberg et al. 2016, Goodenow et al. 2008, Majola & Everett 2012, Marrasso & Gorgos 2012, Mercer et al. 2007, Scheer et al. 2002, Sonnenberg et al. 2015, Tao 2008, Xu et al. 2010).

Siden 1980-tallet har hiv, i den vestlige verden så vel som globalt, vært den store utfordringen i det seksuelt helsefremmende arbeidet. Sammenliknet med menn som har sex med menn (MSM), er ikke KSK utsatt for hiv, delvis av anatomiske grunner. I de få tilfeller KSK er blitt smittet med hiv handler det om ubeskyttet vaginalsex med menn eller injiserende bruk av illegale rusmidler. At KSK er underrepresentert på hivstatistikken er én forklaring på hvorfor det er så liten interesse

for seksuelle helseforhold i denne gruppen og at kunnskapsgrunnlaget som omhandler risikosex og SOIer blant KSK ikke er av samme omfang og kvalitet som det som omhandler MSM.

Fra begynnelsen av 2000-tallet har utenlandske representative undersøkelser, som National Survey of Family Growth (NSFG), National Health and Nutritional Study (NHANES), National Longitudinal Study of Adolescent Health (Add Health) og The British National Surveys of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal), inkludert validerte mål på seksuell atferd, seksuell attraksjon og seksuell orientering i sine spørreskjemaer. Da de samme undersøkelsene inkluderer mål på respondentenes selvrapporterte kjønn gir disse databasene grunnlag for å besvare interessante problemstillinger om seksuelle helseforhold blant KSK.

Foreliggende amerikanske og britiske forskningsdata viser at deler av KSKpopulasjonen, på lik linje med deler av MSM-populasjonen, har mer risikosex enn befolkningen generelt (Bauer et al. 2010, Everett et al. 2013, Kaestle & Waller 2011, Nield et al. 2010, Operario et al. 2015, Rosario et al. 2014, Scheer et al. 2002, Tornello et al. 2014, Xu et al. 2010). Noen KSK har også sex med menn, og den type sex de har med menn innebærer ofte større risiko for SOIer enn den som utøves av kvinner som utelukkende har sex med menn (mangelfull kondombruk/ubeskyttet vaginalt/analt sam-

leie, stort antall sexpartnere, sex med MSM). De samme forskningsdataene angir en overrepresentasjon av ulike SOLer blant KSK, om enn ikke alltid på samme nivå som blant MSM. Vanlige SOLer blant KSK synes å være HPV-virus, herpes, bakteriell vaginose, men også klamydia og til dels gonoré og syfilis. Slike SOLer kan også overføres ved sex mellom kvinner. Sett på bakgrunn av at KSK rapporterer om mer usikker sex med menn enn kvinner som utelukkende har sex med menn, er det en logisk konsekvens at en del KSK svarer at de har opplevd å bli gravide uten å ha planlagt det (Charlton et al. 2013, Goldberg et al. 2016, Goodenow et al. 2008, Lindley & Walsemann 2015, Riskind et al. 2014, Saewyc et al. 1999, Tornello et al. 2014,).

Denne kunnskapsrapporten har flere formål. Med utgangspunkt i forskningsbasert kunnskap skal den beskrive minoriteten KSK med utgangspunkt i hvordan kvinner fordeler seg langs følgende tre dimensjoner: seksuell identitet/selvforståelse, seksuell attraksjon og seksuell atferd. Videre skal den beskrive den type atferd og situasjoner som kan eksponere KSK for risiko for SOI og uønskede graviditeter. Et tredje anliggende er å anslå omfanget av SOI i denne målgruppen samt vurdere hvilke grupper i KSK-populasjonen som er særlig utsatt. Per i dag er KSK og deres seksuelle helse en lite påaktet problemstilling i Norge. Med utgangspunkt i den foreliggende forskningslitteraturen anes konturene av et felt som krever mer oppmerksomhet, og hvor

en målrettet forebyggingsstrategi hadde vært ønskelig.

Definisjoner

I denne rapporten brukes betegnelsen kvinner om individer som forstår seg selv som kvinner og som tilkjenner dette til andre mennesker, noe som er i overensstemmelse med begrepsbruken i de spørreundersøkelsene som ligger til grunn for denne kunnskapsrapporten. Med unntak for undersøkelser som tar utgangspunkt i registerdata og fødselsnummer, defineres kjønn alltid som selvrapportert kjønn. Når det spørres om kjønn i disse undersøkelsene inkluderes verdiene mann og kvinne, og noen ganger også svaralternativene transseksuell/transperson og usikker på egen kjønnsidentitet. Selv med store nettutvalg er det imidlertid svært få som krysser av på svaralternativene transseksuell/transperson eller usikker på egen kjønnsidentitet, noe som gjør det vanskelig å inkludere transseksuelle/transpersoner i den statistiske analysen, selv om man måtte ønske det. Dette er også konklusjonen til Statistisk sentralbyrå (SSB) i Norge, som antar at gruppen er for liten til å fanges opp av en kvantitativ undersøkelse (Guløy, Haraldsen & Normann 2009: 5).

I denne rapporten innbefatter KSK alle kvinner som noen gang har hatt sex med en annen kvinne. KSK er en heterogen gruppering. Variasjonen innad i gruppen dreier seg dels om forskjeller i hvem KSK har sex med (for eksempel kun med andre kvinner,

eller også med menn) og dels om forskjeller i den seksuelle selvforståelsen (for eksempel å identifisere seg som heterofil, lesbisk eller bifil). Dessuten er det store variasjoner KSK imellom når det gjelder antall sexpartnere (kvinnelige og/eller mannlige).

Seksuell identitet, seksuell attraksjon og seksuell atferd som mål/indikatorer på seksuell orientering

KSK utgjør, som MSM, en minoritet i det norske samfunnet. Det betyr at majoriteten kvinner og menn forelsker seg i, føler seg seksuelt tiltrukket av og/eller har sex med personer av det motsatte kjønn som dem selv. Per i dag er ikke mål på seksuell orientering inkludert i norske levekårsundersøkelser i regi av SSB. Det ble i 2009 gjennomført et prosjekt "som skulle utrede om det var faglig grunnlag for å hevde at seksuell identitet kan være en relevant forklaringsfaktor i levekårsundersøkelser, og dermed også relevant for SSB å samle inn data om" (Guløy, Haraldsen & Normann 2009: 4). Da det i denne piloten ble stilt spørsmål om seksuell tiltrekning og seksuell identitet, svarte i "underkant av to

prosent av befolkningen 16 år og over (at de) er tiltrukket enten av samme eller begge kjønn, og at i overkant én prosent klassifiserer seg som homofil, lesbisk eller bifil" (Normann & Gulløy 2010). Med et bruttoutvalg på 10 000 og nettoutvalg på 6 465 er dette for små andeler til å si noe sikkert om statistiske sammenhenger mellom levekår og seksuell minoritetsstatus. Etter disse erfaringene har SSB valgt å ikke gjenta forsøkene med å inkludere indikatorer på seksuell minoritetsstatus i sine levekårsundersøkelser. I denne piloten ble ikke seksuell atferd brukt som indikator på seksuell minoritetsstatus.

Seksuell atferd som mål på seksuell orientering pleier å gi forskjellige resultater enn når seksuell identitet eller attraksjon anvendes. Dette henger sammen med at det ofte er slik at seksuelle minoritetskvinnens seksuelle identitet og/eller attraksjon ikke er i samsvar med deres seksuelle atferd – slik denne kommer til uttrykk ved det biologiske kjønn på deres seksualpartnere (Bauer et al. 2010, Everett et al. 2013, Xu et al. 2010, Lindley et al. 2013, Nield et al. 2015, Przedworski et al. 2014, Tao 2008). I NSFG (Tao 2008) svarer for eksempel mer enn halvparten av de kvinnene som svarer at de har hatt sex med kvinner og med menn det siste året og én av ti som svarer at de utelukkende har hatt sex med kvinner at de forstår seg selv som heteroseksuelle (jamfør Bauer et al. 2010, se også Nield 2015). I NHANES (Xu et al. 2010) er tendensene de samme. 7 prosent av kvinnene

er KSK. Av disse svarte 50 prosent at de forsto seg selv som heteroseksuelle, 32 prosent svarte at de forsto seg selv som biseksuelle og 18 prosent at de forsto seg selv som lesbiske/homoseksuelle. Everett et al. (2013) og Lindley et al. (2013) viser på liknende vis, med utgangspunkt i data fra Add Health, en påfallende heterogenitet langs de samme dimensjonene blant KSK. Det er verdt å merke seg at en tilsvarende heterogenitet ikke er å finne hos kvinner og menn med seksuell majoritetsstatus dvs. kvinner og menn som svarer at de gjennom livet aldri har hatt sex med en person av det samme kjønn som dem selv. Derimot finner man den samme heterogeniteten og det manglende samsvaret mellom de ulike indikatorene blant MSM.

I 2009 oppsummerte ekspertteamet bak rapporten "Best Practices for Asking Questions about Sexual Orientation on Surveys" (Badgett & Goldberg 2009) erfaringene med å inkludere ulike mål/indikatorer på seksuell minoritetsstatus, som tar høyde for forskjellene beskrevet ovenfor, i amerikanske levekårsundersøkelser. Mange av anbefalingene fra denne rapporten står ved lag etter 10 års videre prøving og feiling. Ifølge Badgett & Goldberg (2009) ble indikatorer på seksuell minoritetsstatus for første gang inkludert i en amerikansk levekårsundersøkelse i 1986 (Minnesota Adolescent Health Survey), etterfulgt av Massachusetts and Seattle Youth Risk Behavior Surveys i 1995 og Add Health (Wave 1) i 1995. Det kan her legges til at engelske

Natsal (1990-) også var tidlig ute med å inkludere flere mål/indikatorer på seksuell minoritetsstatus i sine seksuelle helseundersøkelser og at også de amerikanske helse- og familieundersøkelser, som NHANES og NSFG, fulgte etter på 1990-tallet. Badgett & Goldberg (2009) viser til at: "The questions on these large-scale surveys have varied widely, however, and we have learned a great deal from the different survey experiences about the types of questions that have worked and where there have been problems" (op.cit: s 6). De konkluderer med at helse- og levekårsundersøkelser hvor ikke-heteroseksualitet er en relevant forklaringsfaktor, og det er det som regel alltid, bør det anvendes tre indikatorer på seksuell minoritetsstatus (seksuell attraksjon, seksuell atferd og seksuell identitet/selvforståelse). Badgett & Goldberg (2009) anbefaler at man benytter følgende definisjoner og spørsmålsformuleringer i undersøkelser som tar sikte på å måle de ulike dimensjonene som utgjør seksuell minoritetsstatus:

1. Seksuell attraksjon: "The sex or gender of individuals that someone feels attracted to... This dimension is important for young people and others who are not sexually active."

Anbefalt mål/indikator på selvrapportert seksuell attraksjon: "People are different in their sexual attraction to other people. Which best describes your feelings? Are you:

a) Only attracted to females? b) Mostly attracted to females? c) Equally attracted to

females and males? d) Mostly attracted to males? e) Only attracted to males? f) Not sure?”

2. Seksuell atferd: “The sex of sex partners (i.e. individuals of the same sex, different sex, or both sexes). Not all of those with same-sex attraction engage in sexual activity with partners of the same sex at all or only with partners of the same sex ... The behavioral dimension has been important for studies on sexual and other health topics... Further, the earliest sets of questions included in surveys used the behavioral dimension, and experience with these questions is quite extensive.”

Anbefalt mål/indikator selvrappoertert seksuell atferd: “In the past (time period e.g. year) who have you had sex with? a) Men only, b) Women only, c) Both men and women, d) I have not had sex.”

Alternativ(t) mål/indikator selvrappoertert seksuell atferd: “During the past (INSERT TIME INTERVAL), with how many different male partners have you had sex? a) None, b) One, c) Two, d) Three, e) Four, f) Five, g) 6 or more.”

“During the past (INSERT TIME INTERVAL), with how many different female partners have you had sex? a) None, b) One, c) Two, d) Three, e) Four, f) Five, g) 6 or more.”

3. Seksuell identitet/selvforståelse: “How one identifies one’s sexual orientation. While the

conventional responses (gay, lesbian, bisexual and straight/heterosexual) seem to work for the vast majority of people in Western cultural settings, there are a small number of people who prefer other labels (e.g. same-gender loving, queer). Self-identification varies over time for some individuals and is heavily influenced by sociocultural factors.”

Anbefalt mål/indikator selvrappoertert seksuell selvforståelse/identitet. “Do you consider yourself to be: a) Heterosexual or straight b) Gay or lesbian; or c) Bisexual? d)i Unsure “I am not sure yet,” “I am not sure what this question means.” d)ii Unsure grown ups: “don’t know” or “not sure.””

Stiftelsen Helseutvalget
Gay and Lesbian Health Norway

Adresse	Skippergata 23, 0154 Oslo
E-post	post@helseutvalget.no
Telefon	+47 23 35 72 00
Nettside	helseutvalget.no

Utgitt av Stiftelsen Helseutvalget med økonomisk støtte fra
Oslo kommune, Helsevernetaten.
Oslo, oktober 2017