

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

Bera Ulstein Moseng



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

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

5	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
61	Avslutning
62	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 minoritetskvinnens 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 seksuelt overførbare infeksjoner (SOI) kan og blir overført ved sex mellom kvinner, men spesielt sårbare er KSK som har eller har hatt sex med menn.

Kvinner som identifiserer seg som lesbiske eller homofile og som kun har sex med kvinner, har på sin side liten risiko for å bli smittet av en SOI – på lik linje med heterofile kvinner som utelukkende har hatt sex med menn.

Denne kunnskapsrapporten viser, ikke overraskende, at biseksuelle identifiserte kvinner og kvinner som har sex med både kvinner og menn 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, Malterud og Anderssen 2014), men fremfor alt underbygges antakelsen av data fra utenlandske representative helseundersøkelser hvorav noen inkluderer biologisk arm, dvs. at respondentene ikke selvrappporter, men blir testet for SOI som en del av undersøkelsen (Goldberg et al. 2016, Goodenow et al. 2008, Majola & Everett 2012, Marrazzo & 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 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 risiko-sex 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 orientering i sine spørreskjemaer. Da de samme undersøkelsene inkluderer mål på respondentenes selvrapporte kjønn gir disse databasene grunnlag for å besvare interessante problemstillinger om seksuelle helseforhold blant KSK.

Foreliggende amerikanske og britiske forskningsdata viser at deler av KSK-populasjonen, 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 samleie, stort antall sexpartnere, sex med MSM). De samme forskningsdataene angir en over-

representasjon av ulike SOIer blant KSK, om enn ikke alltid på samme nivå som blant MSM. Vanlige SOIer blant KSK synes å være HPV-virus, herpes, bakteriell vaginose, men også klamydia og til dels gonoré og syfilis. Slike SOIer 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 nettoutvalg 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 og 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 sek-

suelle 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 og 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 og Gulløy 2010: 11). Med et brutto-utvalg på 10 000 og nettoutvalg på 6465 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 andre 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 rapporterer 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. Syv 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 ti 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" (Goldberg 2009: 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 selvrappo-
ert seksuell attraksjon*: "People are dif-
ferent 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 selvrapportert 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 selvrapportert 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 selvrapportert 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.""

KSK – Foreliggende kunnskap om seksualitet, risikoatferd og seksuell helse

Badgett & Goldbergs (2009) anbefalinger om å bruke alle de tre dimensjonene på seksuell orientering er nå blitt tatt i følge. Disse dimensjonene på seksuell orientering er nå en integrert del av levekår- og helseundersøkelser i USA og til dels i Storbritannia, noe som har generert betydelig kunnskap om seksuelle minoritetskvinner og deres seksuelle helse. Den følgende kunnskapsoversikten benytter seg av resultater fra representative longitudinale studier og tverrsnittsundersøkelser. Det er ikke anbefalt å bruke internettundersøkelser og andre undersøkelser med et ikke-representativt design som kilde for data om seksualitet, risikoatferd og SOLer blant KSK og MSM. Utvalgene i slike undersøkelser er generert ved selvseleksjon og rekrutterer skjevt og smalt – gjerne blant lesbisk/homofilt identifiserte KSK/MSM med mye risikoatferd. KSK/MSM som har sex med personer av det motsatte kjønn som dem selv, er tilsvarende underrepresentert. Underrepresentert er også sårbare grupper som ikke-homofilt identifiserte KSK/MSM og KSK/MSM med innvandrerbakgrunn. Britiske og amerikanske representative data (som NSFG, NHANES, Add Health og Natsal) er å foretrekke, da de rekrutterer bredere fra den heterogene pop-

ulasjonen KSK/MSM og bruker validerte mål på seksuell orientering, attraksjon og sexatferd. Dermed innhentes flere av de mange nyansene i seksuelle minoritetsmenneskers seksualliv (Prah et al. 2016, Moseng & Bjørnshagen 2017). I det følgende skal KSK og hvordan de fordeler seg på de ulike dimensjonene som utgjør seksuell orientering beskrives slik det fremkommer i følgende representative nasjonale levekårsundersøkelser: Natsal, NSFG, NHANES og Add Health. Avslutningsvis beskrives resultatene fra en norsk panelundersøkelse samt funn fra diverse klinikkundersøkelser i Norge og utlandet.

The British National Surveys of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal: 1990–)

Den britiske Natsal-undersøkelsen er blant de første tverrsnittsundersøkelsene som inkluderer mål/indikatorer på seksuell minoritetsstatus. Per i dag er Natsal gjennomført tre ganger: Natsal 1 (1990–1991), Natsal 2 (1999–2001) og Natsal 3 (2010–2012). Prosjektgruppen bak Natsal er et tverrfaglig team ved University College of London (UCL), the London School of Hygiene & Tropical Medicine (LSHTM) og NatCen Social Research. En annen viktig bidragsyter, både når det gjelder utarbeidelse av mål på SOler og den biologiske armen i undersøkelsen er Public Health England. Med en fartstid på over 30 år er Natsal en viktig premissleverandør når det gjelder utforming, testing og utvikling av mål og undersøkelsesdesign.

I Natsal 1 (1990–1991) er andelen kvinner og menn som svarer at de har følt noen form for seksuell tiltrekning til personer av samme kjønn som dem selv (henholdsvis 5.5 prosent blant menn og 4.5 prosent blant kvinner) nærmere

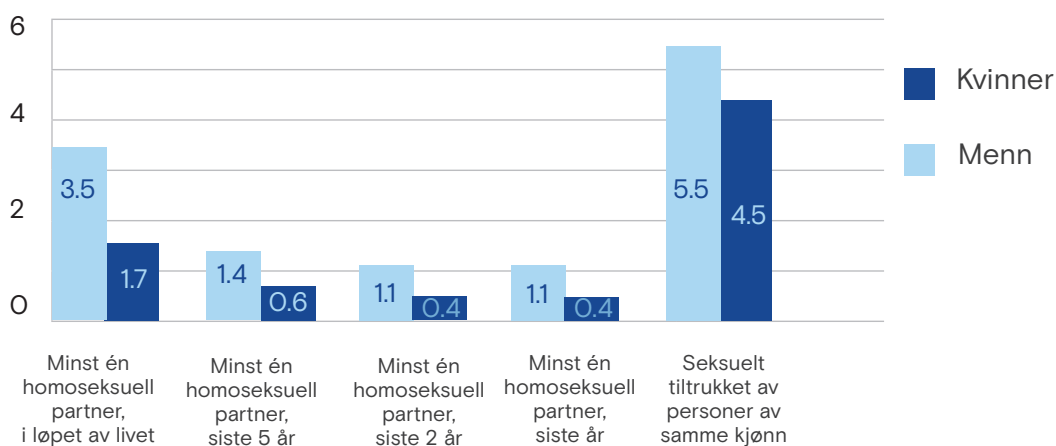
dobbelt så stor som andelen som svarer at de har hatt sex med en person av samme kjønn som dem selv (Wellings et al. 1994). Videre fremgår det at det er flere menn (3.5%) enn kvinner (1.7%) som svarer at de noen gang har hatt sex med en person av samme kjønn som dem selv. Dessuten er det en tydelig tendens i Natsal 1 at for de aller fleste kvinnene (dette gjelder også menn) som svarer at de har hatt sex med en person av samme kjønn som dem selv, handler dette ofte om en engangshendelse som fant sted for mer enn fem år tilbake i tid. Natsal 1 (1990–1991) dokumenterer at, som blant MSM, er majoriteten KSK heteroseksuelt aktive¹:

“Exclusively homosexual behaviour appears to be rare... 58.4% of men who have had a male sexual partner in the last 5 years have also had a female sexual partner, and the figures for the last 2 years and last year are 42.0% and 29.9% respectively. Among women reporting having had female partners, the proportions reporting also having male partners is even higher: 75.8% in the past 5 years, 53.6% in the last 2 years and 44.6% in the last year” (Wellings et al. 1994: 210–211).

Et resultat som peker i samme retning er svarfordelingen når det gjelder antallet sexpartnere i løpet av livet blant respektive homoseksuelt og heteroseksuelt erfarne kvinner og menn. Majoriteten av homoseksuelt erfarne

¹ Blant heteroseksuelle kvinner og menn ser man den motsatte tendensen, det tilhørte sjeldenhetene at de hadde sex med personer av samme kjønn.

Tabell 1. Homoseksuell attraksjon og atferd i den britiske befolkningen. Prosent. Natsal 1 (Wellings et al. 1994: 187).



kvinner og menn svarer at de kun har hatt én sexpartner av samme kjønn som dem selv (67.4 prosent blant kvinner og 50.4 prosent blant menn). Denne tendensen holder seg når man betrakter homosesuelle erfaringer nærmere i tid:

“... looking at the more recent time period of 5 years, 61.8% of men and 64.1% of women who ever had genital contact with someone of the same gender had no [homosexual] partner in the last 5 years. In contrast, 2.3% of men and 3.6% of women had no heterosexual partner in the last year” (Wellings et al. 1994: 214-215).

Seksuell attraksjon, seksuell atferd og seksuell identitet/selvforståelse er ikke identiske størrelser, og en metodisk styrke ved Natsal er at man testet seg frem til validerte mål for alle de tre dimensjonene ved seksuell orientering. Natsal 1 (1990-1991) er en av de aller første undersøkelsene som studerer seksuell

atferd og seksuell helse med utgangspunkt i et sannsynlighetsutvalg. Styrken til denne typen representative design er at det rekrutterer bredt fra den heterogene seksuelle minoritetsgruppen KSK (og MSM) og særlig grupper som synes å være betydelig underrepresentert i ikke-representative undersøkelsesdesign som heterofilt identifiserte KSK og andre KSK som også har sex med menn. De fleste KSK i dette utvalget identifiserer seg ikke som lesbiske/homofile eller bifile og er ikke åpne om at de forelsker seg og/eller har sex med personer av samme kjønn som dem selv.

Natsal 2 ble gjennomført i tidsrommet fra 1999-2001. I denne utgaven av Natsal foregikk datainnsamlingen fremdeles ved at respondentene ble intervjuet ansikt til ansikt, men denne gangen ble respondentene også intervjuet ved hjelp av såkalt datamaskinassistert selvintervjuing (“computer assisted self-

interviewing”, CASI/ACASI)² om temaer som oppleves som sensitive. Metoden er designet for å eliminere den menneskelige faktoren og tendensen til å underrapportere eller feilrapportere atferd og hendelser som blir vurdert som illegitim eller uønsket i samfunnet, såkalt “social desirability bias”. Spørsmål om illegale rusmidler eller kjærlighet og seksuelle forhold mellom to personer av det samme kjønn er et eksempel på temaer som blir besvart mer korrekt ved datamaskinassistert selvintervjuing. I Natsals CASI-seksjon (fra og med Natsal 2) ble alle de kvinnelige respondentene, ved siden av å angi seksuell attraksjon og seksuell identitet/selvforståelse, bedt om å besvare følgende spørsmål om sine seksuelle erfaringer:

“Have you ever had ANY kind of sexual experience or sexual contact with a female? Please say ‘yes’ here, even if it was a long time ago or did not involve contact with the genital area or vagina. This can include kissing or cuddling, not necessarily leading to genital contact.” Women were then asked the following about same-sex genital contact: “Have you had sex with a woman involving genital/vaginal contact? (That is, oral sex or any other contact involving the genital area.)” The computerassisted self-interview also asked about sexual practices with women and men, number of partners, sex

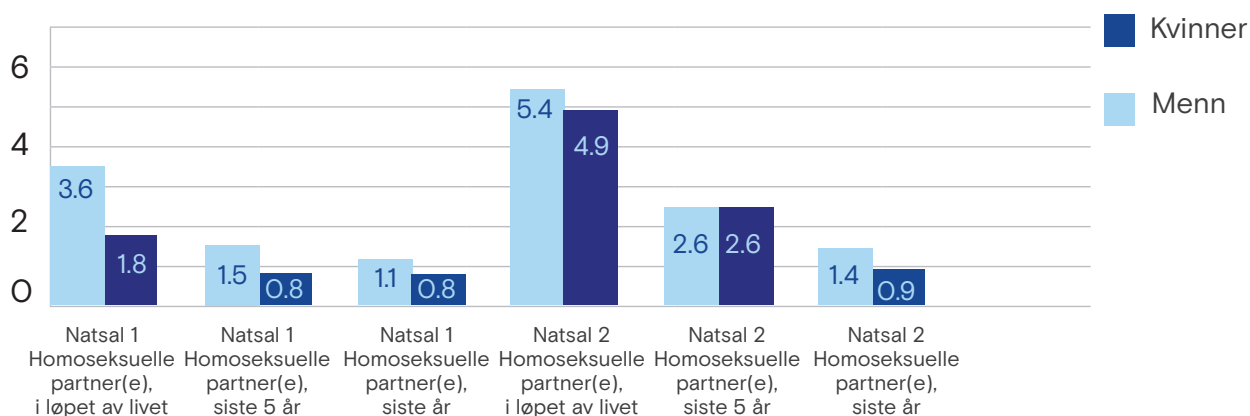
2 CASI ble innført i Natsal 2 (1999–2001), før datamaskinenes tid ble det i stedet for CASI brukt et forklarende hefte ved innsamling av data.

ually transmitted infection clinic attendance, STI diagnosis, HIV testing, abortion, and IDU” (Mercer et al. 2007: 1126–1127).

Sammenliknet med tverrsnittsundersøkelsen Natsal 1 (Wellings et al. 1994) fremgår det av Natsal 2 (Johnson et al. 2001) at det er signifikante forskjeller i resultatene når det gjelder rapportert sexatferd, særlig blant kvinnene. Uansett hvilket mål man bruker på seksuell orientering, skårer de kvinnelige respondentene nå tilnærmet likt med de mannlige. Sammenliknet med datasettet fra Natsal 1 (1990–1991) er det en større andel kvinner og menn i Natsal 2 (1999–2001) som svarer at de har hatt sex med en person av det samme kjønn som dem selv i løpet av livet, de siste fem årene og det siste året.

I Natsal 2 svarte om lag ti prosent av kvinnene at de noen gang hadde følt seg seksuelt tiltrukket av kvinner. Av tabell 2 fremgår det at langt de færreste som svarte at de noen gang hadde følte seg tiltrukket av en kvinne hadde hatt sex med en kvinne. Likevel har andelen britiske kvinner som rapporterer å ha hatt én kvinnelig sexpartner i løpet av livet økt i de ti årene som har gått siden Natsal 1 (1990–1991) ble gjennomført, fra 1.8 prosent til 4.9 prosent. Videre har andelen som rapporterer å ha hatt minst én kvinnelig sexpartner de siste fem årene økt fra 0.8 prosent til 2.6 prosent og andelen som rapporterer å ha hatt minst én kvinnelig sexpartner det siste året har økt fra 0.4 prosent til 0.9 prosent (Johnson et

Tabell 2. Homoseksuell atferd i den britiske befolkningen. Prosent. Natsal 1 og Natsal 2 (Johnson et al 2001).



al. 2001, Mercer et al. 2007). Det er verdt å merke seg at den “homoseksuelle debuten” blant KSK i gjennomsnitt finner sted senere enn den gjennomsnittlige heteroseksuelle debuten, og at denne beskrivende statistikken ikke tar høyde for den kumulative økningen i homoseksuelle erfaringer blant unge kvinner som frem til nå kun har hatt sex med menn.

Utvalgene i Natsal 1 og Natsal 2 er sannsynlighetsutvalg, hvilket innebærer at de er satt sammen på en måte slik at de best mulig skal gjenspeile befolkningen i Storbritannia. Endringene, dvs. økningen i andelen rapporterte homoseksuelle erfaringer, og da særlig blant kvinnene, er derfor neppe et resultat av ulikheter i hvorledes utvalgene ble generert. En sannsynlig forklaring på hvorfor andelene som svarer at de har hatt sex med personer av samme kjønn øker fra Natsal 1 til Natsal 2, kan skyldes liberaliseringen i den britiske befolkningens holdninger til homoseksu-

alitet. Flere enn før tør å leve ut sin attraksjon til personer av det samme kjønn som dem selv – og det gjelder særlig blant kvinnene. En annen forklaring kan være at det også har funnet sted en holdningsendring blant KSK og MSM. Det er ikke nødvendigvis slik at flere mennesker har sex med personer av samme kjønn som dem selv enn tidligere. Snarere kan endringen mellom 1990 og 2000 handle om at flere mennesker enn tidligere våger å rapportere at de har eller har hatt seksuell erfaring med person(er) av samme kjønn som dem selv. En tredje forklaring kan være at innføringen av CASI gjør det enklere for kvinner og menn å rapportere om atferd av en intim art som de opplever er uønsket i samfunnet. CASI-metoden gjør at intervju-situasjonen blir opplevd som anonym og diskret, noe som inviterer til mer ærlige svar fra respondentene. Sammenlignbare tverrsnittstudier og longitudinelle undersøkelser indikerer i så måte at kvinner er mer blufere-

dige enn menn når det gjelder åpenhet om et kjærlighets- og/eller seksualliv som ikke er fullstendig heteroseksuelt. Altså er det kanskje ikke atferden i seg selv som har endret seg, men snarere at KSK våger å være mer åpne om homoseksuelle erfaringer enn tidligere.

En svakhet ved studien som kan ha innflytelse på resultatene, er størrelsen på netto-utvalget (N kvinner=6399). Utvalget i Natsal 2 er relativt stort, men andelen kvinner som svarer at de ikke lever fullstendig heteroseksuelt er liten (N=160), noe som gjør at det er knyttet en viss statistisk usikkerhet til resultatene. Særlig gjelder dette undergruppen kvinner som svarte at de utelukkende har hatt sex med personer av samme kjønn som dem selv, hvor en prevalens på kun 21 kvinner gjør at det er knyttet betydelig usikkerhet til resultatene når det gjelder forekomst av SOler og risikoatferd i denne gruppen. At det er så få kvinner som rapporterer at de ikke lever fullstendig heteroseksuelt har muligens også ligget til grunn for hvordan skillet mellom KSK og KSK som også har sex med menn er definert. Mercer et al. (2007) definerer KSK som kvinner som svarer at de utelukkende har hatt kvinnelige sexpartnere de siste fem årene. Nærmere to av ti KSK svarer at de har hatt én mannlig sexpartner i løpet av livet. I andre undersøkelser med et større nettoutvalg ville disse vært definert som KSK som også har sex med menn. Mercer et al. (2007) beskriver, som Johnson et al. (2001), KSK og deres sexvaner, med utgangspunkt i datasettet fra Natsal 2. Inn-

ledningsvis i artikkelen vises det til tidligere studier fra Australia (Fethers et al. 2000) og fra USA (Marrazzo et al. 2001) hvor data-materiale fra klinikker som diagnostiserer og behandler seksuelt overførbare infeksjoner, viser at KSK er den gruppen pasienter som rapporterer om mest seksuell risikoatferd og det med mannlige sexpartnere. Dette er i strid med antakelsen om at KSK er en lavrisikogruppe når det gjelder seksuelt overførbare infeksjoner (Mercer et al. 2007: 1126).

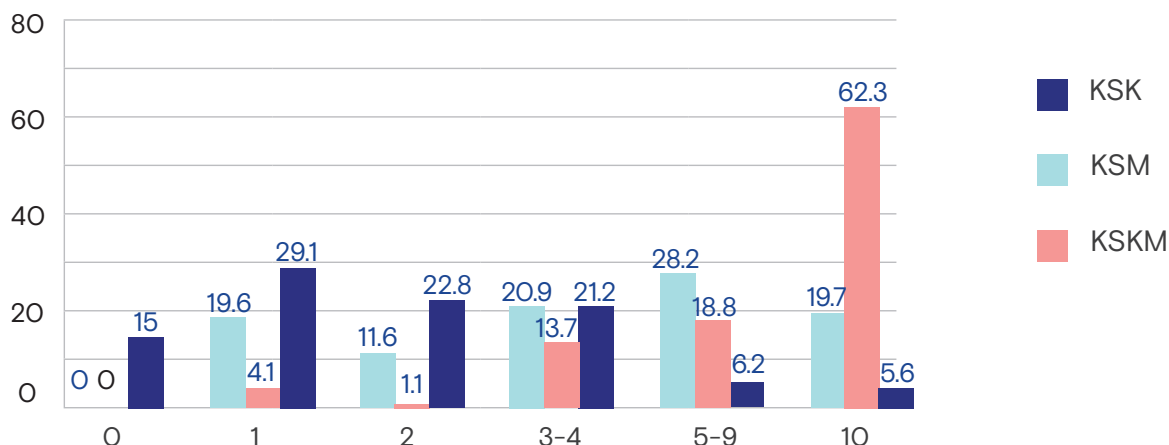
Mercer et al. (2007) bruker heteroseksuell og homoseksuell atferd som indikator på seksuell orientering og fordeler respondentene i henholdsvis tre grupperinger: "kvinner som utelukkende har hatt sex med menn" (KSM), "kvinner som har hatt sex med menn og kvinner" (KSKM) og "kvinner som utelukkende har hatt sex med kvinner" (KSK). Som mål på risikoatferd brukes antall mannlige sexpartnere, usikker sex (målt ved minst to mannlige sexpartnere de siste fire ukene og uregelmessig kondombruk), injiserende bruk av rusmidler, at siste sexpartner var en ikke-fast sexpartner og at sex med siste sexpartner skjedde innen 24 timer etter at man ble kjent. Av et utvalg bestående av 6399 kvinner i aldersgruppen 16 til 44 år svarte én av tyve respondenter (4.9%) at de hadde hatt en kvinnelig sexpartner i løpet av livet og 2.8 prosent (N=178) svarte at de hadde hatt én kvinnelig sexpartner de siste fem årene. Medianverdien for homoseksuell debutalder blant KSK var på 22 år og dobbelt så mange KSK enn kvinner som svarte at de utelukkende

hadde hatt sex med menn, svarte at de hadde debutert heteroseksuelt før fylte 16 år.

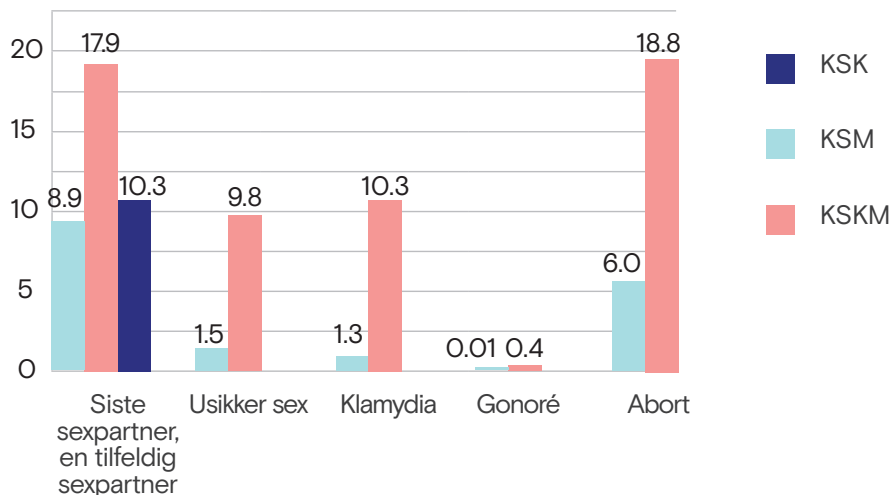
De aller fleste av kvinnene som svarte at de hadde hatt sex med kvinner, nærmere ni av ti (85%), svarte at de også hadde hatt sex med menn. Sammenliknet med kvinner som svarte at de utelukkende hadde hatt sex med menn rapporterte kvinner som har hatt sex med både menn og kvinner om langt flere mannlige sexpartnere. Den heteroseksuelle aktiviteten representerer ikke et tilbakelagt stadium. Disse sammenhengene var signifikante være seg om tidsintervallet som ble benyttet var i løpet av livet, de siste fem årene eller det siste året. Nedenfor angis antall rapporterte mannlige sexpartnere i løpet av livet blant kvinner som utelukkende har hatt sex med

menn, kvinner som har hatt sex med kvinner og menn og kvinner som i senere tid utelukkende har hatt sex med kvinner. Et viktig funn er at blant kvinner som har sex med både kvinner og menn er andelen som svarte at de har hatt ti eller flere mannlige sexpartnere i løpet av livet tre ganger større enn blant kvinner som utelukkende har hatt sex med menn:

Tabell 3. Antall mannlige sexpartnere (i løpet av livet) blant KSK, KSM og KSKM i den britiske befolkningen. Prosent. Natsal 2 (Mercer et al. 2007).



Tabell 4. Risikofaktorer (siste sexpartner, en tilfeldig partner og usikker sex), klamydia og gonoré og abort etter mål på seksuell orientering. Prosent. Natsal 2 (Mercer et al. 2007).



Et stort antall mannlige sexpartnere brukes som mål på usikker sex. Andre validerte mål på usikker sex er sex med tilfeldige partnere, uregelmessig kondombruk, samt mulige konsekvenser av usikker sex, som det å bli smittet med seksuelt overførbare infeksjoner eller å bli ufrivillig gravid. Av tabell 4 fremgår det at sammenliknet med kvinner som utelukkende hadde hatt sex med menn, rapporterte flere kvinner som har hatt sex med både kvinner og menn at deres siste sexpartner var en tilfeldig partner den siste gangen de hadde sex, at de ikke hadde brukt kondom regelmessig med minst to sexpartnere de siste fire ukene, flere diagnoser på seksuelt overførbare infeksjoner (klamydia, gonoré, herpes, kjønnsvorter) og abort.

Det fremgår videre av tabellen ovenfor at blant kvinner som utelukkende har sex med kvinner er det ingen som rapporterer om at de har hatt en SOI som syfilis, klamydia og gonoré. Usikker sex i betydningen uregel-

messig kondombruk med minst to mannlige sexpartnere de siste fire ukene var ikke et svaralternativ for kvinner som svarte at de utelukkende hadde sex med kvinner. Det faktum at ingen kvinner som svarer at de utelukkende har hatt sex med kvinner svarer at de har fått diagnostisert en SOI, kan forstås som en indikasjon på at forekomsten av SOI i denne gruppen er liten og/eller at SOI vanskelig overføres ved sex mellom kvinner. Det knytter seg likevel stor usikkerhet til disse funnene da gruppen KSK er på mindre enn 50 respondenter (N=31, 21 vektet). Selv om den er mindre, er det også knyttet noe usikkerhet til resultatene når det gjelder kvinner som har sex med både menn og kvinner da antallet respondenter kun var på 178 kvinner. Det kan legges til at i den beskrivende analysen er det kun brukt ett mål på seksuell orientering (atferd), noe annet var umulig med så få respondenter. I dette Natsal-utvalget var det derfor ikke mulig å beskrive risikoatferd og SOI etter

sexatferd og seksuell identitet/selvforståelse og på denne måten si noe om hvorvidt det er heterofile kvinner som har sex med kvinner eller biseksuelt identifiserte kvinner som er mest sårbare for SOI. I diskusjonen oppsummerer Mercer et al. (2007) resultatene slik:

“Data from this large national probability sample show that women who reported sex with women and men were significantly more likely to report adverse sexual, reproductive, and general health risk behaviors and outcomes than were women who reported sex exclusively with men. Among all WSW, few female partners were reported on average, but the majority reported male partners. The women who reported sex with women and men reported significantly larger average numbers of male partners than women who reported sex exclusively with men and were significantly more likely to report HIV risk behaviors including IDU, unsafe sex, describing their most recent partner as “not regular,” and reporting first sexual intercourse with this partner within 24 hours of meeting” (Mercer et al. 2007: 1130).

Datainnsamlingen til Natsal 3 ble gjennomført i perioden 2010–2012. En nyvinning i Natsal 3 er at forekomsten av SOI ikke lenger måles ved selvrapporterte diagnoser, men direkte via en biologisk arm i form av spytt-, blod- og urinprøver. Det er per i dag (september 2017) ikke blitt publisert, med utgangspunkt i Natsal 3, noen vitenskapelige artikler hvor KSK er en del av problemstillingen.

Derimot er det publisert data om forekomst av risikosex, bruk av rusmidler, forekomst av mycoplasma genitalium og seksuelle overgrep blant britiske kvinner, hvor det er blitt kontrollert for seksuell orientering eller sex med personer av samme kjønn som seg selv.

Edelmann et al. (2017) gir en beskrivelse av ulike statistiske sammenhenger mellom risikosex og psykososiale forhold og sosiodemografiske bakgrunnsvariabler. Som indikatorer på risikosex og SOI ble det valgt validerte mål som ble rapportert av mer enn ti prosent av utvalget (N≥500), som to eller flere sexpartnere det siste året, sex uten kondom med to eller flere sexpartnere og sex uten kondom ved det første samleiet med sin siste sexpartner. I Natsal 3 ble det ikke dokumentert signifikante forskjeller i seksuell risikoatferd mellom heteroseksuelt identifiserte og ikke-heteroseksuelt identifiserte kvinner. Denne mangelen på forskjeller kan være reell, men den kan også være et resultat av størrelsen på nettoutvalget og at man valgte å bruke dimensjonen seksuell identitet/selvforståelse som indikator på seksuell orientering i stedet for indikatoren sex med personer av samme kjønn som seg selv (den foretrukne kombinerte bruken av atferd og identitet som mål på seksuell orientering var antakeligvis ikke mulig å bruke da utvalget var for lite):

“Sexual identity was not found to be associated with sexual risk in our analysis. This may reflect one or more of the following: insufficient power to detect a significant association, a focus on heterosexual risk behaviour in defining the population of interest, or use of a sexual orientation measure based on identity rather than behaviour. However, on this latter point, two population surveys³ using non-behavioural measures of sexual identity have shown differences in partner numbers among adolescent women” (Edelmann et al. 2017: 7).

Paquette et al. (2017) utforsker hypotesen om hvorvidt det er en sammenheng mellom bruken av illegale rusmidler (alene eller i tillegg til cannabis) og usikker sex og seksuell helse blant britiske kvinner og menn med utgangspunkt i data fra Natsal 3. Som indikator på bruk av illegale rusmidler, det siste året, ble det anvendt en liste på ti rusmidler. Dimensjonene på seksuell helse ble målt som *“attendance at a sexual health (GUM) clinic; diagnosis with STI(s) (chlamydia, gonorrhoea, genital warts, trichomonas vaginalis, syphilis, Non Specific Urethritis/ Non Gonococcal Urethritis (men only), herpes); being tested for HIV; being tested for chlamydia; and, for women, unplanned pregnancy”* (Paquette et al. 2017: 3). Som mål på seksuell orientering ble kun seksuell identitet/selvforståelse brukt. Den deskriptive statistiske analysen gir støtte for hypotesen om at det er sammenhenger

3 Tornello et al. (2014) og Everett et al. (2013).

mellom bruk av illegale rusmidler, risikoferd og seksuell helse. Når det kontrolleres for seksuell orientering fremstår biseksuelle kvinner som en særlig sårbar gruppe i sammenheng med bruk av illegale rusmidler, men også når det gjelder seksuell helse og risikosex:

“Much research has examined drug use in MSM, although much has focused on ‘chemsex’, and there is increasing recognition of the syndemic nature of MSMs health, of which drug use is only one component. There is less research into WSW, who we also found to be more likely to report use of drugs, other than or in addition to, cannabis, particularly those self-identifying as bisexual. Bisexual women are also more likely to report sexual risk behaviour” (Paquette et al. 2017: 7).

Sonnenberg et al. (2015) har som problemstilling forekomsten av mycoplasma genitalium i Storbritannia. Det vises til at det råder uenighet om hvorvidt mycoplasma genitalium er en seksuelt overførbart infeksjon, men at forskningslitteraturen gir en økende støtte til hypotesen om at så er tilfelle. Som et ledd i Natsal 3 ble det samlet inn urinprøver fra 4507 kvinnelige og mannlige respondenter som hadde svart ja på at de hadde debutert seksuelt. I 1.2 prosent av urinprøvene til de mannlige og 1.3 prosent av urinprøvene til de kvinnelige deltakerne ble det påvist mycoplasma genitalium. Det ble ikke påvist signifikante forskjeller mellom heterofile og homofile/bifile menn, men blant lesbiske/bifile kvinner var

forskjellene større, selv om sammenhengene heller ikke for kvinnenes del var signifikante:

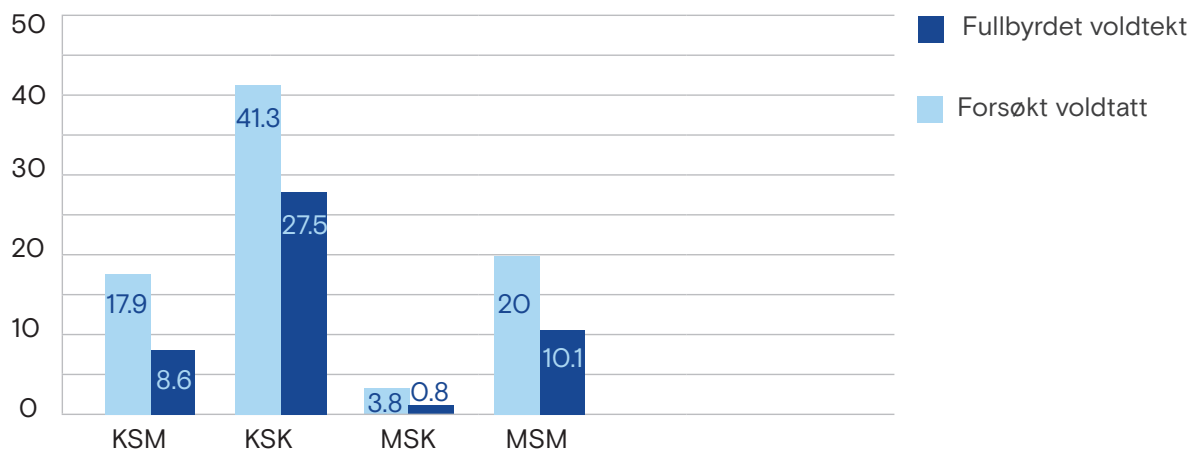
“Differences in the provision of a urine sample were small. In general, those who were younger, who reported same-sex experience and higher-risk behaviours, such as more unprotected partners, were more likely to provide a urine sample... Women, but not men, reporting ever having same-sex experience were more likely to test MG-positive (OR 2.80; 1.09–7.22), and this association remained after adjusting for age, IMD and number of partners, albeit not statistically significantly (AOR 2.10; 0.72–6.07)... The high ORs suggest that MG may be associated with same-sex experience in women, but not men, although confidence intervals are wide. All of the women reporting same-sex experience reported also having had sex with men, however one had only had sex with women in the past 5 years. The one man with MG reported having sex exclusively with men for the past 5 years. The association between same-sex sexual practices and MG may be better studied in specific populations, such as clinic attendees, than in national surveys” (Sonnenberg et al. 2015: 9).

En siste vitenskapelig artikkel som tar utgangspunkt i Natsal 3 og hvor det kontrolleres for sexatferd og seksuell identitet/selvforståelse er “Lifetime prevalence, associated factors, and circumstances of non-volitional sex in women and men in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles

(Natsal-3)” (Macdowall et al. 2013)⁴. Her blir seksuelle overgrep målt ved to dimensjoner; “Attempted non-volitional sex” og “Completed non-volitional sex.” Den første dimensjonen ble operasjonalisert på følgende vis: “Has anyone tried to make you have sex with them, against your will?” Den neste dimensjonen ble operasjonalisert som: “Has anyone actually made you have sex with them, against your will?” Sammenliknet med kvinner som utelukkende hadde hatt sex med menn hadde kvinner som har hatt sex med kvinner minst én gang i livet større sannsynlighet for å ha vært utsatt både for “forsøk på overgrep” og “faktiske overgrep”. Av tabell 5 på neste side fremgår det at KSK er den mest sårbare gruppen når det gjelder seksuelle overgrep, også når de sammenliknes med menn som svarte at de utelukkende har hatt sex med kvinner og menn som svarte at de minst én gang har hatt sex med menn.

4 For sammenhenger mellom tidlig sexdebut og seksuelle overgrep, se Brown et al. (2015).

Tabell 5. Voldtekt og voldtektsforsøk. Etter kjønn og noen gang homoseksuelle erfaringer. Prosent. Natsal 3 (Macdowall et al. 2013).



The National Survey of Family Growth (NSFG: 1973–)

NSFG er en amerikansk representativ undersøkelse som blant annet samler inn data om ekteskap og skilsmisser, graviditet, infertilitet, bruk av prevensjonsmidler, usikker sex, seksuelt overførbare infeksjoner, og kvinner og menns helse. Menn ble først inkludert i studien i 2002. Som i Natsal samles data inn ved personlige ansikt til ansikt-intervjuer – noe som gir bedre datakvalitet enn ved selvutfylte spørreskjemaer, og som i Natsal anvendes det i NSFG fra 2000-tallet av også CASI i seksjonene med sensitive spørsmål. NSFG inkluderer seksuell identitet/selv-

forståelse, seksuell attraksjon og seksuell atferd som mål/indikator på seksuell orientering.

Med utgangspunkt i data fra NSFG 2 (7643 kvinnelige respondenter) diskuterer Tao (2008) metodiske utfordringer som hefter ved valg av indikatorer på hvorvidt respondentene skal tilskrives en heteroseksuell eller en ikke-heteroseksuell orientering⁵.

Hvordan indikatorer utformes og hvilke indikatorer som blir valgt har stor betydning

⁵ For sexvanedata NSFG (2006–2008), se Chandra et al. (2011). Sexvanedata fra NSFG (2011–2013), se Copen et al. (2016).

for størrelsen på gruppen som tilskrives en ikke-heteroseksuell orientering, men også for detaljene i hvordan den seksuelle minoritetsbefolkningen ser ut og i særdeleshet fordeling av risikoatferd og seksuell helse innad i populasjonen. Med utgangspunkt i tilgjengelige variabler i NSFG 2002 konstruerer Tao (2008) fire alternative mål på seksuell orientering: 1) På grunnlag av seksuell atferd de siste 12 måneder, 2) på grunnlag av seksuell identitet/selvforståelse, 3) på grunnlag av seksuell atferd de siste 12 måneder og seksuell identitet/selvforståelse⁶ og 4) på grunnlag av seksuell atferd de siste 12 måneder og seksuell identitet/selvforståelse⁷, målt på en annen måte enn i mål 3. Dernest beskriver Tao (2008) variasjoner i hvordan respondentene fordeler seg på verdiene for seksuell orientering etter hvilket av de fire målene som ble brukt. Tao (2008) gjør det tydelig hvor uforsvarlig det er å bruke én

6 “Women were classified as lesbians if they (1) selected being homosexual by sexual identity or (2) reported having had only female partners in the past 12 months and did not select being bisexual by sexual identity. Women were classified as bisexual if they (1) selected being bisexual by sexual identity or (2) reported having had male and female partners in the past 12 months and did not select being homosexual by sexual identity” (Tao 2008 : 1008).

7 “Women were classified as bisexual if they (1) reported having had male and female partners in the past 12 months or (2) selected being bisexual by sexual identity and did not report having had only female partners in the past 12 months. Women were classified as lesbians if they (1) reported having had only female partners in the past 12 months or (2) selected being homosexual by sexual identity and did not report having had male and female partners in the past 12 months” (Tao 2008 : 1008).

variabel som indikator på seksuell orientering ved kartlegging av helse og levekår blant den ikke-heteroseksuelle minoriteten i forhold til den heteroseksuelle majoritetsbefolkningen:

“For 2002, I estimated that 1.3% to 1.9% of US women aged 15 to 44 years were lesbians and that 3.1% to 4.8% were bisexual... Half (49.9%) of the women who had both male and female partners and 10.6% of the women who had only female partners in the past 12 months responded that they were heterosexual. Of the women classified by their sexual identity, 9.1% of the lesbians and 7.5% of the bisexual women reported having had no sexual partner in the past 12 months (including those who reported never having had sexual partners)” (Tao 2008: 1008).

At halvparten av de kvinnelige respondentene som hadde hatt sex med både menn og kvinner det siste året, definerte seg selv som heteroseksuelle, er et viktig funn som antyder en stor og strategisk undergruppe i den minoritetsseksuelle populasjonen. Denne betydelige populasjonen ville forsvinne hvis man, som det ofte gjøres, velger å bruke kun én indikator på seksuell orientering – enten seksuell identitet/selvforståelse (Anderssen og Malterud 2013, Malterud og Anderssen 2014) eller seksuell atferd (Mercer et al. 2007). Mercer et al. (2007) avdekker for eksempel at sammenliknet med kvinner som svarte at de utelukkende hadde hatt sex med

kvinner, rapporterte kvinner som hadde hatt sex med kvinner og menn om atskillig mer usikker sex og SOler. Men hvor mange av disse kvinnene som hadde sex med både menn og kvinner forsto seg selv som biseksuelle og hvor mange forsto seg selv som heterofile eller for den saks skyld lesbiske? Det er kunnskap som er avgjørende for prioriteringer og utformingen av det seksuelt helsefremmende arbeidet blant KSK.

Videre dokumenter Tao (2008) hvordan fordelingen av seksuelt overførbare infeksjoner mellom seksuelle minoritetskvinner og den heteroseksuelle kvinnebefolkningen, men også innad i den minoritetsseksuelle populasjonen, varierer med hvilket mål på seksuell orientering som blir valgt. Eksempelvis er andelen kvinner som har testet positivt på en bakteriell SOI nærmere tre ganger større når lesbisk seksuell orientering måles ved indikatorene "kun sex med kvinner" enn når målet som brukes er seksuell identitet/selvforståelse. Tabell 6 beskriver fordelingen av SOI (selvrapportert herpes, som er blitt diagnostisert av helsepersonell) etter de fire målene på seksuell orientering.

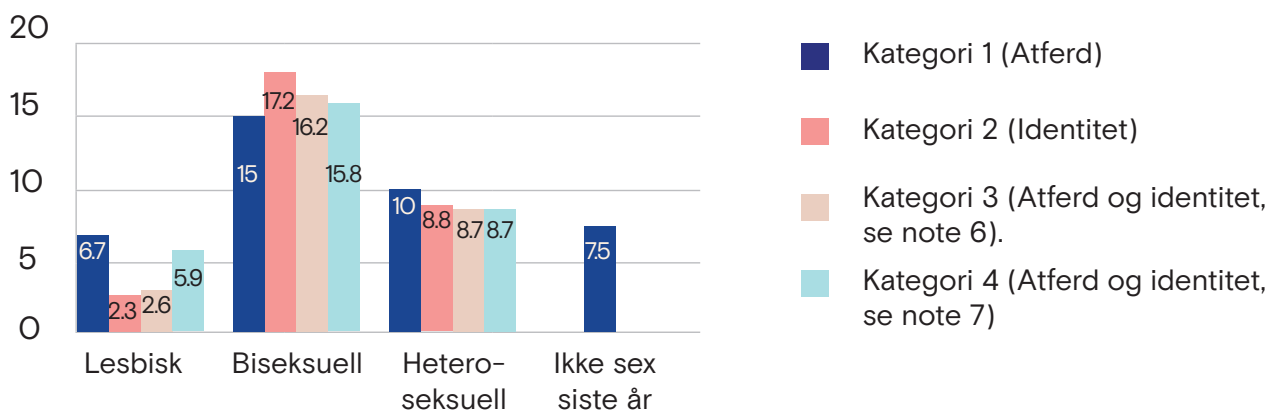
Taos (2008) artikkel er i mange henseender et nybrottsarbeid. Av særlig betydning er lærdommen om at en ved utformingen av undersøkelsesdesign må tenke seg grundig gjennom valget av mål/indikatorer på seksuell orientering. Regelen synes å være at jo flere velutprøvde mål på ulike dimensjoner av seksuell orientering som anvendes i

analysen, jo mer treffsikker blir beskrivelsen av det minoritetsseksuelle landskap. Andre tidlige eksempler på en sofistikert bruk av mål på seksuell minoritetsstatus er Michael et al. (1995), Cochran & Mays (2009) og Saewyck (2004).

Også med utgangspunkt i NSFG-data, har Bauer & Jairam (2008) i deres artikkel "Are Lesbians Really Women Who Have Sex with Women (WSW)? Methodological Concerns in Measuring Sexual Orientation in Health Research" som formål å rydde opp i den ureflekterte bruken av ulike mål og indikatorer i forskningen som omhandler seksuell minoritets-helse. Det handler dels om manglende kunnskap, om forskere som tror at det ikke betyr noe for resultatene hvordan et undersøkelsesdesign er utformet og hvilke valg av mål/indikatorer på seksuell orientering som blir brukt. En slik ureflektert bruk av mål på seksuell minoritetsstatus, eller sagt på en annen måte, en kunnskapsløs tro på at det ikke spiller noen rolle hvilke indikatorer som blir brukt, har negative konsekvenser for datakvalitet og resultater, noe som i sin tur gir feilslått helsefremmende arbeid:

"From a methodological standpoint, the assumed interchangeability of sexual orientation measures presents two concerns: (1) that if not comparable, the results obtained using one classification scheme may be errantly applied to another, resulting in inefficiency or mistargeting of health resources toward those with low need or away from those with high need; and (2) that assump-

Tabell 6. Seksuelt overførbare infeksjoner (genital herpes, selvrapportert) etter fire indikatorer på seksuell orientering. Prosent. NSFG 2 (Tao 2008).



tions of interchangeability will obscure etiologic clues as to the behavior- or identity/community-based contributions to promotion or prevention of health-related conditions or behaviors” (Bauer & Jairam 2008: 384).

I sin gjennomgang av forskningslitteraturen finner Bauer & Jairam (2008) ingen etablert praksis for hvordan seksuell minoritetsstatus hos kvinner blir målt. I 201 forskningsarbeider ble seksuell minoritetsstatus/seksuell orientering definert på 100 forskjellige måter. Det mest vanlige er å bruke av seksuell identitet/selvforståelse som mål på seksuell orientering (Anderssen og Malterud 2013, Hegna, Kristiansen og Moseng 1999). Dette til tross for at andre undersøkelser avdekker at flertallet kvinner som har sex med kvinner ikke forstår seg selv som lesbiske eller biseksuelle. Dvs. at det finnes langt flere kvinner som har sex med kvinner utover den andelen av dem som forstår seg selv som tilhørende en ikke-het-

eroseksuell minoritet. En god fornemmelse av hvordan den seksuelle minoritetsbefolkningen ser ut krever at man reflekterer over ulike kombinasjoner av atferd og selvforståelse. Bauer & Jairam (2008) gjør det enda mer komplisert: En god fornemmelse krever at man tar indikatorer, svaralternativene og tidsdimensjonen i nærmere øyesyn. Hvor klare er kategoriene, flyter de over i hverandre og hvilke handlinger er det som egentlig faller inn under kategorien “sex mellom kvinner”? Hvordan den seksuelle minoritetsbefolkningen ser ut, handler om hva som i en undersøkelse defineres som sex - og hva som defineres som sex er svært variabelt. Et godt kunnskapsgrunnlag om seksuelle minoritetskvinnens helse forutsetter representative utvalg, hvor personer med seksuell minoritetsstatus er godt representert, men handler også om hvilke mål/indikatorer på seksuell orientering som benyttes:

“Factors contributing to measurement variation included dimensions assessed, whether and how multiple dimensions were combined, identity response options, definitions of identities (sometimes conflated with behavior or attraction), whether responses were categorical or scaled definitions of what constituted “sex,” whether sexual contacts during sex work were excluded, time-frames for sexual behavior, and whether options such as “unsure” or “something else” were included” (Bauer & Jairam 2008: 385).

Bauer et al. (2010) spinner videre på de metodiske refleksjonene som er beskrevet ovenfor i artikkelen “Sexual Health, Risk Behaviors, and Substance Use in Heterosexual-Identified Women With Female Sex Partners: 2002 US National Survey of Family Growth”. Bauer et al. (2010) deler analyseutvalget inn i fem kategorier: Den første kategorien består av heterofilt identifiserte kvinner som har hatt sex med kvinner det siste året, den andre består av heterofilt identifiserte kvinner som noen gang i livet har hatt sex med minst én kvinne (men ikke det siste året), den tredje består av heterofilt identifiserte kvinner som svarer at de livet igjennom utelukkende har hatt sex med menn, den fjerde består av kvinner som forstår seg selv som lesbiske/homofile (kontrollert for et tredje mål på seksuell orientering, at de ikke føler seg seksuelt tiltrukket av menn og at de ikke har hatt sex med menn nylig, dvs. det siste året) og den femte består av bifilt identifiserte kvinner (som har hatt sex med kvinner og menn).

Av de kvinnelige respondentene (N=5801) i NSFG 2002 svarer 87.7 prosent (N=5086) av dem at de forstår seg selv som heteroseksuelle og at de i løpet av livet kun har hatt sex med menn. De resterende kvinnene i utvalget, 12.3 prosent (N=715), består av de kvinner som på ulike måter bryter med svaralternativene “heteroseksuell” og at de utelukkende har hatt sex med menn. Tabell 7 (s. 28) beskriver sammensetningen av kvinnene som tilhører gruppen av minoritetsseksuelle i NSFG 2002-utvalget, slik den er definert av Bauer et al. (2010).

Det fremgår av Bauer et al. (2010) at biseksuelle kvinner, i overensstemmelse med tidligere og etterfølgende representative undersøkelser, er overrepresentert på en rekke indikatorer for risikoatferd. Som indikator på seksuell risikoatferd brukes i denne undersøkelsen; tidlig seksuell debut, sex med biseksuelle mannlige sexpartnere (det siste året), analsex, et stort antall mannlige sexpartnere og sex med ikke-monogame mannlige sexpartnere (det siste året). Mer oppsiktsvekkende er det at en liknende overrepresentasjon av seksuell risikoatferd er å finne hos heteroseksuelle kvinner som har sex med kvinner, også blant de som ikke svarer at de har hatt sex med kvinner de siste tolv månedene⁸. Dette er et funn av betydning da

8 Dette er i samsvar med Cochran & Mays (2007), som finner at heteroseksuelt identifiserte kvinner som svarte at de hadde hatt sex med andre kvinner skilte seg ut, blant annet rapporterte de om langt flere helseplager enn alle andre grupperinger.

andelen heteroseksuelle KSK, i absolutte tall, er 2.5 ganger større enn andelen biseksuelle kvinner og utgjør 64.5 prosent av alle som tilhører kategorien seksuelle minoritetskvinner i denne undersøkelsen. At heteroseksuelle KSK peker seg ut som en særlig sårbar gruppe, er et funn som med et annet metodisk design ville ha passert under radaren, hvis man hadde valgt å bruke én i stedet for to indikatorer på seksuell orientering samt latt være å kontrollere for attraksjon og tid (en betingelse for at en respondent ble plassert i kategorien lesbisk, utover seksuell selvforståelse og atferd, var at kvinnen ikke oppga å være seksuelt tiltrukket av personer av det motsatte kjønn). Det er også av betydning for virkelighetsbeskrivelsen at heterofile kvinner som har sex med kvinner ble delt opp i to kategorier etter hvorvidt man hadde hatt sex med kvinner de tolv siste månedene eller ikke:

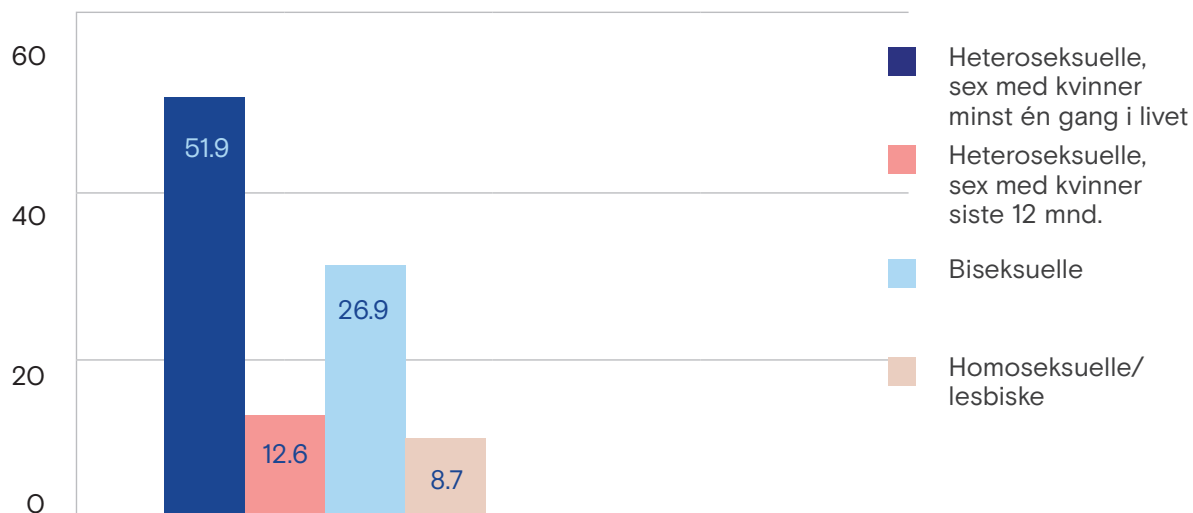
“Whereas sexual health results for heterosexual women with a past-year female sex partner were most similar to heterosexual women with a female partner in the more remote past and to bisexual women, there were distinct differences. They were significantly more likely than any other group to have had a nonmonogamous male partner (40%) and to have engaged in sex while high (69%) during the past year, both in bivariate and adjusted analyses. Moreover, their first vaginal intercourse occurred at a younger age (mean 15.1 year) than all groups other than bisexuals. Reflecting protective behavior appropriate to these risks, they were

also more likely than other groups, with the exception of heterosexual women with more remote female-female sexual behavior, to report having been tested for sexually transmitted infections during the past year. However, they were no more likely to report condom use at last vaginal sex” (Bauer et al. 2010: 553).

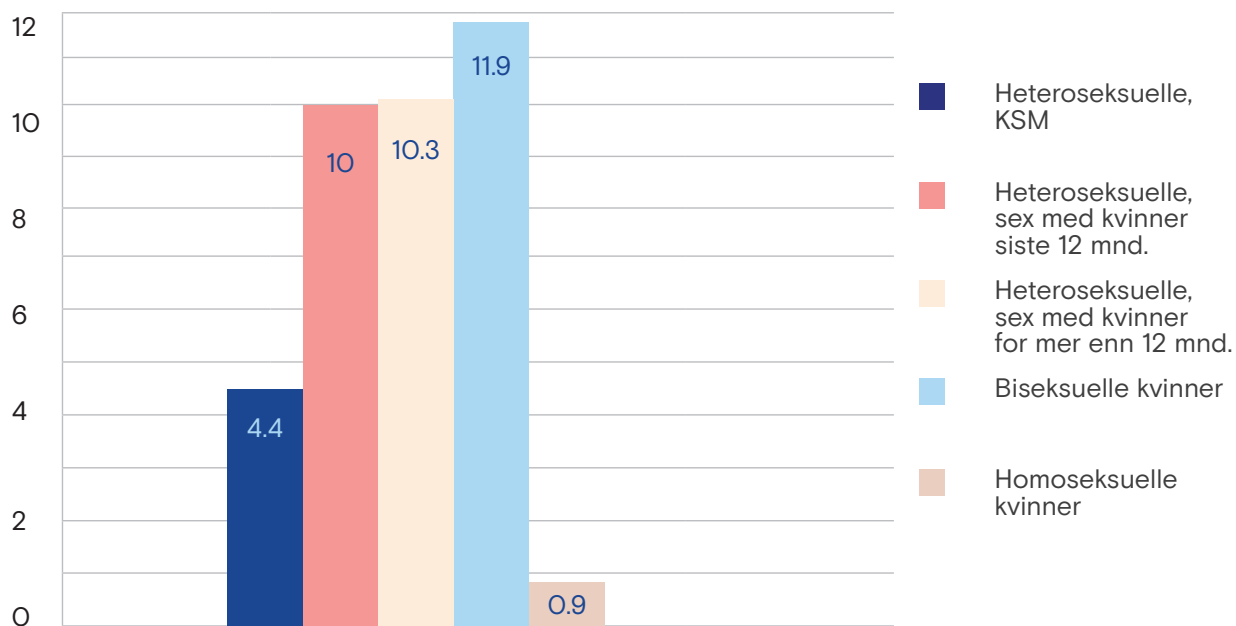
Et annet viktig funn som fremkommer av Bauer et al. (2010) er at når det kontrolleres for hvorvidt heterofile kvinner har hatt sex med kvinner eller ikke, rapporterer heteroseksuelle kvinner som utelukkende har hatt sex med menn om liknende sexatferd, om ikke på alle områder, som homoseksuelt identifiserte kvinner som kun har hatt sex med kvinner. Således svarer 4.4 prosent av heteroseksuelle kvinner som utelukkende har sex med menn at de har vært diagnostisert med en bakteriell SOI (herpes som indikator), mens 0.9 prosent blant lesbiske KSK svarte det samme. Av tabell 8 fremgår det at sammenliknet med heterofile kvinner som har sex med menn og lesbiske KSK, rapporterer en langt større andel biseksuelle og heteroseksuelle kvinner som har sex med kvinner at de har blitt diagnostisert med en bakteriell SOI.

Bauer et al. (2010) konkluderer med at resultater fra denne og liknende studier, som er innforstått med betydningen av å inkludere heteroseksuelle KSK i den minoritetsseksuelle populasjonen, er et bidrag som er egnet i det helsefremmende arbeidet blant kvinner som har sex med kvinner:

Tabell 7. Seksuelle minoritetskvinner etter seksuell selvforståelse og seksuell atferd. Prosent. NSFG 2002 (Bauer et al. 2010).



Tabell 8. Smittet av SOI etter seksuell identitet og atferd. Prosent. NSFG 2002. (Bauer et al. 2010).



“From this study, it appears that same-sex sexual behavior in heterosexual women—whether recent or remote—may serve as a marker for higher likelihood of recent and historical sexual risk with male partners and recent substance use. In clinical care and prevention settings this information may help identify women who should be screened for these issues, so that their education, prevention and health care needs can be appropriately met... Thus, population-based studies that classify sexual minority women exclusively on sexual behavior should not be used uncritically in making inference to lesbians, bisexuals, or other women with sexual minority identities, as the findings may be driven by the larger numbers of heterosexual-identified women... In our analysis, homosexual women had the lowest median number of lifetime male partners (med 1) and were no more likely to have high numbers of male partners than exclusively heterosexual women. Bisexual women had higher numbers of male partners (med 7), but heterosexually identified women with a recent or more remote female sex partner were significantly more likely than any other group to have high numbers of male partners” (Bauer et al. 2010: 536–537).

I artikkelen “Sexual Discordance and Sexual Partnering Among Heterosexual Women” tas det utgangspunkt i et nyere datasett fra NSFG (2006–2010). I denne artikkelen tar Nield et al. (2015) opp tråden fra Bauer et al. (2010) ved å se nærmere på risikosex og seksuelle

helseforhold blant heteroseksuelt identifiserte kvinner som har sex med kvinner. Analyseutvalget består av kvinner i aldersgruppen 15 til 44 år. Nield et al. (2015) beskriver utvalget av seksuelle minoritetskvinner ved å sammenlikne det med utvalget av seksuelle minoritetsmenn langs dimensjonene; seksuell identitet/selvforståelse og sex med personer av motsatt og det samme kjønn som en selv. En tendens i dette datamaterialet er at sammenliknet med menn er det mindre vanlig at kvinner forstår seg selv som homoseksuelle. En annen tendens er at sammenliknet med menn er det mer vanlig at kvinner har sex med personer av samme kjønn som seg selv. Dette er et mønster som fremkommer i andre NSFG-undersøkelser, men også i data fra NHANES:

“More men than women self-identify as homosexual or bisexual yet more women report same sex activity. Previous studies in the U.S. estimate that 2–4% of men and 1–2% of women self-identify as homosexual... Estimates of lifetime same-sex behavior among women range from 8 to 20% in the United States. In the most recent round of the U.S. National Survey of Family Growth (NSFG 2006–2010), some form of same-sex sexual behavior was reported by 12.0% of women aged 25–44 over their lifetime, twice the proportion reported among men in this age group... The trend existed among younger women too, with nearly 2.0% of boys and 10.0% of girls aged 15–17 years reporting any lifetime same-sex sexual behavior. The number of women reporting

either sexual minority identities or discordant sex behavior has increased” (Nield et al. 2015: 886).

I Nield et al. (2015) brukes to indikatorer på seksuell orientering: a) Respondentenes selvrapporterte seksuelle identitet/selvforståelse, b) respondentenes seksuelle atferd. Homoseksuell atferd ble målt som følger: *“1) whether they had had any sexual experience with a female partner in their lifetime, 2) the number of female partners over their lifetime, 3) whether they had had “any sexual experience” with a female partner in the past 12 months, and 4) the number of female partners over the past 12 months.”*

Med utgangspunkt i disse kriteriene ble utvalget på 8780 kvinner fordelt mellom de to kategoriene “Sexual Concordant Heterosexual” (97.8%, N=8590) og “Sexual Discordant Heterosexual” (2.2%, N=190). I grupperingen setter Nield et al. (2015) en grense ved tolv måneder for siste kvinnelige sexpartner, slik at heteroseksuelle kvinner som har hatt sex med kvinner for ett år siden eller mer, befinner seg i kategorien “Sexual Concordant Heterosexual”. Det er også verdt å merke seg at selvidentifiserende homoseksuelle og biseksuelle kvinner er filtrert bort. Analyseutvalgets sexatferd beskrives på følgende vis:

“The total number of lifetime opposite sex partners was greater among those reporting discordance (median: 8.4) than those reporting concordance (median: 3.8). Of het-

erosexual women reporting ever having a female partner (n = 744), most reported only one partner with slightly higher proportions of concordant (67.1%) than discordant women (49.5%). There was a greater percentage of discordant women reporting 2–4 lifetime partners versus those currently concordant (39.4 vs. 30.0%). Nearly one out of 10 discordant women reported five or more ever female partners as compared to less than 1% (0.3%) of concordant women. The majority of discordant women (51.7%) reported only one female partner in the previous year; about 10.0% reported either just two partners and the final 10.0% reported three or more female partners in the past year” (Nield et al. 2015: 888).

Av Nield et al. (2015) fremgår det signifikante forskjeller når det gjelder bruk av rusmidler, legale så vel som illegale, mellom gruppen av kvinner med sammenfallende heteroseksuell identitet og sexatferd siste tolv måneder og gruppen av kvinner hvis sexatferd ikke sammenfaller med deres heteroseksuelle identitet:

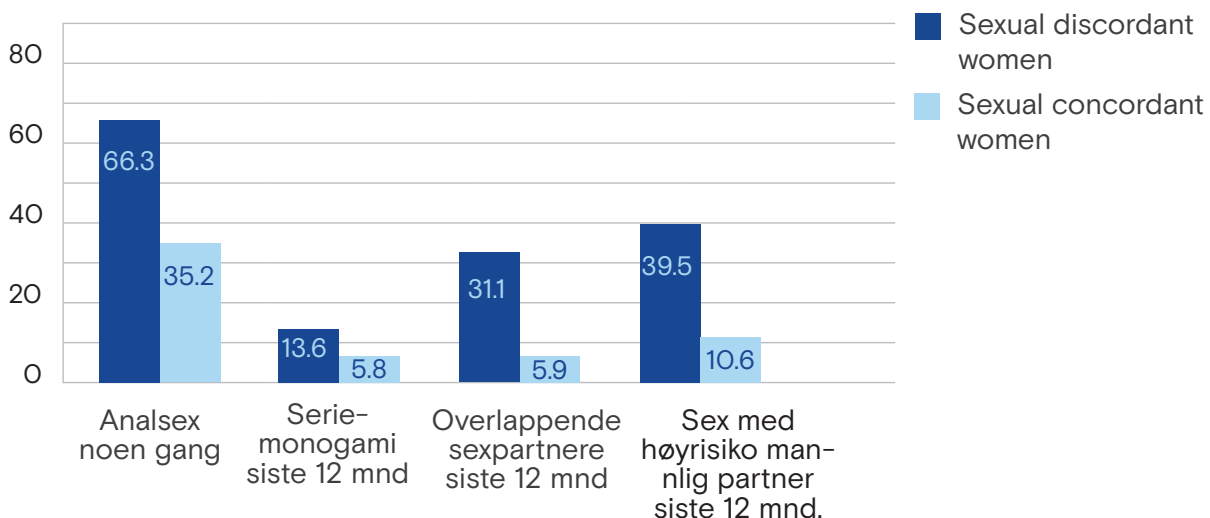
“Among concordant women, close to half reported binge drinking of alcohol in the past year (41.8%) and 15.8% reported any illicit drug use in the past year. Among discordant women, the proportions reporting these behavior were uniformly higher: 80.0% reported binge drinking of alcohol in the past year and 52.9% reported any illicit drug use in the past year” (Nield et al. 2015: 888).

I undersøkelsen er det også signifikante forskjeller kategoriene imellom når det gjelder indikatorer på risikoatferd for seksuelt overførbare infeksjoner. Av kvinnene i kategorien “Sexual Discordant Heterosexual” rapporterer 26.2 prosent at de har debutert seksuelt før fylte 15 år sammenliknet med 14.1 prosent blant kvinner som tilhører kategorien “Sexual Concordant Heterosexual”. Tabell 9 beskriver utvalgets fordeling på andre viktige kriterier for risikoatferd for SOI og hiv, slik som analsex med menn, seriemonogami, overlappende sexpartnere (det å ha sex med en person (person A), for så å ha sex med en annen person (person B), for så å ha sex med den første personen (person A) igjen), sex med “high risk male partner” (ikke-monogam, MSM, injiserende rusbruker eller hivpositiv). Alle forskjellene mellom de to gruppene er signifikante. Forskjellene som ikke er signifikante (uregelmessig kondombruk, ikke bruk av kondom ved siste

samleie, salg av sex) er utelatt fra tabellen.

Tornello et al. (2014), som tar utgangspunkt i det samme datasettet fra NSFG (2006–2010) som Nield et al. (2015), har som formål å beskrive seksuelle helseforhold blant unge biseksuelle, lesbiske og heteroseksuelle kvinner i aldersgruppen 15 til 20 år. Aldersspennet som anlegges er et annet enn i Nield et al. (2015), og det brukes også et annet mål på seksuell orientering, noe som kan være en årsak til at Tornello et al. (2014) gir en beskrivelse av seksuelle minoritetskvinner som er noe forskjellig fra den som fremkommer eksempelvis av Nield et al. (2015). Hvor Bauer et al. (2010) og Nield et al. (2015) i sin operasjonalisering av KSK er tydelig inspirert av tidligere studier som viser at heterofile KSK andelsmessig er en sårbar undergruppe av betydelig størrelse i KSK-populasjonen, synes Tornello et al. (2014) i sin operasjon-

Tabell 9. Risikoatferd blant “Sexual Discordant Heterosexual” og “Sexual Concordant Heterosexual”. Kvinner. Prosent. NSFG 2006–2010 (Nield et al. 2015)



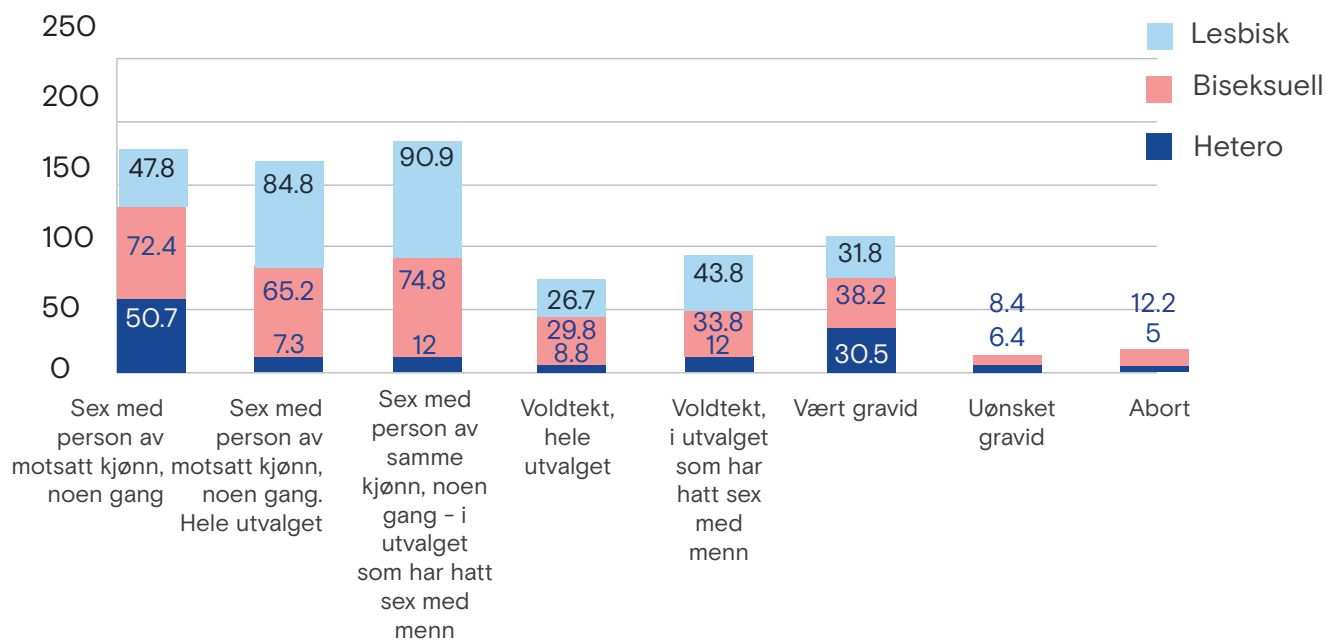
alisering av KSK å være inspirert av tidligere studier som på sin side viser at biseksuelle er den største og mest sårbare undergruppen KSK (det refereres innledningsvis i artikkelen til tidligere YRBS-studier, som ikke er nasjonale, men undersøkelser på delstatsnivå).

I tabell 10 beskrives sexatferd, riskosex, graviditet, uønsket graviditet og utsatthet for overgrep slik dette fremkommer når målet på seksuell identitet/selvforståelse ikke er korrigert for tid, seksuell atferd eller attraksjon. Dvs. at heteroseksuelle kvinner blir behandlet som én kategori og ikke tre forskjellige, som eksempelvis hos Bauer et al. (2010), etter hvorvidt de har hatt sex med kvinner eller ikke, og etter hvorvidt man har hatt sex med en person av det samme kjønn som en selv de siste tolv månedene eller før. Tabell 10 viser at sammenliknet med lesbiske og heteroseksuelle kvinner, er det en større andel biseksuelle kvinner i aldersgruppen 15 til 20 år som svarer at de noen gang har hatt sex med menn (de rapporterer også om tidligere seksuell debut og om flere mannlige sexpartnere). Sammenliknet med heteroseksuelle kvinner er det flere biseksuelle og lesbiske kvinner som svarer at de har vært utsatt for overgrep. Det er ikke signifikante forskjeller de tre kategoriene imellom i rapporteringen av graviditeter og uønskede graviditeter. Det er imidlertid signifikante forskjeller mellom heteroseksuelle og biseksuelle kvinner når det gjelder å ha tatt én abort. Det er heller ikke signifikante forskjeller mellom kategoriene når det gjelder

bruk av prevensjons midler og nødprevensjon. En siste artikkel som omhandler seksuell helse blant ikke-heteroseksuelle kvinner som tar utgangspunkt NSFGs database fra 2006–2010 er “Sex of Sexual Partners and Human Papillomavirus Vaccination Among U.S. Girls and Women” (Agénor et al. 2016). I denne studien kontrolleres det også for seksuell orientering. Et funn er at unge kvinner som har hørt om HPV-vaksinen og som rapporterer at de kun har hatt sex med kvinner, eller som ikke har debutert seksuelt og/eller som ikke har vært seksuelt aktive det siste året, har mindre sannsynlighet for å ha tatt vaksinen enn kvinner som rapporterte at de utelukkende hadde hatt sex med menn. Dette er et funn som bør ha konsekvenser for det seksuelt helsefremmende arbeidet:

“These findings have important implications for the design and implementation of HPV vaccination programs, which should include girls and women with only female and no past or current sexual partners. Indeed, the HPV vaccine is indicated for use regardless of sexual behavior and is most effective when administered prior to sexual debut” (Agénor et al. 2016: 5).

Tabell 10. Atferd, seksuelle overgrep og seksuell helse etter seksuell orientering. Prosent. NSFG (2006-2010). (Tornello et al. 2014).



The National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES: 1971-)

The National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) er en pågående amerikansk undersøkelse ved National Center for Health Statistics (NCHS) som kartlegger matvaner, somatisk helse, mentale helseforhold, men også SOler og sexatferd blant tenåringer og voksne i USA. Et hovedformål er å kartlegge omfanget av ulike sykdommer og risikofaktorer for disse. NHANES-data blir anvendt i epidemiologiske studier, medisinsk forskning, og i utforming av amerikansk helsepolitikk. Datamaterialet gir også tilgang til verdifull kunnskap om seksuell minoritetshelse da surveyen inkluderer et flerdimensjonalt mål på seksuell orientering.

Fra tidlig på 2000-tallet har NHANES hatt et design hvor det brukes "audio computer-assisted self-interviewing" (ACASI) ved innsamling av sensitive data som seksuell selvforståelse og seksuell atferd. Dette er en metodikk tilsvarende den som anvendes i Natsal/NSFG og som har en dokumentert positiv effekt når det gjelder å forhindre frafall på sensitive spørsmål

som; sex med personer av samme kjønn, risiko-sex eller bruk av rusmidler. Det brukes også biologisk arm i form av medisinske undersøkelser i stedet for selvrappotering av SOI. Et innledende intervju følges opp med en grundig helseundersøkelse, hvor det tas ulike prøver og tester (ikke bare for SOI) i regi av et mobilt helsesenter, som igjen etterfølges av et ACASI. Data fra NHANES kan også kobles sammen med registerdata, noe som bidrar til en ytterligere reduksjon av selvrappoterte data (Cochran & Mays 2011, Cochran et al. 2016).

Artikkelen "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" er en tverrsnittsundersøkelse av høy metodisk kvalitet. Studien har følgende formål: *"... to determine the prevalence of same-sex behavior in women 18 to 59 years of age in the general population in the United States and to*

assess its trend over time. In addition, we describe demographic and behavioral characteristics and the prevalence of HSV-2 in WSW. We also compare selected risk behaviors and HSV-2 prevalence in WSW and non-WSW (women who reported no same-sex partner) and among WSW, by sexual orientation... Herpes simplex virus type 2 (HSV-2) infection, 1 of the most common STI, is the main cause of genital herpes. Because HSV-2 is an infection that is almost always sexually transmitted and is not curable, it can serve as a biologic marker for cumulative sexual risk" (Xu et al. 2010: 407).

I NHANES 2001–2006, som i NSFG, brukes seksuell atferd, attraksjon og identitet/selvforståelse som mål/indikatorer på respondentenes seksuelle orientering. Spørsmålene som ble stilt er:

"Do you think of yourself as... heterosexual or straight (that is, sexually attracted only to men); homosexual or lesbian (that is, sexually attracted only to women); bisexual (that is, sexually attracted to men and women); something else; or you're not sure?"

De kvinnelige deltakerne (18–59 år) som svarte ja på om de noen gang hadde hatt sex, fikk oppfølgingsspørsmålet:

"In your lifetime, with how many women have you had sex?" Having ever had sex with women (WSW-ever) was defined as reporting 1 or more female partner in lifetime. Recent same-

sex behavior was also assessed ("In the past 12 months, with how many women have you had sex?"). Women who have had sex with a woman in the past year (WSW-past year) was defined as reporting 1 or more female partner in the past 12 months... For this article, the term WSW only applies to behavior (have a female sex partner, ever or in the past year), whereas sexual orientation refers to or be synonymous with self-identification" (Xu et al. 2010: 408).

Med utgangspunkt i de kvinnelige respondentenes fordeling langs disse dimensjonene som angir ikke-heteroseksuell orientering gir Xu et al. (2010) følgende beskrivelse av utvalget: Om lag halvparten (52.6%) av de kvinnelige respondentene som svarte at de noen gang i livet har hatt sex med med en annen kvinne svarte at de hadde en heteroseksuell identitet, en tredjedel (28.3%) at de forsto seg selv som biseksuelle og én femtedel (19%) at de forsto seg selv som homoseksuelle eller lesbiske. Blant kvinnene som oppga at de har hatt sex med en annen kvinne det siste året, svarte en fjerdedel (25%) at de forsto seg selv som heteroseksuelle. Denne profilen, at heteroseksuelle KSK er en betydelig undergruppe blant kvinner med seksuell minoritetsstatus, er i overensstemmelse med funn og resultater fra NSFG (se Bauer & Jairam 2008, Bauer et al. 2010 & Nield et al 2015).

Xu et al. (2010) bruker tidlig seksuell debut (14 år eller yngre), et høyt antall sexpartnere (to eller flere sexpartnere det siste året, ti eller

flere sexpartnere i løpet av livet) og bruk av kokain som mål på seksuell risikoatferd. Sammenliknet med kvinner som utelukkende har sex med menn rapporterte kvinner med seksuell minoritetsstatus om tidligere sexdebut, et høyere antall sexpartnere og mer kokainbruk. Videre varierte positiv HSV-2-test med selvrapportert sexatferd og seksuell orientering. I analysen av datamaterialet fremstilles først fordelingen av risikoatferd og HSV-2 etter seksuell orientering målt som seksuell atferd dvs. hvorvidt de har hatt sex med personer av samme kjønn som seg selv eller ikke og hvorvidt kvinner som har hatt sex med kvinner rapporterer at de har hatt sex med kvinner det siste året eller ikke. Dernest fremstilles fordelingen av risikoatferd og HSV-2 etter seksuell orientering målt som seksuell atferd og seksuell identitet/selvforståelse. Tabell 11 dokumenterer hvorledes reaktiv test på HSV-2 varierer med 5 ulike indikatorer på seksuell orientering.

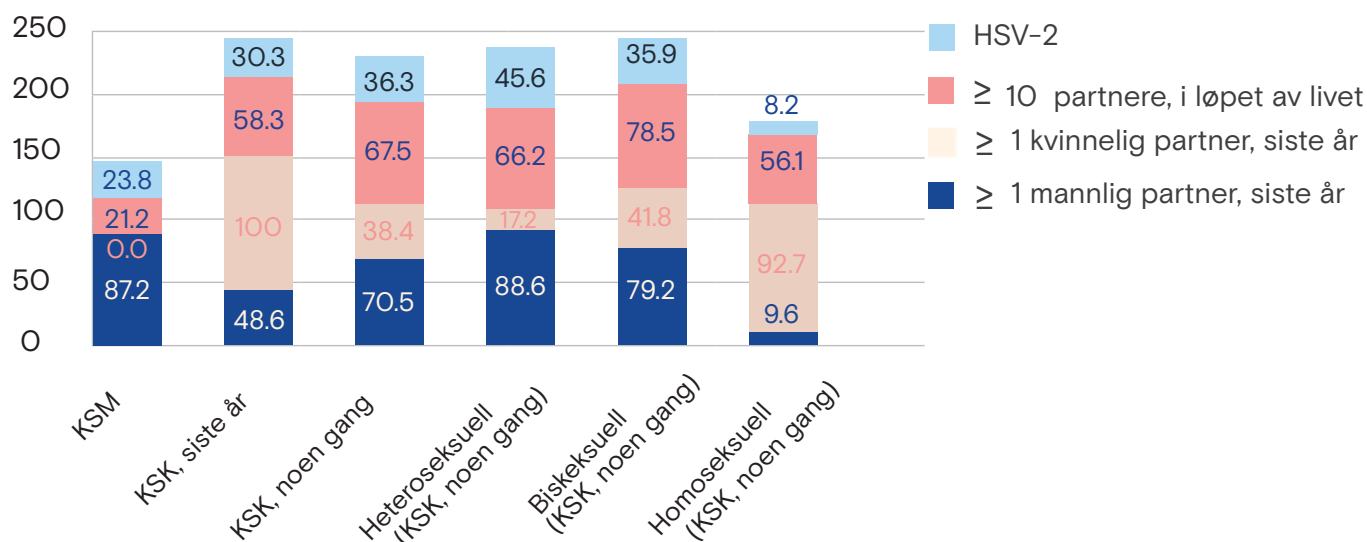
Av tabell 11 fremgår det igjen at det å måle seksuell orientering med kun ett mål, være seg med selvrapportert atferd eller seksuell identitet/forståelse, vil ha store konsekvenser for resultatene. Ved å bruke flere mål/indikatorer synliggjøres undergrupper som er viktige i forbindelse med det seksuelt helsefremmende arbeidet. Sammenliknet med kvinner som svarer at de utelukkende har hatt sex med personer av det motsatte kjønn som dem selv, rapporterer heteroseksuelle kvinner som har hatt sex med kvinner minst én gang i livet om flere mannlige sexpartnere og om lag dob-

belt så stor andel av dem fikk påvist HSV-2. Blant kvinner som forsto seg selv som biseksuelle ble det påvist HSV-2 i 35.9 prosent av prøvene. Dette er et kontraintuitivt funn da biseksuelle kvinner svarte at de hadde hatt flere mannlige sexpartnere enn heteroseksuelt identifiserte kvinner som hadde hatt seksuelle erfaringer med kvinner. Blant lesbisk identifiserte KSK ble det påvist HSV-2 i kun 8.2 prosent av prøvene. Det hefter imidlertid stor usikkerhet til dette resultatet da andelen kvinner som svarer at de identifiserer seg som lesbiske og som har hatt sex med kvinner er liten (N=54).

I sin omtale av NHANES-studien til Xu et al. (2010) understreker Marrazzo (2010) at den er nok en påminnelse om hvor problematisk det er å sidestille seksuell identitet/selvforståelse med seksuell atferd, en tendens som er fremtredende i klinisk forebyggende arbeid og ved utarbeidelse av retningslinjer i dette arbeidet for kvinner og menn med seksuell minoritetsstatus. Det er “... *neither reliable nor advisable, and is essentially scientifically irresponsible*” (Marrazzo 2010: 414). Ved å bruke én indikator på seksuell orientering og ikke to eller tre blir bildet av den seksuelle minoritetsbefolkningen forfeilet og viktige undergrupper, som heteroseksuelt identifiserte KSK, usynlige i studiene og dermed neglisjert i det SOI-forebyggende arbeidet.

Przedworski et al. (2014) følger opp analysen til Xu et al. (2010) og Marazzos (2010) kommentarer til denne og drøfter, med

Tabell 11. Seksuell atferd og reaktiv test på HSV-2 etter 5 mål/indikatorer på seksuell orientering. Prosent. NHANES 2001-2006 (Xu et al. 2010).



utgangspunkt i NHANES-data, bruken av mål/indikatorer på seksuell orientering i helse- og levekårsundersøkelser. Forskingen som omhandler seksuell minoritetshelse, så vel som denne minoritetens levekår, lider ifølge Przedworski et al. (2014) kvalitetsmessig på grunn av en lite gjennomtenkt eller utvettig bruk og operasjonalisering av mål/indikatorer:

“Sexual minority women (SMW), whether defined by sexual identity (e.g., lesbian or bisexual) or sexual behavior (i.e., same-sex sexual activity), face numerous health risks, including substance use, mental health disorders, and poorer physical health, as well as barriers to quality health care, compared with sexual non-minority women. Little research,

however, has examined the health of different subpopulations of SMW. Studies often combine lesbian and bisexual women in analysis, obscuring meaningful differences. Research also frequently overlooks heterosexual women who have sex with women (WSW), who may experience distinct health risks” (Przedworski et al. 2014: 1045). Przedworski et al. (2014) deler NHANES 2001-2010-utvalget av kvinner inn i følgende fire kategorier: Lesbisk identifiserte KSK (N=84), biseksuelt identifiserte KSK (N=180), heteroseksuelt identifiserte KSK (N=290) og heteroseksuelt identifiserte kvinner som aldri har hatt sex med kvinner (N=5314). Som i tidligere NSFG- og NHANES-undersøkelser er det et mindretall heteroseksuelt identifiserte kvinner som svarer

at de har hatt sex med kvinner (5.5%, N=290), men heteroseksuelt identifiserte kvinner er den største undergruppen blant KSK (52.3%). I analysen av risikoatferd og helseforhold i de ulike undergruppene finner Przedworski et al. (2014) blant annet at både biseksuelle og heteroseksuelle KSK er overrepresenterte når det gjelder bruk av alkohol, som er en risikofaktor for psykisk uhelse og seksuell risikoatferd:

“... compared with heterosexual non-WSW, bisexual women were more likely to report fair or poor self-rated health (adjusted relative risk [ARR] = 1.8), and lesbian women were less likely to report having a source of care (ARR = 1.7). The risk of being uninsured was greater for women with a sexual minority identity (lesbian, ARR = 1.7; bisexual, ARR = 1.6), whereas there was no difference in risk among heterosexual women, regardless of sexual behavior. Both bisexual and heterosexual WSW had higher risk of heavy alcohol use (ARR = 1.8 and 1.7, respectively) and binge drinking (ARR = 1.5 and 1.6, respectively). All subgroups had higher risk of cigarette use than heterosexual non-WSW “ (Przedworski et al. 2014: 1045).

Operario et al. (2015) beskriver forekomsten av seksuelt overførbare infeksjoner (hepatitt C, klamydia, HSV-2), slik den fordeler seg mellom KSK og den heterofile majoritetsbefolkningen. Som Xu et al. (2010) og Przedworski et al. (2014) anvender Operario et al. (2015) data fra NHANES. SOLer er fortsatt ikke selvrapportert, men ble målt ved reaktive

prøveresultat: *“Participants provided blood and urine specimens to test for the presence of the HIV antibody, chlamydia (assessed from 2001 to 2008 only), HSV-2, and the hepatitis C antibody.”* (Operario et al. 2015: 28). I tillegg rapporterte respondentene selv hvorvidt de noensinne hadde blitt diagnostisert med følgende seksuelle infeksjoner: gonoré, klamydia, herpes eller kjønnsvorter så vel som hivtest-historikk.

Operario et al. (2015) har valgt å definere den seksuelle minoritetsbefolkningen på en annen måte enn eksempelvis Xu et al. (2010) og Przedworski et al. (2014). De konstruerte en dikotom variabel for seksuell orientering med verdiene “heteroseksuell” og “seksuell minoritet”. Den sistnevnte kategorien består av respondenter som rapporterer at de identifiserer seg som homoseksuell eller homofil/lesbisk, biseksuell eller “noe annet”. De som ikke ville svare eller som svarte at de ikke visste, ble kodet som missing.

Med denne operasjonaliseringen av seksuell orientering, hvor det brukes en dikotom variabel som mål/indikator på seksuell orientering, ble det påvist en signifikant sammenheng mellom seksuell minoritetsstatus og det å ha testet positivt for hepatitt C, men ikke signifikante forskjeller mellom seksuell minoritetsstatus og HSV-2 og klamydia. At det ikke ble påvist en overrepresentasjon av HSV-2 blant seksuelle minoritetskvinner er ikke i samsvar med resultatene i artikkelen til Xu et al. (2010). Denne

forskjellen mellom Xu et al. (2010) og Operario et al. (2015) kan være et resultat av forskjeller i datagrunnlaget (NHANES 2001-2006 versus NHANES 2001-2010 sammenslått). Det kan også være et resultat av hvordan variabelen seksuell orientering er operasjonalisert, dvs. at målet brukt av Xu et al. (2010) er mer sensitivt med henblikk på å fornemme helseforskjeller i befolkningen etter seksuell minoritetsstatus. Den sistnevnte fortolkningen styrkes ved at Przedworski et al. (2014), som advarer mot å slå sammen atferds- eller identitetskategorier og som bruker et mer flerdimensjonalt mål, dokumenterer en betydelig skjevfordeling av risikoatferd og uhelse mellom flere undergrupper av KSK og heteroseksuelt identifiserte kvinner som aldri har hatt sex med kvinner. I Operario et al. (2015) inngår heteroseksuelt identifiserte KSK i kategorien "heteroseksuell" og ikke i kategorien "seksuell minoritet". Dette er uheldig da heteroseksuelt identifiserte KSK muligens er den største undergruppen blant KSK, som også kjennetegnes ved en overrepresentasjon av risikoatferd. Således vil denne kategoriseringen ha som konsekvens at forskjellene mellom de heteroseksuelt identifiserte kvinnene som ikke har hatt sex med personer av samme kjønn som dem selv og seksuelle minoritetskvinner viskes ut.

National Longitudinal Survey of Adolescent Health (Add Health: 1994/1995 -)

Add Health er en longitudinell undersøkelse hvor et representativt utvalg amerikanske ungdommer/tenåringer er blitt fulgt fra de i 1994 og 1995 befant seg på det 7. til det 12. trinnet i det amerikanske skolesystemet. I den fjerde runden med intervjuer (2008), da respondentene befant seg i aldersspennet 24 til 32 år, ble det innført biologisk arm. Den neste intervjurunden (Wave V) blir gjennomført i perioden 2016-2018. I presentasjonen av Add Health på prosjektets hjemmesider blir den longitudinelle undersøkelsen beskrevet slik:

“Add Health combines longitudinal survey data on respondents’ social, economic, psychological and physical well-being with contextual data on the family, neighborhood, community, school, friendships, peer groups, and romantic relationships, providing unique opportunities to study how social environments and behaviors in adolescence are linked to health and achievement outcomes in young adulthood. The fourth wave of interviews expanded the collection of biological data in Add Health to understand the social, behavioral, and biological linkages in health trajectories as the Add Health cohort ages through adulthood, and the fifth wave of data collection continues this biological data

expansion” (Carolina Population Center 2017).

I artikkelen “Bacterial STDs and Perceived Risk Among Sexual Minority Young Adults” (Kaestle & Waller 2011) beskrives risikoforståelse blant kvinner og menn med seksuell minoritetsstatus, og blant de som nylig har blitt diagnostisert med en SOI. Datamaterialet er hentet fra Add Health (Wave III) og deltakerne (N=10 986) var på måletidspunktet mellom 18 og 26 år.

Seksuell minoritetsstatus ble definert ved anvendelse av tre mål/indikatorer på seksuell orientering og ble operasjonalisert som følger:

“First, respondents were asked to report on all sexual relationships occurring in the last five years. Sexual relationships were defined as ones in which respondents reported having had vaginal, oral or anal sex with their partner. Information on the sex of each partner and sex of the respondent was combined to create four categories of sexual relationships: opposite-sex only, same-sex only, both same- and opposite-sex, and none. Next, sexual identity was constructed from the item “Please choose the description that best fits how you think about yourself,” for which possible responses were “100% heterosexual,” “mostly

heterosexual,” “bisexual,” “mostly homosexual,” “100% homosexual” or “no orientation” (not sexually attracted to either males or females). Respondents who chose mostly heterosexual, bisexual or mostly homosexual responses were categorized as bisexual. Finally, respondents were asked if they had ever had a romantic attraction to a male and if they had ever had a romantic attraction to a female. This information, combined with the sex of the respondent, allowed for the creation of four categories of romantic attraction: opposite-sex only, same-sex only, both same- and opposite-sex and none” (Kaestle & Waller 2011: 4).

Utvalget fordelte seg på følgende vis etter de tre målene/indikatorerne på seksuell orientering: 89 prosent av respondentene rapporterte at de forsto år seg selv som heteroseksuelle, ti prosent som biseksuelle og mindre enn en prosent som homoseksuelle. To prosent av respondentene oppga at de ikke var seksuelt tiltrukket være seg av personer av det samme eller det motsatte kjønn som dem selv, ni prosent at de er seksuelt tiltrukket av begge kjønn, en prosent av det samme kjønn som dem selv og 88 prosent av respondentene oppgir å være seksuelt tiltrukket av det motsatte kjønn som dem selv.

Forekomsten av seksuelt overførbare infeksjoner ble målt ved en kombinasjon av selvrappporterte data og biologisk arm. Risikoforståelse ble målt ved at respondentene ble spurt om å vurdere sannsynligheten for at de hadde en

gonoré- eller klamydiainfeksjon da prøvene ble tatt: “Responses ranged from a “very low chance” to a “very high chance.” Respondents who rated their chances of having an STD as anything other than very low were classified as believing they had a chance of having a bacterial STD” (Kaestle & Waller 2011: 3-4).

Biseksuelt identifiserte kvinner hadde større sannsynlighet for å være smittet med en bakteriell SOI enn heteroseksuelt identifiserte kvinner, mens kvinner som følte seg tiltrukket av personer av begge kjønn hadde større sannsynlighet for å være smittet med en bakteriell SOI enn kvinner som utelukkende følte seg seksuelt tiltrukket av menn. Totalt sett, vurderte 13 prosent av utvalget at de befant seg i risikozonen for å bli smittet med en SOI. De ulike målene på seksuell minoritetsstatus predikerte risikoforståelsen til respondentene med hensyn til hvordan de vurderte sannsynligheten for at de hadde blitt smittet med en SOI. Sammenliknet med kvinner som utelukkende hadde hatt sex med menn, vurderte kvinner som hadde sex med personer av det samme og motsatte kjønn som dem selv i større grad at de hadde risiko for å bli smittet av en SOI. Sammenliknet med kvinner som forstår seg selv som heteroseksuelle, vurderer biseksuelle og homoseksuelle kvinner det som at de har høyere risiko for å bli smittet av en SOI. Den samme tendensen gjelder når man bruker seksuell attraksjon som mål - sammenliknet med kvinner som utelukkende er tiltrukket av menn, vurderer kvinner som er seksuelt tiltrukket av

begge kjønn eller kun andre kvinner i større grad at de har risiko for å smittes med en SOI.

I én av analysene blir utvalget begrenset kun til å omfatte kvinnelige og mannlige respondenter som rapporterte om tidligere bakterielle SOI-er eller som testet reaktivt på SOI som del av undersøkelsen (9%, N=1154), med det formål å undersøke hvorvidt de undervurderte sin risiko for å ha blitt smittet med en seksuelt overførbare infeksjon. Med utgangspunkt i resultatene presentert ovenfor, kan det synes som om KSK har en god risikoforståelse, noe som er i samsvar med tidligere forskning som viser at de er overrepresentert når det gjelder risikoatferd for SOI. Dette er imidlertid ikke tilfelle. Blant respondentene som ble diagnostisert i forbindelse med undersøkelsen eller som hadde en nylig diagnostisert SOI, svarte 71 prosent at de vurderte sannsynligheten for at de var smittet som svært lav. Blant kvinner i utvalget som var smittet av en bakteriell SOI (N=720) var sannsynligheten for feilvurdering av risiko særdeles høy blant de kvinnelige respondentene som rapporterte at de utelukkende hadde hatt sex med kvinnelige sexpartnere. Den samme negative tendensen fremkommer når man sammenlikner homoseksuelt identifiserte kvinner med heteroseksuelt identifiserte kvinner - de med homoseksuell selvforståelse feilvurderer sin risiko i høyere grad. Kaestle & Waller (2011) visualiserer dette bildet som følger:

“To aid in the interpretation of outcomes with high probabilities, we calculated the follow-

ing sample probabilities: An 18-year-old white homosexual female with an STD had a 98% probability of thinking that she was at very low risk, whereas a heterosexual female with the same characteristics had a 71% probability. A white 18-year-old female with an STD who reported only same-sex attractions had a 97% probability of thinking that she was at very low risk, whereas an 18-year-old white female who reported only opposite-sex attractions had a 71% probability” (Kaestle & Waller 2011: 5).

For å oppsummere, påpeker Kaestle & Waller (2011) at ulike undergrupper i KSK-populasjonen, eksempelvis biseksuelle og heteroseksuelt identifiserte KSK, er særlig sårbare når det gjelder SOI-er, men slike infeksjoner er heller ikke uvanlig hos homofilt identifiserte kvinner. Videre fremhever Kaestle & Waller (2011) at kombinasjonen av en overrepresentasjon av SOI-er og en særdeles dårlig risikoforståelse blant homoseksuelt identifiserte kvinner og kvinner som har hatt sex med kvinner det siste året, presenterer en betydelig utfordring for det seksuelt helsefremmende arbeidet - særlig fordi mange seksuelt overførbare infeksjoner er asymptomatiske:

“A disconnect between a person’s perceived risk and actual health could heighten an individual’s risk of spreading infection... Our finding that some sexual minority females underestimate their sexual risk highlights the need for improved communication. Health care providers should not make assumptions

about sexual risk behaviors on the basis of a patient's self-reported sexual identity; rather, they should take a careful sexual history of sexual minority patients and provide safer-sex information to all patients. Sexual minorities may have particular difficulty communicating with their physicians, and physicians may be uncomfortable interacting with sexual minority patients. This study emphasizes a critical need for health care providers to overcome those barriers when counseling female sexual minority patients about sexual health, even when no male partners are reported. Because stigmatized sexual behaviors that are characteristic of sexual minority relationships may be unplanned or occur under risky circumstances, health practitioners can play an important role in helping sexual minority young adults to think ahead about safer-sex precautions” (Kaestle & Waller 2011: 5-6).

I artikkelen “Invisible and at Risk: STDs Among Young Adult Sexual Minority Women in the United States” beskriver Lindley et al. (2013) forekomsten av risikoatferd og seksuelt overførbare infeksjoner blant heterofile kvinner som utelukkende har sex med menn og ulike undergrupper KSK. De benytter data-materiale fra Add Healths fjerde runde (Wave IV), da de kvinnelige studiedeltakerne (N=7296) var mellom 24 og 32 år.

Utgangspunktet for Lindley et al. (2013) er at seksuelle minoritetskvinner i USA, som i resten av den vestlige verden, ikke inngår i

helsemyndighetenes overvåkningssystem for SOLer på en adekvat måte. Forskningen på SOLer blant seksuelle minoritetskvinner tilhører fremdeles sjeldenhetene. Det er dessuten en uheldig praksis at seksuelle minoritetskvinner som har sex med både menn og kvinner, av amerikanske helsemyndigheter, ikke blir kategorisert i henhold til deres minoritetsstatus. Dette har videre negative konsekvenser for kategoriseringen av SOI-forekomst etter kvinners seksuelle orientering:

“Infections diagnosed among women who have had male partners are currently categorized as having occurred through “heterosexual contact” or “heterosexual transmission”; women’s sexual identity and sexual behavior with other women typically are not taken into consideration. In contrast, infections among men are often categorized as having occurred through “male-to-male sexual contact” or among “men who have sex with men.” In fact, the Centers for Disease Control and Prevention’s STD Surveillance Network defines men who have sex with men as those “who either reported having a male sex partner or self-reported as gay/homosexual or bisexual.” Similar categories do not exist for women who have sex with women or who self-identify as gay, lesbian or bisexual” (Lindley et al. 2013: 66).

Lindley et al. (2013) viser til studier som benytter representative data fra NSFG (Chandra et al. 2011, Copen et al. 2016) og NHANES (Xu et

al. 2010) og som dokumenterer at en betydelig minoritet kvinner (7%–12%) i aldersgruppen 15 til 59 år svarer at de har hatt sex med en annen kvinne. Blant unge kvinner er andelen større og mellom 14 til 16 prosent. Samtidig er den forskningsbaserte kunnskapen om SOIer blant KSK forsvinnende liten. Lindley et al. (2013) viser til studier av enkeltstående KSK-pasienter som er blitt smittet av SOI og tverrsnittsundersøkelser fra SOI-klinikker (Fethers et al. 2000, Marrazzo et al. 2001), hvor det fremgår at KSK blir smittet ved sex med menn, men at SOI vitterlig også overføres ved sex mellom kvinner:

“Some sexual behaviors in which sexual minority (nonheterosexual) women frequently engage—such as sharing sex toys or having oral-genital, digital-vaginal or digital-anal contact with female partners—are likely means of STD transmission and have been associated with trichomoniasis, HIV and bacterial vaginosis infections in women who have sex with women. Moreover, infections with chlamydia and human papillomavirus are quite common among sexual minority women, including those who have never had sex with men” (Lindley et al. 2013: 66).

Lindley et al. (2013) bruker seksuell identitet/selvforståelse og atferd som indikator på seksuell orientering. Målet på seksuell identitet/selvforståelse har følgende verdier: “straight”,

“mostly straight”, “bisexual”, “mostly gay” or “gay.”⁹ Respondentene ble kategorisert som følger:

“We combined mostly gay and gay women into a single category, because the two groups had similar risk and behavioral profiles, and because the number of women in each group was relatively small” (Lindley et al. 2013: 67).

Videre ble kvinnene i utvalget gruppert i henhold til hvem de hadde hatt sex med i løpet av livet: “... we categorized women as having had only male partners, having had one female partner or having had two or more female partners. We did not create a category for women who had had only female partners; the sample included just 26 such women (only some of whom had had an STD in the past 12 months), so the resulting risk estimates would have been highly unstable” (Lindley et al. 2013: 67).

Studien dokumenterer et klart samsvar mellom de to målene/indikatorene på seksuell orientering. 95 prosent av de heterofilt identifiserte kvinnene (N=5832) og 59 prosent av kvinnene som forsto seg selv som for det meste heterofile (“mostly straight”, N=1157) svarte at de utelukkende hadde seksuelle erfaringer med menn. Blant bifilt identifiserte kvinner (N=173) og kvinner som beskrev

⁹ Add Healths mål på seksuell identitet som indikator på seksuell orientering er blitt brukt i Norge. Den norske versjonen har følgende svaralternativer: “heterofil”, “heterofil med visse lesbiske/homofile innslag”, “bifil/biseksuell”, “homofil med visse heterofile innslag”, “lesbisk/homofil” (Hegna, Kristiansen, Moseng 1999).

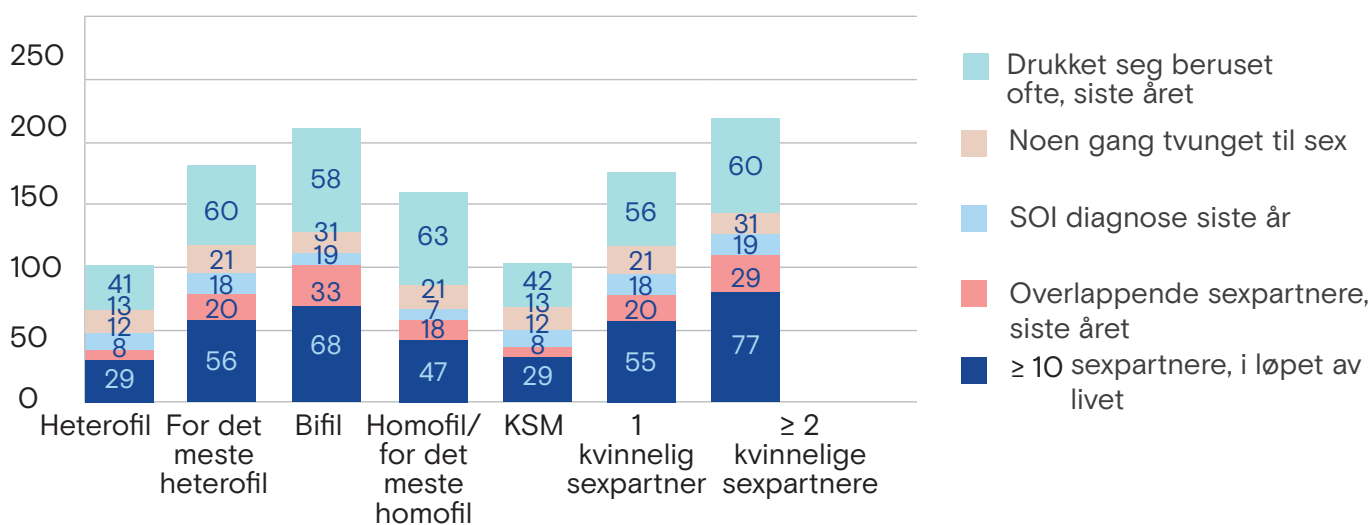
seg selv som for det mest lesbiske/homofile (“mostly gay”, N=134) svarte henholdsvis ni og fire prosent at de utelukkende hadde hatt seksuelle erfaringer med menn. Blant kvinner som forsto seg selv som for det meste heterofile, svarte 20 prosent at de hadde hatt én kvinnelig sexpartner, og ytterligere 20 prosent svarte at de hadde hatt to kvinnelige sexpartnere eller mer. Blant bifile respondenter og for det meste lesbiske/homofile kvinner svarte henholdsvis 67 og 88 prosent at de hadde hatt minst to kvinnelige sexpartnere. SOI-diagnose det siste året ble rapportert av 18–19 prosent av de kvinnene som forsto seg selv som for det meste heterofile eller bifile, tolv prosent av heterofile kvinner og syv prosent av kvinner som forsto seg selv som lesbiske/homofile eller for det meste lesbiske/homofile.

Når det gjelder utvalgte mål på risikoatferd

(overlappende sexpartnere, mange sexpartnere, det å ha blitt tvunget til sex, SOI-diagnose siste år, ofte beruset på alkohol) viser tabell 12 hvordan kvinnene fordeler seg etter de to målene/indikatorne (seksuell identitet/selvforståelse og sexatferd) for seksuell orientering.

Av tabell 12 fremkommer det at kvinner som forstår seg selv som for det meste heterofile og kvinner som forstår seg selv som bifile/biseksuelle er overrepresentert når det gjelder risikoatferd eller situasjoner som gjør at man er sårbar for seksuell uhelse og SOI. Blant kvinner som forstår seg selv som lesbiske/homofile og som for det meste lesbiske/homofile synes risikoen å være noe redusert. Disse sammenhengene mellom seksuell identitet/selvforståelse forsvinner når det blir kontrollert for seksuell atferd. Dette er imidlertid som forventet, da det er

Tabell 12. Overgrep og risikoatferd etter sexatferd og seksuell identitet. Prosent. Add Health. (Lindley et al. 2013)



atferden som teller og, som det er blitt gjort et poeng av flere ganger tidligere i rapporten, risikosex med menn er mer vanlig blant kvinner som minst én gang i livet har hatt sex med andre kvinner enn blant kvinner som utelukkende har sex med menn:

“STD risk was elevated among women who had had anal intercourse with a male partner or had had 10 or more partners; given that substantial proportions of women in certain sexual minority populations had engaged in these behaviors, it should not be surprising that STD risk varied according to women’s sexual orientation (in models that did not adjust for sexual behaviors). These results are consistent with findings from previous research¹⁰ showing that compared with women who identified themselves as heterosexual and had had only male partners, bisexual women and those who considered themselves heterosexual but had had female sex partners were more likely to have had anal intercourse with a male partner and had had more partners. Thus, having both male and female sex partners may serve as a marker for STD risk behaviors among young adult women” (Lindley et al. 2013: 71).

¹⁰ Lindley et al. (2013) referer blant annet til Bauer & Welles (2001), Chandra et al. (2011) og Xu et al. (2010).

Slike resultater støtter oppunder funn fra tidligere studier som antyder det uheldige ved en praksis hvor en i det seksuelt helsefremmende arbeidet vurderer kvinners risikoprofil med utgangspunkt i deres seksuelle identitet alene. Det anbefales å ta et steg videre da sex med kvinner kan være en markør på betydelig risikosex med menn. Lindley et al. (2013) formulerer en rekke anbefalinger til helsepersonell og helsemyndigheter som på ulike måter arbeider med testing eller forebygging av SOI:

“Particular attention should be given to how sexual identity exploration, sensation-seeking, perception of STD risk and experiences with forced sex are associated with sexual risk-taking among diverse groups of sexual minority women, as these characteristics have been associated with an elevated risk of STDs (including HIV) among men, male and female adolescents and other populations of young women... Given that anal intercourse with a male was associated with STDs in this investigation, we recommend that sexual and reproductive health care providers screen young adult women for a history of this behavior and, when such a history is noted, conduct a rectal screening for STDs. Adding such screening the usual urine-based screening would be particularly valuable, as urine-based screening alone misses a significant proportion of chlamydia and gonorrhea infections in women. In addition, providers should discuss STDs with their female patients and ensure that they are taking precautions to prevent

STD transmission with both male and female partners... Because many STDs are asymptomatic, some women in this study, particularly sexual minority women, likely had an undiagnosed infection” (Lindley et al. 2013: 71).

Everett et al. (2013) tar også utgangspunkt i Add Health-data (fra tredje og fjerde måletidspunkt) og forfatterne er, som Lindley et al. (2013), opptatt av å forstå seksuelle helseforhold i skjæringspunktet mellom sexatferd og seksuell identitet/selvforståelse. Hypotesen er at når disse to dimensjonene ikke er eller har vært sammenfallende, øker sannsynligheten for risikoatferd for SOI eller uønskede graviditeter. Everett et al. (2013) ønsker også å undersøke på hvilke måter det å bli utsatt for såkalt viktisering (omsorgssvikt, vold eller seksuelle overgrep) har betydning for seksuell risikoatferd.

Fjerde runde av Add Health ble gjennomført mellom 2007 og 2008. 92.5 prosent av det originale Add Health-utvalget ble lokalisert og 80.3 prosent av de tilgjengelige deltakerne i aldersgruppen 24 til 34 år ble intervjuet. I henhold til problemstillingen begrenset Everett et al. (2013) analyseutvalget til de kvinnelige og mannlige deltakere som hadde rapportert minst ett tilfelle av oralt, analt eller vaginalt samleie i løpet av livet og minst én mannlig eller kvinnelig sexpartner. Studiedeltakere som svarte at de ikke følte seg seksuelt tiltrukket av kvinner eller menn eller som valgte svaralternativet “vet ikke” på seksuell identitet/selvforståelse ble filtrert

bort fra analyseutvalget. Det ble også alle respondenter som ikke hadde besvart samtlige variabler som inngikk i analysen. Etter dette besto analyseutvalget av 7392 kvinnelige respondenter (94% av det kvinnelige utvalget fra Add Healths fjerde runde) og 6323 mannlige respondenter (91.2% av det mannlige utvalget fra Add Healths fjerde runde).

Med utgangspunkt i to ulike mål på seksuell orientering (identitet/selvforståelse og atferd), konstruerte Everett et al. (2013) fem gjensidig utelukkende undergrupper for de kvinnelige respondentene og seks gjensidig utelukkende undergrupper for de mannlige respondentene. Forskjellen i grupperingen av kvinner og menn skyldes at kun én kvinnelig respondent svarte at hun aldri hadde hatt sex med menn. Kategoriseringen av analyseutvalget er som følger:

“100% heterosexual and have only engaged in opposite-sex sexual relationship(s) (Heterosexual-WSM/MSW); 100% heterosexual and have ever engaged in same/both-sex sexual relationship(s) (Heterosexual-WSMW/MSMW); mostly heterosexual or bisexual and have only engaged in opposite-sex relationship(s) (Bisexual-WSM/MSW); and mostly heterosexual or bisexual and have ever engaged in same/both-sex sexual relationship(s) (Bisexual-WSMW/MSMW). For women, one variable was created that identified women who reported a gay or mostly gay identity and have engaged in same-sex sexual relationship(s) (Gay-WSMW, N = 133). Among males,

56% of the 100% gay or mostly gay identified participants reported only having had same-sex sexual relationship(s) and 44% reported both same- and opposite-sex sexual relationship(s). Thus, two categories were created: gay-MSM (Gay-MSM, N = 94) and gay-MSMW (Gay-MSMW, N = 75)” (Everett et al. 2013: 4).

Som mål på eventuell SOI-diagnose ble det brukt svar på spørsmålet om hvorvidt “... a doctor, nurse, or other health professional had informed them that they have had a sexually transmitted infection” (Everett et al. 2013: 4).

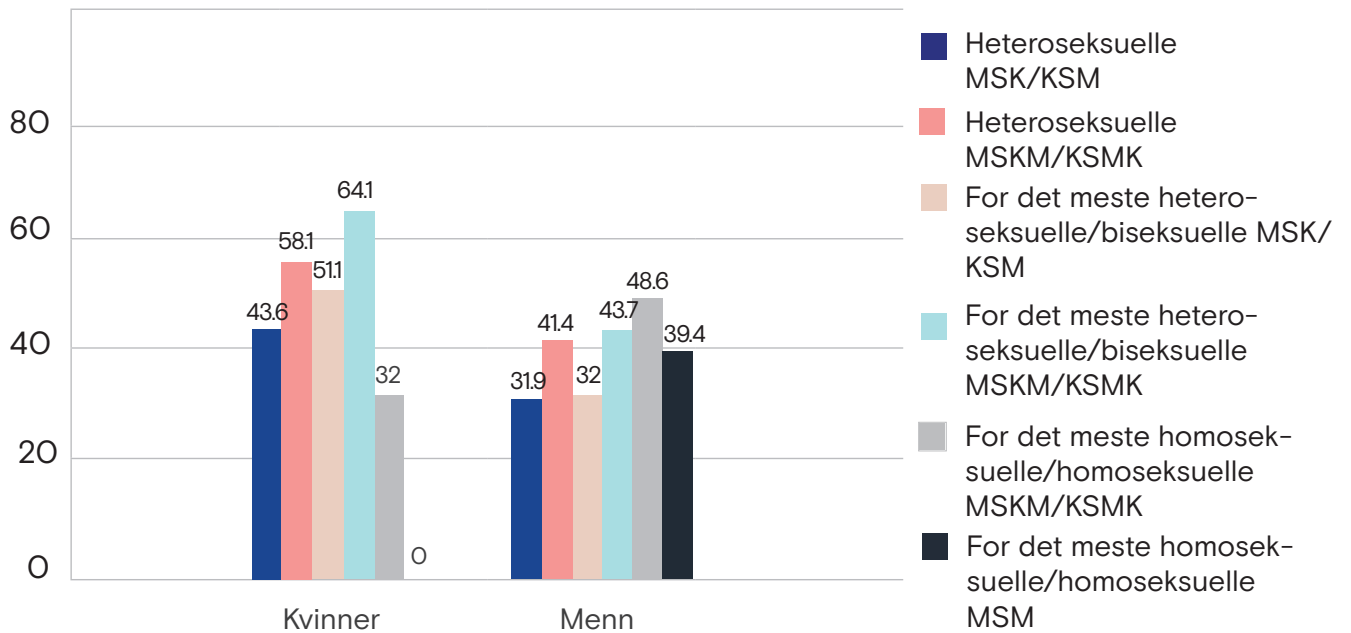
Som mål på viktimisering ble det brukt: “... a seven item scale that summed the answers to the following questions: (1) By the time you started 6th grade, how often had your parents or other adult caregivers slapped, hit or kicked you; (2) by the time you started 6th grade, how often had one of your parents or other adult care-givers touched you in a sexual way, forced you to touch him or her in a sexual way, or forced you to have sexual relations; (3) excluding parents or caregivers, have you ever been forced in a physical or non-physical way to have any type of sexual activity against your will; (4) in the past 12 months, has someone pulled a knife or gun on you; (5) in the past 12 months, has someone shot or stabbed you; (6) in the past 12 months, has someone slapped, hit, choked, or kicked you; (7) in the past 12 months, were you beaten up?” Because of a high number of missing values for childhood physical and sexual

abuse, the summed scale was divided by the number of questions the participant answered; the scale ranged from 0–1 and had an alpha of .71. The scale was recoded into a series of dummy variables that measured whether participant’s score was less than .25 (referent); ≥ 25 and $\geq .75$; or $\geq .75$ ” (Everett et al. 2013: 4–5).

Tabell 13 beskriver fordelingen av selvrapporterte SOLer etter kjønn og undergrupper av seksuell orientering (heteroseksuelle kvinner som utelukkende har hatt sex med menn (N=5607), heteroseksuelle kvinner som har hatt sex med personer av begge kjønn (N=307), for det meste heteroseksuelle/biseksuelle kvinner som utelukkende har hatt sex med det motsatte kjønn (N=716), for det meste heteroseksuelle/biseksuelle kvinner som har hatt sex med begge kjønn (N=629) og for det meste homoseksuelle/homoseksuell som har hatt sex med begge kjønn (N=133))¹¹.

11 Heteroseksuelle menn som utelukkende har hatt sex med kvinner (N=5744), heteroseksuelle menn som har hatt sex med personer av begge kjønn (N=151), for det meste heteroseksuelle/biseksuelle menn som utelukkende har hatt sex med det motsatte kjønn (N=142), for det meste heteroseksuelle/biseksuelle menn som har hatt sex med begge kjønn (N=177), for det meste homoseksuell/homoseksuelle menn som har sex med begge kjønn (N=75), for det meste homoseksuell/homoseksuelle menn sex utelukkende med det samme kjønn som seg selv (N=94).

Tabell 13. Selvrappporterte SOLer etter kjønn og undergrupper av seksuell orientering. Prosent. Add Health (III og IV) (Everett et al. 2013).



I dette analyseutvalget er det et stort samsvar mellom respondentenes svar på seksuell identitet/selvforståelse og sexatferd. 75.9 prosent av de kvinnelige respondentene svarte at de forsto seg selv som heteroseksuelle og at de utelukkende hadde hatt sexpartnere av det motsatte kjønn som dem selv. 4.2 prosent av de heteroseksuelt identifiserte kvinnene hadde hatt minst én kvinnelig sexpartner. Totalt sett rapporterte 18.2 prosent av kvinnene i analyseutvalget en kombinasjon av for det meste heteroseksuell eller biseksuell som sin seksuelle identitet/selvforståelse, hvorav halvparten svarte at de hadde hatt minst én kvinnelig sexpartner. Som i andre bredt anlagte representative undersøkelser er andelen kvinner som forstår seg selv som homoseksuell eller for det meste homoseksuell liten, og kun 1.8 prosent av analyseutvalget valgte ett av disse to svaralternativene.

Når det gjelder selvrapporterte SOI-er, viser tabell 13 ovenfor at KSK er en mer sårbar gruppe enn MSM. Den viser videre at andelen er stor blant heteroseksuelt identifiserte kvinner som har hatt sex med personer av begge kjønn (58.1%), stor er den også blant biseksuelt identifiserte kvinner som utelukkende har hatt sex med menn (51.1%) og størst er den blant biseksuelt identifiserte kvinner som har hatt sex med både kvinner og menn (64.1%). Sammenliknet med de delene av analyseutvalget som befinner seg i ulike "krysningspunkt" av dimensjonene for seksuell orientering, er heteroseksuelle kvinner som utelukkende har sex med

menn underrepresentert på SOI-statistikken (46.6%). Homoseksuelt identifiserte kvinner som har hatt sex med både kvinner og menn rapporterte om den laveste andelen SOI (32%), men denne forskjellen var ikke signifikant sammenliknet med heteroseksuelle kvinner som utelukkende har hatt sex med menn.

Risikofaktorer for SOI, som det å være utsatt for viktigmisering, et stort antall mannlige sexpartnere og analsex med menn, varierte også med de ulike kategoriene for seksuell identitet/selvforståelse:

"Seventy-five percent of heterosexual-WSM women reported little or no victimization compared to 60.3% of heterosexual-WSMW, 70.3% bisexual-WSM, 65.4% gay-WSMW, and 55.8% of bisexual-WSMW. Heterosexual-WSM also reported a significantly smaller mean number of sexual partners than all other identity groups and the second lowest prevalence of anal sex after gay-WSMW" (Everett et al. 2013: 6).

I denne studien synes lesbisk/homoseksuelt identifiserte kvinner som har sex med kvinner og menn, på samme måte som heteroseksuelle kvinner som utelukkende har hatt sex med menn, å være en lite sårbar gruppe når det gjelder risikoatferd og det å bli smittet med en SOI (et funn som er i samsvar med Xu et al. 2010). Dette viser hvor viktig det er å kontrollere for seksuell identitet/selvforståelse, og ikke stole på sexatferdsdata alene (jamfør Mercer et al. 2007) ved risikovurdering for seksuell

uhelse. Dette er et funn som kan fortolkes på to måter: Den ene er at lesbisk/homoseksuell identitet er en beskyttende faktor for SOI, uavhengig av om en ikke-heteroseksuelt identifisert kvinne har sex med menn eller ikke. En alternativ forklaring på den lave SOI-prevalensen blant homoseksuelt identifiserte kvinner, som også har sex med menn, er at de har feil risikoforståelse og dermed sjeldnere tester seg for og får konstatert en SOI. Hvis data fra den biologiske armen på Add Health III medfører riktighet, understøtter de ikke en slik forklaring:

“Some research work has suggested that gay or lesbian-identified women are less likely to be tested for STIs and less likely to get regular pap smears... which may, in part, explain the lower risk among this group. Supplementary analyses examining STI disparities with biomarker data on chlamydia and gonorrhea in Wave III of the survey, however, showed similar results to those presented in this study: gay women were not more likely to report an STI than heterosexual-WSM women” (Everett et al. 2013: 8).

Everett et al. (2013) viser derimot at mye tyder på at SOI blant seksuelle minoritetskvinner er overrepresentert i undergrupper som heteroseksuelt og biseksuelt identifiserte kvinner som har hatt sex med både menn og kvinner. Dette er i overensstemmelse med tidligere studier som viser at sammenliknet med heteroseksuelt identifiserte kvinner har disse undergruppene av KSK en forhøyet risiko

for SOI. Everett et al. (2013) viser til Bauer et al. (2010) og klinikkstudien til Fethers et al. (1999). Denne forhøyede risikoen forklares delvis av forskjeller heteroseksuelle kvinner som utelukkende har sex med menn og heteroseksuelle/biseksuelle kvinner som har sex med både kvinner og menn i mellom når det gjelder utsatthet for viktigmisering, antall mannlige sexpartnere og når det gjelder analsex:

“Victimization partially mediated the relationship between bisexual identified women and STI risk in this study. While supplementary analysis not shown in this study did not show that drug use mediated the relationship between sexual orientation and STI risk, other work has suggested that drug use among both-sex oriented women may increase their risk of contracting an STI... Differences in the number of sexual partners and prevalence of anal intercourse also mediated disparities in self-reported STIs by sexual orientation among women: controlling for these factors... fully explained elevated STI risk among heterosexual-WSM and bisexual-WSM women, and reduced STI risk among bisexual-WSMW. Heterosexual-WSMW’s STI risk may not, in fact, be linked to behaviors engaged with women, but may be due to more frequent opposite-sex sexual relationships... Supplementary analyses not shown revealed that heterosexual-WSMW reported an average of 14.2 male partners, bisexual-WSM reported an average of 11.6 male partners, and bisexual-WSMW reported an average of 24.2 male

partners compared to heterosexual-WSM, who reported an average of 7.7 male partners. Future research should continue to explore increased STI risk associated with opposite-sex sexual relationships among both-sex oriented women” (Everett et al. 2010: 8-9).

Goldberg et al. (2016) er den andre amerikanske studien av tenåringsgraviditeter blant kvinner med seksuell minoritetsstatus som tar utgangspunkt i nasjonale representative data. Den første bruker data fra NSFG (Tornello et al. 2014). Goldberg et al. (2016) tar utgangspunkt i Add Health-data (fra første og fjerde måletidspunkt). Inkluderingskriterier var deltagelse i Add Healths første og fjerde intervju-runde (N=15 701), kvinne som biologisk kjønn (N=7857), vaginalsex i en alder av 19 år eller yngre og ikke missing på noen av variablene som inngikk i problemstillingen (N=5972).

Goldberg et al. (2016) bruker seksuell identitet/selvforståelse som mål på seksuell orientering. Respondentene ble delt inn i følgende fem kategorier: 1) 100 prosent heteroseksuell, 2) for det meste heteroseksuell, men noe tiltrukket av personer av samme kjønn som som dem selv, 3) biseksuell, dvs. like mye tiltrukket av begge kjønn, 4) for det meste homoseksuell, men noe tiltrukket av personer av motsatt kjønn som seg selv og 5) 100 prosent homoseksuell. Kvinnelige respondenter som ikke følte seksuell attraksjon, være seg til kvinner eller menn, ble filtrert ut (N=71). Kategorien “for det meste homoseksuell, men noe tiltrukket av person-

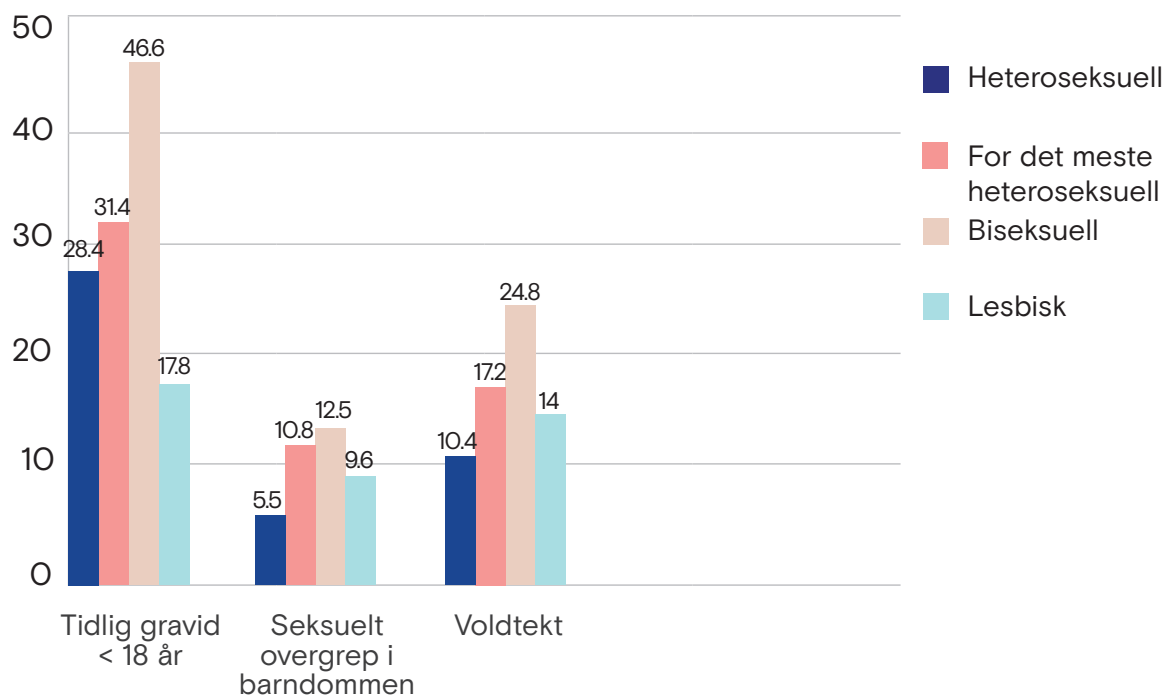
er av motsatt kjønn som seg selv” (N=41) og “100 prosent homoseksuell” ble slått sammen (N=36) for å begrense feilmarginene i analysen.

Tenåringsgraviditet ble definert som det å ha vært gravid: “... regardless of outcome, that ended before age 20 years. Timing of teen pregnancy was categorized as “no pregnancy” (referent), “early” (before age 18 years) or “late” (ages 18-19 years); number of teen pregnancies was categorized as 1, 2, and ≥ 3 ” (Goldberg et al. 2016: 431)

Hvordan tenåringsgraviditeter fordelte seg mellom heteroseksuelle tenåringer og tenåringer med seksuell minoritetsstatus ble også forstått på bakgrunn av seksuelle overgrep og seksuell risikoferd. Seksuell risikoferd ble målt med indikatorer som tidlig seksuell debut, effektiv bruk av prevensjonsmidler og antall mannlige og kvinnelige sexpartnere. Tre indikatorer ble inkludert som mål på seksuelle overgrep:

“Childhood sexual abuse (“did a parent or other adult caregiver touch you in a sexual way, force you to touch him or her in a sexual way, or force you to have sexual relations?”) dichotomized as never/ ≥ 1 times before age 18 years; coerced sex (ever “forced, in a non-physical way, to have any type of sexual activity against your will?”); and physically forced sex (ever “physically forced to have sexual intercourse against your will?”), both limited to occurrences outside of parent/caregiv-

Tabell 14. Tidlig graviditet, seksuelle overgrep i barndommen og voldtekt etter seksuell identitet/selvforståelse. Prosent. Add Health (Wave I og Wave IV) (Goldberg et al. 2016).



er relationships. To avoid issues of temporality, measures were restricted to events that first occurred before age 20 years” (Goldberg et al. 2016: 432).

Tabellen ovenfor viser fordelingen av tenåringsjenter som svarer at de har vært gravide før fylte 18 år (forskjellene for “senere” tidlige graviditeter, dvs. når de var mellom 18 og 19 år, er ikke signifikante) etter seksuell identitet/selvforståelse (heteroseksuelle (N=4739), for det meste heteroseksuelle (N=1013), biseksuelle (N=145) og lesbiske (N=75)). Den viser også fordelingen av å ha opplevd seksuelle overgrep i barndommen og sex under fysisk tvang (voldtekt) etter de samme identitetskategoriene.

Tabell 14 viser at tenåringsgraviditeter oftest forekommer blant biseksuelle jenter/unge kvinner og sjeldnest blant lesbiske jenter/unge kvinner. Heteroseksuelle og for det meste heteroseksuelle kvinner befinner seg i en mellomkategori. Av Goldberg et al. (2016) fremgår det videre at den påviste forskjellen i tenåringsgraviditeter etter seksuell identitet/selvforståelse må forstås i sammenheng med forskjeller kategoriene imellom når det gjelder seksuelle overgrep. Goldberg et al. (2016) viser også at de observerte forskjellene i tenåringsgraviditeter mellom de ulike gruppene delvis skyldes variasjon i risikoforferd; som tidlig sexdebut (vaginalsex), mangelfull bruk av pre-

vensjonsmidler, og et stort antall mannlige sexpartnere. Medianen for seksuell debut var høyest hos heteroseksuelle kvinner (15.9 år) og lavest hos biseksuelle (14.9 år). Median for antall mannlige sexpartnere før fylte 18 år blant heteroseksuelt identifiserte kvinner er 2.7, for “for det meste heteroseksuelt” identifiserte 4.83, for biseksuelt identifiserte 7.33 og blant lesbisk identifiserte kvinner er den på 3.69. Median for antall kvinnelige sexpartnere før fylte 18 år blant heteroseksuelt identifiserte kvinner er 0.02, for “for det meste heteroseksuelt” identifiserte 0.21, for biseksuelt identifiserte 1.19 og for lesbisk identifiserte kvinner er den på 1.03.

Resultatene fra Goldberg et al. (2016) er i overensstemmelse med resultater fra tidligere undersøkelser som har anvendt regionale representative data fra Youth Risk Behavior Surveillance System (YRBSS), to enkeltstående delstatsstudier (New York City (Lindley & Walsemann 2015) og Massachusetts (Goodenow et al. 2008)) og én studie bestående av sammenslåtte data fra delstatsstudier (Riskind et al. 2014).¹² Data fra YRBSS viser, på samme måte som Add Health-undersøkelsen, at sammenliknet med unge heterofile kvinner er unge biseksuelle kvinner og unge seksuelle minoritetskvinner generelt en særlig utsatt gruppe når det gjelder å bli gravid i ung alder.

¹² Den samsvarer også med tendensene Saewyck et al. (1999) dokumenterer, hvis data-materiale er fra the Minnesota Adolescent Health Survey (N=3816) Se også Saewyck et al. (2006).

Resultatene fra Goldberg et al. (2016) er imidlertid ikke i samsvar med Tornello et al. (2014) der det ikke ble påvist signifikante forskjeller mellom heteroseksuelt identifiserte kvinner og seksuelle minoritetskvinner når det gjelder graviditeter og uønskede graviditeter. Begge undersøkelsene har et representativt design, og som Goldberg et al. (2016) bruker Tornello et al. (2014) kun ett mål på seksuell orientering: seksuell identitet/selvforståelse. Forskjellene i resultater mellom Goldberg et al. (2016) og Tornello et al. (2014) kan imidlertid skyldes at sistnevnte ikke benytter undergrupper for heterofilt identifiserte kvinner, noe som er uheldig, og at analyseutvalget er mindre. Det er også grunn til å merke seg at størrelsen på noen av undergruppene i Goldberg et al. (2016) er små, dette gjelder særlig lesbiske, noe som innebærer at feilmarginene kan være store når det gjelder resultatene.

The Youth Risk Behavior Surveillance System (YRBSS: 1990 –)

The Youth Risk Behavior Surveillance System (YRBSS) er en pågående amerikansk ungdomsundersøkelse som ble designet i 1990 av Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Den er utviklet med henblikk på å monitorere typer atferd som er forbundet med helserisiko, funksjonshemninger og dødelighet/tidlig død. Undersøkelsen setter atferd som er forbundet med helserisiko i fokus: 1) Atferd som kan medføre uintensjonelle skader eller vold, 2) seksuell atferd relatert til uønskede graviditeter og seksuelt overførbare infeksjoner, 3) bruk av alkohol og illegale rusmidler, 4) bruk av tobakk, 5) usunne matvaner og 6) mangelfull fysisk aktivitet.

Goodenow et al. (2008) undersøker seksuell risikoatferd etter flere dimensjoner på seksuellorientering med utgangspunkt i YRBSS-data fra Massachusetts. Artikkelen er et tidlig eksempel på forbillidlig bruk av flere mål/indikatorer på seksuell orientering i den hensikt å beskrive den heterogenitet som kjennetegner den seksuelle minoritetsbefolkningen. Analyseutvalget er imidlertid noe mindre (N=3666) enn i de andre studiene som er presentert, noe som muligens er grunnen til at risikosex og uønskede graviditeter blir vurdert ut fra de to målene på seksuell orientering hver for seg og sammenliknet, men ikke ut fra ulike kombinasjoner av de to di-

mensjonene. Som mål på risikoatferd bruker Goodenow et al. (2008) blant annet tidlig seksuell debut (før fylte 13 år), ≥ 4 sexpartnere i løpet av livet, ≥ 2 sexpartnere siste tre måneder, mangelfull kondombruk ved siste samleie, bruk av rusmidler under siste samleie og voldtekt.

Studien viser at deltakere med ikke-heteroseksuelle identiteter hadde større sannsynlighet for å ha erfart ulike former for seksuelle overgrep og å rapportere om risikoatferd, som et høyt antall sexpartnere. Sammenliknet med heteroseksuelt identifiserte hadde ikke-heteroseksuelt identifiserte respondenter større sannsynlighet for å ha vært gravide.

Et hovedfunn, ifølge Goodenow et al. (2008), er det manglende samsvaret mellom seksuell identitet/selvforståelse og sexatferd blant kvinnelige tenåringer. Som studier tidligere i denne kunnskapsrapporten viser, oppgir de aller fleste heteroseksuelle kvinner at de utelukkende har hatt sex med menn. At heteroseksuelle kvinner har hatt sex med både kvinner og menn er unntaket fra regelen, selv om denne minoriteten blant heteroseksuelt identifiserte kvinner utgjør en vesentlig andel av den seksuelle minoritetsbefolkningen KSK. Goodenow et al. (2008) gir følgende forklaring på det manglende samsvaret mellom seksuell identitet/selvforståelse

og sexatferd blant KSK:

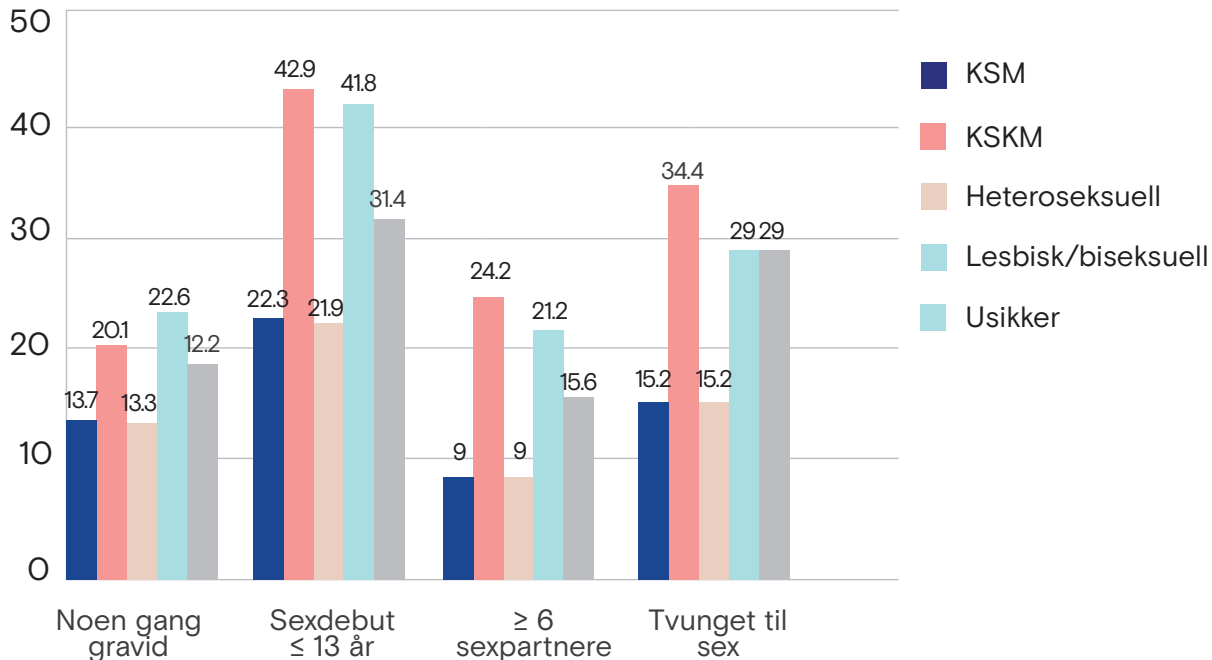
“The discordance between identity and behavior in adolescence is not altogether surprising. The development of a stable identity is a central challenge for all adolescents... As adolescents sort out their self-perceptions and experiences, their sexual identity may shift several times during adolescence and young adulthood. For sexual-minority youths, defining sexual identity may be made more difficult by the stigma attached to nonheterosexuality or example, adolescent females with a bisexual or lesbian identity were more likely than self-identified heterosexuals to have had multiple sexual partners or to have been pregnant, a finding consistent with previous research. One proposed explanation is that attempting to cope with a heavily stigmatized identity may lead some adolescent females to “heterosexual immersion” (excessive and highrisk sexual behavior with male partners) in an attempt either to “cure” themselves of homosexuality or to prove to themselves or others, by being pregnant, that they are not lesbian” (Goodenow et al. 2008: 1055).

Lindley & Walsemann (2015) beskriver sammenhenger mellom seksuell orientering og graviditet blant seksuelt erfarne unge kvinner (N=4892) i New York City Youth Risk Behavior Surveys (data fra 2005, 2007 og 2009). Tabell 15 viser de unge kvinnenes fordeling på graviditet og risikoferd etter seksuell orientering.

Resultatene fra Lindley & Walsemann (2015) er i overenstemmelse med andre data fra YRSBSS (Goodenow et al. (2008) og Riskind et al. (2014)) og fra Add Health ved Goldberg et al. (2016). 14 prosent av de kvinnelige respondentene svarte at de hadde vært gravide, et forhold som varierte med begge mål på seksuell orientering. Sammenliknet med heteroseksuelt identifiserte unge kvinner eller kvinner som utelukkende har sex med menn, hadde kvinner som forsto seg selv som lesbiske/biseksuelle eller som rapporterte at de hadde hatt sex med både kvinner og menn større sannsynlighet for å ha vært gravide. Som i de ovenfor nevnte studiene bør denne overrepresentasjonen av graviditet blant kvinner med seksuell minoritetsstatus sees i sammenheng med at de også var overrepresentert når det gjelder seksuelle overgrep (voldtekt), tidlig seksualdebut og et stort antall sexpartnere.

Avslutningsvis bør det også kommenteres at i artikkelen “Sexual Identity, Partner Gender, and Sexual Health Among Adolescent Girls in the United States” (Riskind et al. 2014) blir YRBSS-studier fra 13 delstater slått sammen. Som allerede nevnt under beskrivelsen av Goldberg et al. (2016) er funn og resultater i denne artikkelen i samsvar med andre resultater fra andre YRBSS- og Add Health-studier når det gjelder beskrivelse av sammensetningen av den kvinnelige minoritetsseksuelle populasjon, risikoferd, bruk av prevensjonsmidler og graviditet.

Tabell 15. Tidlig sexdebut, voldtekt, antall sexpartnere og noen gang gravid etter sexatferd og seksuell identitet/selvforståelse. YRBSS New York City 2005, 2007 & 2009. Prosent. Lindley & Walsemann (2015)



KSK-populasjonen i nyere norske studier

Det finnes per i dag ikke gode representative data som gir dokumentasjon av forekomsten av SOI blant KSK i Norge. En årsak til dette er at mål/indikatorer på seksuell minoritetsstatus ikke er tatt med i SSBs helse- og levekårsundersøkelser. Det å inkludere mål på seksuell minoritetsstatus er dessuten meningsløst da utvalget i SSBs helse- og levekårsundersøkelser er for lite til at det

gir grunnlag for statistisk analyse på slike minoriteter. Som gjennomgått i denne rapporten, finnes det velutprøvde mål/indikatorer på seksuell minoritetsstatus, men en ytterligere utfordring er at SSBs nettutvalg minst må fordobles for at de skal kunne benyttes. Selv Natsal med et nettutvalg på 12 000 respondenter, opplever at resultater for denne gruppen er usikre.

En levekårsundersøkelse ved Uni Helse (Anderssen og Malterud 2013) tilstreber representativitet ved å bruke data innhentet fra et eksisterende web-panel. I denne er det blitt brukt en oversamlings-teknikk for å rekruttere en stor nok andel lesbiske, homofile og bifile (LHB) personer til undersøkelsen.

“Da målet for antall heterofile personer i utvalget var nådd (28.01.2013), ble henvendelser sendt ut til stadig større deler av web-panel-et, men de som krysset av for «heterofil» på spørsmålet om seksuell orientering, fikk straks melding om at deres gruppe hadde nok deltakere, og flere spørsmål ble ikke stilt til dem. På denne måten oppnådde vi over-sampling av lhb-deltakere til spørreundersøkelsen, slik at disse gruppene ble tilstrekkelig store til gjennomføring av de analysene vi hadde planlagt” (Anderssen og Malterud 2013: 53).

Denne måten å oversample på er uheldig da det gjøres med utgangspunkt i seksuell identitet/selvforståelse og ikke sexatferd - til tross for at spørreundersøkelsen inkluderte spørsmål om mannlige og kvinnelige sexpartnere siste tolv måneder - eller en kombinasjon av begge. Strategien som brukes fører til at lesbisk eller bifilt identifiserte kvinner nødvendigvis er overrepresentert og at heterofile KSK, som er en særlig sårbar gruppe når det gjelder seksuell helse samtidig som de i størrelse overgår både bifile og lesbiske kvinner i KSK-populasjonen, er betydelig underrepresentert. I Uni Helses levekårsundersøkelse fra 2013,

hvor heterofile KSK altså ikke inkluderes i analysene og det heller ikke skilles mellom undergrupper av lesbiske og bifile kvinner i henhold til sexatferd, oppgir 19.1 prosent av de heterofile kvinnene, 6.1 prosent av de lesbiske og 24.1 prosent av de biseksuelle kvinnene at de noen gang har hatt en seksuelt overførbar infeksjon. Klamydiainfeksjon var den vanligste selvrapporterte diagnosen:

“Andelen lesbiske kvinner som rapporterte klamydia, gonoré (ingen), eller kjønnsvorter var lavere enn blant heterofile kvinner. Andelen bifile kvinner som rapporterte at de hadde hatt klamydia, kjønnsvorter eller bakteriell vaginose var høyere enn blant heterofile kvinner” (Anderssen og Malterud 2013: 75).

Uni Helses resultater samsvarer delvis med funn og resultater fra internasjonale undersøkelser. Både forekomst og fordeling av SOler mellom kvinner etter seksuell identitet/selvforståelse er påvirket av metodiske valg. Det er ikke kontrollert for sexatferd og heterofilt identifiserte KSK, som er overrepresenterte når det gjelder risikoatferd og SOler som herpes (Xu et al. 2010), kunne muligens vært gjenstand for analyse, men oversamlings-teknikken som er benyttet gjør at denne delen av utvalget er for liten og/eller skjev. Således er dette ikke data som gir en indikasjon være seg om omfanget av SOI-problematikk eller hvilke grupper i den heterogene populasjonen KSK som er mest sårbare.

I Malterud og Anderssen (2014) blir dette datamaterialet beskrevet videre med blant annet henblikk på underlivsundersøkelser og forekomst av SOIer blant heterofilt, bifilt og lesbisk identifiserte kvinner. Seksuell identitet/selvforståelse blir fremdeles brukt som det eneste målet på seksuell orientering, og utvalgets fordeling etter seksuell atferd blir dermed ikke beskrevet. Følgelig fremkommer ingen resultater med hensyn til hvorvidt det er samsvar mellom kvinnenens seksuelle identitet/selvforståelse og deres sexatferd, som denne kunnskapsgjennomgangen tidligere har gjort rede for at er en viktig faktor med hensyn til blant annet fordelingen av SOI i KSK-populasjonen. Malterud og Anderssen (2014) gjengir de kvinnelige respondentenes svar på hvorvidt det var en kvinne eller en mann de antok at hadde smittet dem med en SOI.

“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%)” (Malterud og Anderssen 2014: 69).

Molin et al. (2016) er en retrospektiv analyse av pasientdata fra Olafiaklinikken i Oslo. Olafiaklinikken er en spesialisthelsetjeneste innenfor Oslo universitetssykehus med et lavterskeltilbud i form av drop-in. Klinikken tilbyr rutinemessig test for klamydia, mykoplasma, gonore, syfilis, hepatitt og hiv. Problemstillingen var å sammenlikne to grupperinger seksuelle minoritetskvinner (KSK og KSKM) med kvinner som svarte at de utelukkende hadde hatt sex med menn (KSM) for å undersøke hvorvidt det var forskjeller i forekomst av SOI.

Data fra brukere av en klinikk for seksuelt overførbare infeksjoner er ikke representative, men kan likevel gi verdifull informasjon om SOI-problematikk blant særlig sårbare grupper. Eksempler på tidligere liknende studier er Bevier et al. (1995), Fethers et al. (2000) og Singh et al. (2009).

Av 124 300 kvinnelige konsultasjoner mellom 2004 og 2014, ble omtrent 17 prosent (N=20 736) ekskludert fra analyseutvalget som følge av mangelfull rapportering av seksuell praksis. Som mål på seksuell orientering, benyttes kun seksuell atferd og utvalget ble kategorisert som følger: Kvinner som rapporterte at de utelukkende har hatt sex med kvin-

ner de siste seks månedene og at de bare har hatt sex med kvinner noensinne ble kategorisert som “kvinner som har sex med kvinner”. Når det gjelder “kvinner som har sex med både kvinner og menn”, inkluderte dette de som svarte at de i løpet av livet hadde hatt sex med både menn og kvinner. De som rapporterer å utelukkende ha hatt sex med menn siste seks måneder og i løpet av livet, ble kategorisert som “kvinner som har sex utelukkende med menn”.

Om lag tolv prosent av kvinnene i analyseutvalget svarte at de noen gang hadde hatt sex med personer av det samme kjønn som dem selv og fem prosent svarte at de var kvinner som utelukkende hadde hatt sex med kvinner i løpet av livet. I analyseutvalget ble det påvist SOI blant åtte prosent av respondentene og blant 13 prosent av de som benyttet seg av Olafiaklinikkens tjenester for første gang. Andelen positive tester var større blant kvinner som svarte at de utelukkende hadde hatt sex med menn enn blant KSK.

“Chlamydia was the most frequent of STIs (4–5%) in all study groups, followed by mycoplasma (1–3%). Both infections were less frequent among WSW compared with WSM. Gonorrhoea was uncommon in all study groups; less than 0.5% of women were infected. HIV and syphilis infections were not found at all among WSW and were found in less than 0.1% of WSWM and WSM” (Molin et al. 2016: 259).

Sammenliknet med kvinner som utelukkende hadde hatt sex med menn og kvinner som hadde hatt sex med både menn og kvinner, hadde kvinner som utelukkende hadde hatt sex med kvinner mindre sannsynlighet for å ha blitt smittet av en SOI. Dette er et funn som er i overensstemmelse med resultater fra utenlandske representative undersøkelser. Kvinner som utelukkende har sex med kvinner og kvinner som utelukkende har sex med menn synes å være lite sårbare i en SOI-sammenheng. I Olafiaklinikkens analyseutvalg ble det ikke påvist signifikante forskjeller mellom kvinner som hadde hatt sex både med kvinner og med menn og de kvinnelige respondentene som svarte at de utelukkende hadde hatt sex med menn. Dette er et funn som ikke er i samsvar med resultater fra utenlandske representative undersøkelser (eller fra andre klinikkundersøkelser). Disse representative studiene viser at kvinner som har hatt sex både med kvinner og med menn, uten unntak, er den mest utsatte gruppen blant kvinner når det gjelder SOI. Hvorfor så ikke er tilfelle i Molin et al. (2016) kan skyldes at det brukes kun ett mål/indikator på seksuell orientering (adferd og ikke en kombinasjon av atferd og seksuell identitet/selvforståelse) og/eller at respondentene er rekruttert ved selvseleksjon dvs. består av de kvinner som har valgt å teste seg for SOI på Olafiaklinikken i den angjeldende tidsperiode og som har valgt å fylle ut spørreskjemaet i forbindelse med prøvetakingen.

Avslutning

Tema for denne rapporten har vært seksuell helse blant kvinner som har sex med kvinner. Rapporten er en gjennomgang av tilgjengelig forskningsbasert kunnskap. En hovedmålsetting har vært å tilrettelegge for videre politikktutforming og seksuelt helsefremmende arbeid blant seksuelle minoritetskvinner i Norge, gjennom å identifisere omfanget av risikoatferd og seksuell uhelse og variabler og perspektiver som bør stå i fokus.

Undersøkelsen er ikke ment å gi en helhetlig beskrivelse, og utgjør ikke en fyllestgjørende analyse av seksuelle minoritetskvinner livssituasjon og seksuelle helse. Hovedmålet er å sortere det viktige fra det mindre viktige. Det er således mange sider ved KSK og deres seksuelle helse som ikke er blitt tematisert i denne rapporten.

Denne kunnskapsgjennomgangen 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 mest vanlige er å bruke seksuell identitet/selvforståelse som mål på seksuell orientering. Det er et metodisk design som gjør at viktige målgrupper forsvinner under radaren. 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 forståelse for hvordan denne seksuelle minoritetsgruppen ser ut krever at man reflekterer over ulike kombinasjoner av atferd, attraksjon og identitet/selvforståelse samt over hvilke handlinger det er som egentlig faller inn under kategorien "sex mellom kvinner".

Forskningen på SOler blant seksuelle minoritetskvinner tilhører fremdeles sjeldenhetene. Det er dessuten en uheldig praksis at seksuelle minoritetskvinner ikke inngår i helsemyndighetenes overvåkningssystem for SOler på en adekvat måte, det vil si i henhold til deres seksuelle identitet/selvforståelse og sexatferd. En slik praksis ville også gi et riktigere bilde av SOI-situasjonen blant heterofile kvinner som har sex med menn.

Denne kunnskapsgjennomgangen viser at KSK har forhøyet risiko for å bli ufrivillig gravide 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, noe som gjelder majoriteten KSK. 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

gravide - 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 og med menn er særlig sårbare, samtidig som de utgjør en vesentlig andel av den seksuelle minoritetsbefolkningen. Denne sårbarheten blant heterofilt og biseksuelt identifiserte KSK må sees i sammenheng med seksuelle over-

grep og tidlig seksuell debut, samt at de er overrepresentert når det gjelder risiko-sex målt ved overlappende sexpartnere, uregelmessig bruk av kondom, analsex og et stort antall mannlige sexpartnere.

Litteraturliste

Agénor, Madina; McCauley, Heather; Peitzmeier, Sarah M.; Haneuse, Sebastien; Gordon, Allegra R.; Potter, Jennifer & Austin, S. Bryn (2016): Sex of Sexual Partners and Human Papillomavirus Vaccination Among U.S. Girls and Women. *American Journal of Preventive medicine*, 50(3): 318–327. doi:10.1016/j.amepre.2015.08.025.

Anderssen, Norman og Malterud, Kirsti (red.) (2013): *Seksuell orientering og levekår*. UniHelse, Bergen.

Badgett, Lee & Goldberg, Naomi (2009): *Best Practices for Asking Questions about Sexual Orientations on Surveys. Created by the Sexual Minority Assessment Research Team (SMART), a multidisciplinary and multi-institutional collaboration*. The Williams Institute, UCLA School of Law/California.

Bauer, Greta R.; Welles, Seth L (2001): Beyond assumptions of negligible risk: sexually transmitted diseases and women who have sex with women. *American Journal of Public Health*, 91 (8): 1282–1286.

Bauer, Greta R. & Jairam, Jennifer A. (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

Bauer, Greta R.; Jairam, Jennifer A. & Baidoobonso, Shamara M (2010): Sexual Health, Risk Behaviors, and Substance Use in Heterosexual-Identified Women With Female Sex Partners: 2002 US National Survey of Family Growth. *Sexually Transmitted Diseases*, 37 (9): 531-537

Bevier, Pamela Jean; Chiasson, Mary Ann; Heffeman, Richard T. & Castro, Kenneth G. (1995): Women at a Sexually Transmitted Disease Clinic Who Reported Same-Sex Contact: Their HIV Seroprevalence and Risk Behaviors (1995): *American Journal of Public Health*, 85(10): 1366-1371

Brown, Monique J.; Masho, Saba W.; Perera, Robert A.; Mezuk, Briana & Cohen, Steven A. (2015): Sex and sexual orientation disparities in adverse childhood experiences and early age at sexual debut in the United States: Results from a nationally representative sample. *Child Abuse & Neglect*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.02.019>

Carolina Population Center (2017): <http://www.cpc.unc.edu/projects/addhealth>

Chandra, Anjani; Mosher, William D.; Copen, Casey & Sionean, Catlainn (2011): Sexual Behavior, Sexual Attraction, and Sexual Identity in the United States: Data From the 2006-2008. National Survey of Family Growth. *National Health Statistics Reports*, March 3;(36):1-36.

Charlton, Brittany M.; Corliss, Heather L.; Missmer, Stacey A.; Rosario, Margaret; Spiegelman, Donna & Austin S. Bryn (2013): Sexual orientation differences in teen pregnancy and hormonal contraceptive use: An examination across two generations. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 209(3): 204.e1-204.e8. doi:10.1016/j.ajog.2013.06.036.

Cochran, Susan D. & Mays, Vickie M. (2007): Physical Health Complaints Among Lesbians, Gay Men, and Bisexual and Homosexually Experienced Heterosexual Individuals: Results From the California Quality of Life Survey. *American Journal of Public Health*, 97(11): 2048-2055

Cochran, Susan D. & Mays, Vickie M. (2009): Burden of Psychiatric Morbidity among Lesbian, Gay, and Bisexual Individuals in the California Quality of Life Survey. *Journal of Abnormal Psychology*, 647-658

- Cochran, Susan & Mays, Vickie M. (2011): Sexual Orientation and Mortality Among US Men Aged 17 to 59 Years: Results From the National Health and Nutrition Examination Survey III. *American Journal of Public Health*, 101 (6): 1133–1138
- Copen, Casey E.; Chandra, Anjani & Febo-Vazquez, Isaedmarie (2016): Sexual Behavior, Sexual Attraction, and Sexual Orientation Among Adults Aged 18–44 in the United States: Data From the 2011–2013 National Survey of Family Growth. *National Health Statistics Reports*, 88:1–14.
- Edelman, Natalie; Cassell, Jackie A.; de Visser, Richard; Prah, Philip & Mercer, Catherine H. (2017): Can psychosocial and socio-demographic questions help identify sexual risk among heterosexually-active women of reproductive age? Evidence from Britain's third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *BMC Public Health*, 17:5 DOI 10.1186/s12889-016-3918-8
- Everett, Bethany G. (2013): Sexual Orientation Disparities in Sexually Transmitted Infections: Examining the Intersection Between Sexual Identity and Sexual Behavior, *Archives of Sexual Behavior*, 42(2): 225–236.
- Fethers K, Marks C, Mindel A, Estcourt CS (2000): Sexually transmitted infections and risk behaviours in women who have sex with women. *Sexually Transmitted Infections*, 76: 345–349.
- Goldberg, SK; Reese, BM, Halpern CT (2016): Teen Pregnancy Among Sexual Minority Women: Results From the National Longitudinal Study of Adolescent to Adult Health. *Journal of Adolescent Health*, 59 (4): 429–437
- Goodenow, Carol; Szalacha, Laura A; Robin, Leah E. & Westheimer, Kim (2008): Dimensions of Sexual Orientation and HIV-Related Risk Among Adolescent Females: Evidence From a Statewide Survey. *American Journal of Public Health*, 98 (6): 1051–1057
- Gulløy, Elisabeth; Haraldsen, Gustav og Normann, Tor Morten (2009): Kartlegging av seksuell identitet i Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse. Dokumentasjon av bakgrunn og utvikling av spørsmål. *SSB Notater*, 2009/22
- Hegna, Kristinn; Kristiansen, Hans W. og Moseng, Bera Ulstein (1999): Lavekår og livskvalitet blant lesbiske kvinner og homofile menn. NOVA-rapport 1/99. *Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring*, Oslo

Johnson, Anne M.; Mercer, Catherine H.; Erens, Bob; Copas, Andrew J.; McManus, Sally; Wellings, Kaye; Fenton, Kevin A.; Korovessis, Macdowall; Nanchahal, Kiran; Purdon, Susan & Field, Julia (2001): Sexual behaviour in Britain: partnerships, practices, and HIV risk behaviours. *Lancet*, 358 (9296):1835-1842

Kaestle, Christine E. & Martha W. Waller (2011): Bacterial STDs and Perceived Risk Among Sexual Minority Young Adults. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 43(3): 158-163. doi:10.1363/4315811.

Lindley, Lisa L.; Walsemann, Katrina M. & Carter, Jarvis W. (2012): The Association of Sexual Orientation Measures With Young Adults' Health-Related Outcomes. *American Journal of Public Health*, 102 (6): 1177-1185

Lindley, Lisa L.; Walsemann, Katrina M. & Carter, Jarvis W. (2013): Invisible and at Risk: STDs Among Young Adult Sexual Minority Women in the United States. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 45 (2): 66-73

Lindley, Lisa L.; Walsemann, Katrina M. (2015): Sexual Orientation and Risk of Pregnancy Among New York City High-School Students. *American Journal of Public Health*, 105 (7): 1379-1386

Macdowall, Wendy; Gibson, Lorna J.; Tanton, Clare; Mercer, Catherine H.; Lewis, Ruth; Clifton, Soazig; Field, Nigel; Datta, Jessica; Mitchell, Kirstin R.; Sonnenberg, Pam; Erens, Bob; Copas, Andrew J.; Phelps, Andrew; Prah, Philip; Johnson, Anne M. & Wellings, Kaye (2013): Lifetime prevalence, associated factors, and circumstances of non-volitional sex in women and men in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *Lancet*, 382: 1845-1855

Malterud, Kjersti og Norman, Anderssen (2014): *Helse blant lesbiske og bifile kvinner i Norge*. UniHelse, Bergen

Marazzo, Jeanne M.; Koutsky, Laura A. & Handsfield, Hunter H. (2001): Characteristics of female sexually transmitted disease clinic clients who report same-sex behaviour. *International Journal of STD & AIDS*, 12: 41-46

- Marazzo, Jeanne M. (2000): Sexually transmitted infections in women who have sex with women: who cares? *Sexually Transmitted Infections*, 76: 330–332.
- Marrazzo, Jeanne M. (2010): Even NHANES Evolves: Some Surprising Findings About Women Who Have Sex With Women. *Sexually Transmitted Diseases*, 37 (7): 414–415
- Marrazzo, Jeanne M. & Gorgos, Linda M. (2012): Emerging Sexual Health Issues among Women Who Have Sex with Women. *Current Infectious Disease Reports*, 14, 204–211.
- Mercer, Catherine H.; Bailey, Julia V.; Johnson, Anne M.; Erens, Bob; Wellings, Kaye; Fenton, Kevin A. and Copas, Andrew (2007): Women Who Report Having Sex With Women: British National Probability Data on Prevalence, Sexual Behaviors, and Health Outcomes. *American Journal of Public Health*, 97 (6): 1126–1133
- Mercer, Catherine H. (2015): Sexual behaviour. *MEDICINE*, 42 (6): 291–293
- Michael, Robert T.; Gagnon, John H.; Laumann, Edvard o& Kolata, Gina (1995): Sex in America. A *Definitive Survey*. Warner Books, New York
- Mojola, Sanyu A. & Everett, Bethany (2012): STD and HIV Risk Factors Among U.S. Young Adults: Variations by Gender, Race, Ethnicity and Sexual Orientation. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 44 (2): doi:10.1363/4412512
- Molin, Sol-Britt, Freiesleben De Blasio, Birgitte & Olsen, Anne Olaug (2016): Is the risk for sexually transmissible infections (STI) lower among women with exclusively female partners compared with male partners? A retrospective study based on attendees at a Norwegian STI clinic from 2004 to 2014. *Sexual Health*, doi.or/10.1071/SH16193
- Moseng, Bera Ulstein & Bjørnshagen, Vegar (2017): Are there any differences between different testing sites? A cross-sectional study of a Norwegian low-threshold HIV testing service for men who have sex with men. *BMJ Open* 2017;7:e017598. doi:10.1136/bmjopen-2017-017598
- Nield, Jennifer; Magnusson, Brianna; Brooks, Christopher; Chapman, Derek & Lapane, Kate L. (2015): Sexual discordance and sexual partnering among heterosexual women. *Archives of Sexual Behavior*, 44(4):885–94.

Normann, Tor Morten og Gulløy, Elisabeth (2010): Seksuell identitet og levekår. *Evaluering av levekårsrelevans og datafangst*. Rapport 13/. Oslo/Kongsvinger, Statistisk Sentralbyrå.

Operario, Don; Gamarel, Kristi E; Grin, Benjamin M.; Lee, Ji Hyun; Christopher W. Kahler, PhD, Brandon D. L. Marshall, PhD, Jacob J. van den Berg, PhD, and Nickolas D. Zaller, PhD (2015): Sexual Minority Health Disparities in Adult Men and Women in the United States: National Health and Nutrition Examination Survey, 2001–2010. *American Journal of Public Health*, 105(10):e27–34. doi: 10.2105/AJPH.2015.302762

Paquette, Rachele; Tanton, Clare; Burns, Fiona; Prah, Philip; Shahmanesh, Maryam; Field, Nigel; Macdowall, Wendy; Gravningen, Kirsten; Sonnenberg, Pam & Mercer, Catherine H. (2017): Illicit drug use and its association with key sexual risk behaviours and outcomes: Findings from Britain's third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0177922>

Prah, Philip; Hickson, Ford; Bonell, Chris; McDaid, Lisa, Johnson, Anne M.; Wayal, Sonali; Clifton, Soazig; Sonnenberg, Pam; Nardone, Anthony; Erens, Bob; Copas, Andrew J.; Riddell, Julie; Weatherburn, Peter & Mercer, Catherine (2016): Men who have sex with men in Great Britain: comparing methods and estimates from probability and convenience sample surveys. *Sexually Transmitted Infections*, 92: 455–463.

Przedworski, Julia M.; McAlpine, Donna D.; Karaca-Mandic, Pinar & VanKim, Nicole A. (2014): Health and Health Risks Among Sexual Minority Women: An Examination of 3 Subgroups. *American Journal of Public Health*, 104, (6): 1045–1047

Riskind, Rachel G.; Tornello, Samantha L.; Younger, Brendan C. & Patterson, Charlotte J. (2014): Sexual Identity, Partner Gender, and Sexual Health Among Adolescent Girls in the United States. *American Journal of Public Health*, 104 (10): 1957–1963

Rosario, Margaret; Corliss, Heather L.; Everett, Bethany G.; Reisner, Sari L; Austin, S. Bryn; Buchting, Francisco O. & Birkett, Michelle (2014): Sexual Orientation Disparities in Cancer-Related Risk Behaviors of Tobacco, Alcohol, Sexual Behaviors, and Diet and Physical Activity: Pooled Youth Risk Behavior Surveys. *American Journal of Public Health*, 104 (2): 245–254

Rosario, Margaret; Corliss, Heather L.; Everett, Bethany G.; Russell, Stephen T.; Buchting, Francisco O. & Birkett, Michelle A. (2014): Mediation by Peer Violence Victimization of Sexual Orientation Disparities in Cancer-Related Tobacco, Alcohol, and Sexual Risk Behaviors: Pooled Youth Risk Behavior Surveys. *Journal of Public Health*, 104 (6): 1113-1123

Rosario, Margaret; Li, Fei; Wypij, David; Roberts, Andrea L.; Corliss, Heather L.; Charlton, Brittany M.; Frazier, A. Lindsay & Austin, S. Bryn (2016): Disparities by Sexual Orientation in Frequent Engagement in Cancer-Related Risk Behaviors: A 12-Year Follow-Up. *American Journal of Public Health RESEARCH*, 106 (4): 698-706

Saewyc, Elisabeth M.; Bearinger, Linda H.; Blum, Robert Wm. & Resnick, Michael D.. (1999): Sexual intercourse, abuse and pregnancy among adolescent women: does sexual orientation make a difference? *Family Planning Perspectives*, 31(3): 127-131

Saewyc, Elisabeth M.; Bauer, Greta R.; Skay, Carol L.; Bearinger, Linda H.; Resnick, Michael D.; Reis, Elisabeth & Murphy, Aileen (2004): Measuring sexual orientation in adolescent health surveys: evaluation of eight school-based surveys. *Journal of Adolescent Health*, 35(4): 345.e1-345.e15

Scheer, Susan; Peterson, Ingrid; Page-Shafer, Kimberly; Delgado, Viva; Gleghorn, Alice; Ruiz, Juan; Molitor, Fred; McFarland, William and Klausner, Jeffrey (2002): Sexual and drug use behavior among women who have sex with both women and men: Results of a population-based survey. *American Journal of Public Health*, 92(7): 1110-1112

Singh, Devika & Marrazzo, Jeanne M (2009): Sexually Transmitted Infections and Associated Conditions Among Women Who Have Sex with Women. *The Open Infectious Diseases Journal*, 3: 128-134

Sonnenberg, Pam; Ison, Catherine A.; Clifton, Soazig; Field, Nigel; Tanton, Clare; Soldan, Kate; Beddows, Simon; Alexander, Sarah; Khanom, Rumena; Saunders, Pamela; Copas, Andrew J.; Wellings, Kaye; Mercer, Catherine H. & Johnson, Anne M. (2015): Epidemiology of *Mycoplasma genitalium* in British men and women aged 16-44 years: evidence from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *International Journal of Epidemiology*, doi: 10.1093/ije/dyv194

Tao, Guoyu (2008): Sexual Orientation and Related Viral Sexually Transmitted Disease Rates Among US Women Aged 15 to 44 Years. *American Journal of Public Health*, 98(6):1110-1112

Tornello, Samantha L.; Riskind, Rachel G. & Patterson, Charlotte J. (2014): Sexual Orientation and Sexual and Reproductive Health Among Adolescent Young Women in the United States. *Journal of Adolescent Health*, 54: 160–168

Wellings, Kaye; Field, Julia; Johnson, Anne M. & Wadsworth, Jane (1994): Sexual Behaviour in Britain. *The National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles*. Penguin Books, London

White, Jaclyn M.; Biello, Katie B.; Reisner, Sari L; Perez-Brumer, Amaya; Heflin, Katherine J. & Mimiaga, Matthew J. (2016) Health Risk Behaviors in a Representative Sample of Bisexual and Heterosexual Female High School Students in Massachusetts. *Journal of School Health*, 86(1): 61–71

Xu, Fujie; Sternberg, Maya R. & Markowitz, Lauri E. (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. *Sexually Transmitted Diseases*, 37 (7): 407–413

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.
Oslo, oktober 2017