

# Lesbiske kvinner – en forskningsnøtt?

## Utfordringer ved forskning på en marginalisert gruppe

*Michael 2010; suppl 9: 35–43.*

*Forskningsresultater som gjelder marginaliserte grupper blir ofte fanget opp av media og bidrar til vår oppfatning av disse gruppene. I tillegg vil både konklusjonene i seg selv og formidlingen og diskusjonen rundt dem påvirke individets syn på seg selv. Hvis jeg som lesbisk kvinne hører at det er vanskelig å være lesbisk, at lesbiske ofte har psykiske problem og et overforbruk av alkohol, da gjør det noe med min oppfatning av meg selv og mine lesbiske venner. Kanskje vil min mor få skyldfølelse fordi hun tror hun har gjort noe galt i oppdragelsen, kanskje vil min sønn kvie seg for å ta kamerater med hjem. Siden resultater fra forskning på marginaliserte grupper kan ha såpass store konsekvenser, bør den være metodologisk sunn. Det finnes dessverre mange eksempler på det motsatte. Jeg vil her drøfte noen sentrale problemområder (1), eksemplifisert ved forskning på lesbiske kvinner og helse som er mitt forskningsfelt.*

### Hvem er «de lesbiske»?

Lesbisk er et begrep som brukes om homofile kvinner, et ord som først ble tatt i vanlig bruk tidlig på 1970-tallet. Det finnes ingen klar definisjon av hva det er å være lesbisk. Kan man være lesbisk uten å noen gang ha hatt sex med en annen kvinne? Kan lesbiske være kvinner som aldri har hatt seksuell omgang med menn, eller kvinner som ikke har hatt sex med menn det siste året? Kan seksuell orientering forandre seg i voksen alder, eller er det en medfødt egenskap som kanskje først undertrykkes og så erkjennes sent i livet? Tilsvarende spørsmål med motsatte fortegn kan selvsagt stilles om det å være heterofil. Et klart svar foreligger ikke, men de fleste mener at seksuell orientering inneholder de tre aspektene tiltrekning (forelskelse), atferd (seksuell omgang) og identitet (jeg «er» lesbisk hele tiden)(2). Lesbisk er altså et begrep som den enkelte kvinne velger å anvende om seg selv, og

innen forskning er det vanlig at deltakerne selv avgjør at de er lesbiske og kan delta, samt hva det å være lesbisk innebærer. De betegnes som selvidentifiserte lesbiske.

### **Rekruttering av deltakere**

Rekruttering av deltakere fra marginaliserte grupper innebærer egne utfordringer. Det er ikke mulig å bruke offentlige registre. Forskerne må derfor henvende seg til interesseorganisasjoner, besøke treffsteder og benytte uformelle nettverk. Vi skal her se nærmere på noen av de mest problematiske sidene ved rekruttering av lesbiske kvinner til forskning.

Å være «i skapet»: Fortsatt er det mange lesbiske som holder sin seksuelle orientering skjult fra andre enn de aller nærmeste, og mange vil ikke delta i forskning selv om anonymitet garanteres.

Opptegnelser over lesbiske kvinner: Det finnes interesseorganisasjoner der Landsforeningen for lesbiske, homofile, bifile og transpersoner (LLH) er den største, men likevel er nok kun en brøkdel av lesbiske kvinner medlemmer der. Man kan ikke gå ut fra at medlemmene utgjør et utvalg som er representativt for «alle lesbiske kvinner». For å være medlem av en interesseorganisasjon må man være engasjert i det å være lesbisk, man må være enig i organisasjonens politiske profil og arbeidet den gjør og man må være komfortabel med å være registrert der.

Egne treffsteder: Lesbiske kvinner utgjør en liten andel av befolkningen, og treffsteder finnes kun i store byer. Ved rekruttering her mister man lesbiske bosatt på landsbygda samt de som ikke går på puber eller deltar i organiserte aktiviteter.

Undertrykt gruppe: Lesbiske kvinner kan ha en skepsis til medisinske fag og til forskning på bakgrunn av historiske forhold. Homofile handlinger mellom menn ble først avkriminalisert i 1972, og selv om kvinner ikke var nevnt i loven er det rimelig å anta at en oppfattet seksuelle handlinger også mellom kvinner som kriminelle. Forsøk på å behandle homofile menn og kvinner til å bli heterofile ble gjort på 1950- og 60 tallet (3), og først i 1977 opphevet Norsk Psykiatrisk Forening homoseksualitet som sykdomsdiagnose. I 1980-årene begynte man å anse seksuell orientering som en medfødt egenskap, som man følgelig ikke kunne holdes ansvarlig for eller forandre. Denne endringen i synet på «årsaken» til homofili førte til økende aksept i samfunnet.

Personlige meninger om begreper: Mens det tidligere ofte var en redsel for å bruke begreper som homofil og lesbisk om sin egen seksuelle identitet, er det i dag en voksende homopolitisk motstand å bruke begrepene som kategori. Menneskene ønsker å bli betraktet som kun det – mennesker – og

vil ikke defineres som homofile, bifile eller heterofile av verken seg selv eller andre. Mange vegrer seg også for en kategorisering av kjønn og kjønnsuttrykk.

Homopolitiske oppfatninger: Mange potensielle forskningsdeltakere vil også ha meninger om studiedesign og hensikt. En del vil for eksempel ikke la seg rekruttere til såkalt elendighetsforskning, som fokuserer på negative trekk ved det å være lesbisk.

Utfordringene ved rekruttering illustreres av en svensk studie(4): I 2005 ble spørsmål om seksuell orientering inkludert i det svenske folkehelseinstituttets levekårsundersøkelse, en representativ befolkningsundersøkelse, og man fikk 29.190 svar. Den ble supplert med en internettbasert spørreundersøkelse der rekruttering og gjennomføring av undersøkelsen foregikk på nettsteder rettet mot homofile og transpersoner, og der fikk man et opportunistisk utvalg av informanter med totalt 3.388 svar. Seksuell orientering ble kategorisert på samme måte i de to undersøkelsene, med tillegg av en kategori for transpersoner i internetttundersøkelsen. Av de 29.190 som besvarte befolkningsundersøkelsen var det 648 (3,2 %) som ikke var heteroseksuelle. I internetttundersøkelsen rapporterte 2894 (85 %) at de var noe annet enn heteroseksuelle. Hvilket utvalg er det beste å trekke konklusjoner fra – det statistisk representative utvalget bestående av 648 personer, eller det opportunistiske bestående av drøyt fire ganger så mange personer?

## Ulike utvalg

Hvordan og hvor rekrutteringen har funnet sted bestemmer hva slags deltakere man har fått med til forskningsprosjektet. Gruppen av deltakere – utvalget – sine karakteristika avhenger av rekrutteringsprosessen, og utvalget er oftest ikke representativt i en statistisk betydning av ordet. Hva slags forskjeller kan det være mellom utvalg rekruttert på ulike måter? Eller med andre ord: Er det samme slags mennesker som deltar i internetttundersøkelser og som krysser av at de er homoseksuelle i store spørreundersøkelser fra det statlige folkehelsesinstituttet? I det nevnte svenske prosjektet påpekte forfatterne at deltakerne i internetttundersøkelsen var betydelig yngre enn de i befolkningsundersøkelsen. Et spørsmål dreide seg om bruk av cannabis de siste 12 månedene. I befolkningsundersøkelsen svarte 2,2 % av de homo- og biseksuelle kvinnene at de hadde brukt cannabis, mens det tilsvarende tallet fra internetttundersøkelsen var 7,8 %.

Måten man spør om seksuell orientering på har stor innflytelse på utvalgets karakter. I en spørreundersøkelse med et tilfeldig utvalg fra hver 10-års kohort av uteksaminerte kvinnelige leger i USA spurte man 4501 deltakere om både seksuell identitet og seksuell atferd (5). 2,1 % rapporterte

at de var seksuelt aktive kun med kvinner. Av disse kvinnene hadde 74 % identitet som lesbisk, 15 % som biseksuelle og 11 % oppfattet seg som heterofile. Hvis man tar utgangspunkt i seksuell identitet, var det 92,6 % som sa de var heterofile og av disse var det 77 % som hadde sex bare med menn. 23 % hadde altså sex også med kvinner. Tilsvarende var det 2,0 % som sa de var lesbiske, og av disse var det 79 % som rapporterte å ha sex med kun kvinner. En annen studie fra USA rekrutterte et opportunistisk utvalg med 392 deltakere fra treffsteder for lesbiske kvinner, og der var det ingen forskjell i antall mannlige partnere mellom kvinner med lesbisk og bifil identitet (6). Dette illustrerer at dersom man ønsker å studere seksuell overføring av sykdommer mellom kvinner, må man etterspørre kvinner som har sex med kvinner, ikke kvinner som har en lesbisk identitet – studiens hensikt må styre rekrutteringsprosess og begrepsbruk.

Dessverre har forskere altfor mange ganger benyttet et opportunistisk utvalg som om det var representativt og sammenliknet sine data med data fra representative utvalg fra «den generelle befolkning». Som illustrasjon kan nevnes en norsk rusvaneundersøkelse fra 2003 (7). Data fra festivaldeltakere ble sammenliknet med data fra flere andre undersøkelser, bl.a. den generelle befolkning (SSB 1995) og en annen studie med et ikke-representativt utvalg av homofile og bifile mennesker (NOVA Rapport 99/1). En av konklusjonene var at lesbiske kvinner drikker mye mer alkohol enn andre kvinner. Det er en konklusjon som ikke er korrekt å trekke ut fra denne undersøkelsen. Det kan være riktig, men metodologisk blir det feil. Man tok ikke hensyn til at «den generelle befolkning» også omfatter for eksempel alvorlig syke og småbarnsmødre med et annet drikkemønster enn festivalgjengere, og at gruppene ikke kan sammenliknes uten videre. Selv om forbehold ble presentert i rapporten, ble resultatet fra en av undergruppene der forskjellen var størst slått opp i media som en sannhet om lesbiske kvinner og alkohol; formidlingen maksimerte skjevheten og påvirket synet på lesbiske kvinner.

### **Statistisk representativitet**

Som vi ser av ovenstående er det altså vanskelig å oppnå representative utvalg av lesbiske kvinner. En grunnleggende forutsetning for å få et representativt utvalg er at vi kjenner totalpopulasjonens karakteristika, ettersom det representative utvalget skal ha samme sammensetning som totalpopulasjonen. Hva vet vi om totalpopulasjonen «lesbiske kvinner», altså gruppen av kvinner som betrakter seg selv som lesbiske? På 2000-tallet har man i representative studier med store antall deltakere begynt å inkludere spørsmål om seksuell orientering. Problemet her er at man blir stående igjen med grupper

av mennesker med ukjent seksuell orientering som ofte er vel så store som gruppene som oppgir at de er noe annet enn heterofile. Vi vet ikke hva som karakteriserer menneskene i gruppene med ukjent seksuell orientering, verken når det gjelder seksuell identitet eller andre parametre. Eksempler:

I Canada ble det i 2003 og 2005 gjennomført representative befolkningsundersøkelser om levekår der spørsmål om seksuell orientering ble inkludert (8). Tallene fra de to undersøkelsene er slått sammen. 88.540 kvinner svarte, og av disse var det ukjent seksuell orientering hos 3.289 (3,7 %) hvorav 713 aktivt hadde ønsket å ikke svare på spørsmålet. Av de gjenværende 85.251 svar var det 833 (1,0 %) som sa de var biseksuelle og 659 (0,8 %) lesbiske. De lesbiske kvinnene hadde høyere utdanning, høyere inntekt, var oftere hvite og var overrepresentert i aldersgruppen 35-44 år sammenliknet med de heteroseksuelle og biseksuelle kvinnene. De biseksuelle var noe yngre enn de andre gruppene. Andelen med ukjent seksuell orientering var betydelig større enn andelen lesbiske. Hvem «gjemmer seg» i denne kategorien? Det kan også hende at lesbiske kvinner valgte å passere som heterofile, siden andelen lesbiske var lav.

En nederlandsk helseundersøkelse i 2001 med data fra et representativt utvalg av befolkningen fikk 12.699 svar (9). Innsamlingen av data foregikk ved at en forskningsmedarbeider møtte deltakeren i hans/hennes hjem og gjennomførte et 90 minutter langt spørreskjema-intervju. 98,2 %, dvs. 9.684 personer, kunne klassifiseres etter seksuell preferanse (forskerne brukte bevisst ordet preferanse istedenfor orientering). Av disse ble 1 % ekskludert fordi oppgitt seksuell preferanse «ikke passet med andre svar». 0,8 % svarte ikke på spørsmålet om seksuell preferanse. Antallet non-respondere for dette spørsmålet var høyere enn antallet non-respondere for andre spørsmål; for eksempel var det kun 0,3 % som ikke svarte på spørsmål om seksuelt overførbart sykdom. Blant de 0,8 % var de som sa «vil ikke svare» yngre, mens de som sa «vet ikke» var eldre. Kan vi tolke det slik at de yngre motsetter seg kategorisering mens de eldre aldri har satt spørsmålsteget ved sin seksuelle orientering? Det blir bare spekulasjoner. Av de 9511 gjenværende deltakerne var det 90 (0,9 %) biseksuelle og 143 (1,5 %) homoseksuelle (begge kjønn).

I begge disse studiene var det visse demografiske forskjeller mellom lesbiske og heteroseksuelle kvinner. Er lesbiske kvinner faktisk bedre utdannet? Man kan tenke seg at lesbiske kvinner får barn i mindre utstrekning og legger større vekt på utdanning og egen inntekt fordi de ikke kan stole på hjelp fra familie og slekt, men hvordan skal vi tolke at det i den kanadiske studien var relativt flere av dem i aldersgruppen 35-44 år? Tar det tid å finne ut at man er lesbisk, og så slutter man å definere seg som lesbisk ettersom

man blir eldre, eller varierer andelen lesbiske i ulike kohorter av befolkningen? I den kanadiske studien var de biseksuelle yngre, i den nederlandske studien eldre, enn de heteroseksuelle kvinnene.

### **Antall**

En annen utfordring er å få et tilstrekkelig høyt antall deltakere. Små utvalg kan gi såkalte type 2 feil, dvs. at forskjeller mellom lesbiske og andre kvinner ikke detekteres og vi konkluderer feilaktig med at hyppigheten av et fenomen er den samme hos lesbiske som hos heterofile kvinner. Med små utvalg vil også skjevheter gi store utslag, og konklusjonene kan bli uriktige.

Vi vet altså ikke hvor stor andel av befolkningen som har en lesbisk orientering. Videre er antallet som oppgir at de er lesbiske eller har kvinnelig seksualpartner i endring over tid. Det ble gjennomført en seksualvaneundersøkelse av kvinner og menn i alderen 16-44 år i Storbritannia i 1990, gjentatt i 2000 (10). Andelen kvinner som rapporterte at de noensinne hadde hatt en homoseksuell partner var 1,8 % i 1990 og 4,9 % i 2000. Tilsvarende tall for å ha hatt homoseksuell partner siste fem år var 0,8 % i 1990 og 2,6 % i 2000. I den svenske levekårsundersøkelsen fra 2005 nevnt ovenfor (4) kommenterer forfatterne at svar fra respondenter over 65 år ble utelatt fra analysen fordi kun et fåtall hadde oppgitt at de var noe annet enn heteroseksuelle. Har de over 65 år blitt heteroseksuelle med tiden, er homoseksualitet sjeldnere i denne kohorten eller er de reddere for å fortelle om det? I den nevnte Canadiske befolkningsstudien (8) økte andelen lesbiske respondenter med 13 % fra 2003 til 2005. Betyr det at flere har blitt lesbiske de siste årene, at det har blitt lettere å leve lesbisk eller er det bare lettere å fortelle om det nå? Uansett hvor interessant og fristende det er å spekulere i dette, kan vi ikke si noe sikkert.

### **Overførbarhet**

De aller fleste forskere vil være enige i at formålet med å forske er å generere kunnskap som kan antas å gjelde for flere enn de som deltar i studien, og ønsker å overføre konklusjonene til å gjelde for større grupper av mennesker. Gjelder funnene fra mitt prosjekt for «lesbiske kvinner» generelt? Kan mine funn si noe om «lesbiske kvinner» sammenliknet med «heterofile kvinner» eller «den generelle kvinnelige befolkning»? Kvantitative metoder er oftest avhengige av at man har et representativt utvalg slik at resultatene kan antas å gjelde for totalpopulasjonen man ønsker å få ny kunnskap om. Siden totalpopulasjonen «alle lesbiske kvinner» sine karakteristika fortsatt er ufullstendig kjent og man av flere årsaker ikke kan være sikker på å ha oppnådd et representativt utvalg, må man være forsiktig å trekke bastante konclu-

sjoner på vegne av «alle lesbiske». Man må vurdere hva slags utvalg man har i sitt prosjekt ved å se på rekrutteringsarenaene, demografiske variable og andre karakteristika som kan ha betydning. Ut fra det må man vurdere hvilke lesbiske kvinner resultatene kan tenkes å gjelde for. Av det følger også at man må være forsiktig å på et statistisk grunnlag konkludere med at det foreligger forskjeller mellom lesbiske og heterofile kvinner.

Kulturell kontekst påvirker overførbarheten i større grad når det gjelder forskning på marginaliserte grupper enn ved forskning på forhold hos den generelle befolkning. For lesbiske kvinner vil synet på seksualitet og familieliv, kvinnens stilling i samfunnet og hennes muligheter for uavhengighet fra mannen, samfunnets oppfatning av homofili, homofiles juridiske rettigheter og helsevesenets organisering være eksempler på forhold som påvirker overførbarheten av forskningsresultater. Dette varierer fra land til land, også innen den vestlige kultursfære. En stor del av forskning på lesbiske kvinner og helse er foretatt i USA og funnene er ikke umiddelbart overførbare til norske kvinner.

### **Kan kvalitative metoder være et alternativ?**

Med kvalitative metoder kan noen av de omtalte problemene unngås. Man trenger verken representative utvalg eller et høyt antall deltakere, og rekrutteringen er ofte strategisk ut fra hvilken problemstilling man ønsker å belyse. Med kvalitative metoder kan man utforske erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiv, holdninger, prosesser og lignende, men man får ikke svar på for eksempel sykdomshyppighet eller årsakssammenheng. Ettersom erfaringer, tanker og holdninger er viktige aspekt ved det å tilhøre en marginalisert gruppe, kan kvalitativ forskning utvikle viktig kunnskap om lesbiske kvinner. Det finnes mange gode studier som belyser lesbiske kvinners møte med helsevesenet, det å fortelle om sin seksuelle orientering til helsearbeidere, forholdet til familie og samfunn og lignende (11-17).

Kvalitativ forskning vil kunne belyse den omtalte problematikken med hva slags kvinner som svarer «vet ikke», «vil ikke», «kjent» eller «annet» på avkrysningsspørsmål om seksuell orientering. Man kan for eksempel utforske hvorfor de ikke svarer og hva som kunne vært gjort for at de skulle ha svart.

Også når man bruker kvalitativ metode må man vite noe om hva som kjennetegner deltakerne i forskningsprosjektet – hva slags lesbiske kvinner har gjort de aktuelle erfaringene? Både for analysen og for vurdering av overførbarhet trenger man demografiske data om respondentene. Utvalgene blir også her gjerne opportunistiske, men som regel med et større eller mindre innslag av strategisk sampling. Strategisk sampling innebærer at

man rekrutterer deltakere bevisst ut fra hensikten med studien. Hvis man for eksempel ønsker å utforske lesbiske kvinners erfaringer hos fastlegen, vil man prøve å få med kvinner som går ofte til legen; ønsker man å kartlegge hvordan det er å være åpen overfor kolleger kan man rekruttere via arbeids- livsorganisasjoner eller store arbeidsplasser.

Relevans er et viktig stikkord her – hva trenger vi kunnskap om? Er det viktig å vite om lesbiske kvinner som gruppe har et litt større alkoholforbruk enn heterofile, eller er det mer nyttig å lære hvordan man som lege best bør imøtekomme sine lesbiske pasienter?

## Til slutt

Kunnskap om marginaliserte grupper er mulig å frembringe. utfordringer og spesielle forhold bør redegjøres for; de bør både beskrives for etterrettelighet og evalueres for betydning. Design er viktig. Rekruttering bør være strategisk for å oppnå riktig utvalg, man må inkludere deltakere som passer studiens hensikt. Man må kjenne utvalget, og generalisering av resultater må foretas med nennsomhet. Konklusjonene kan både bli brukt politisk og påvirke selvbildet hos det enkelte individ – både positivt og negativt.

Takk til cand.polit. Kjersti Ulriksen for nyttige kommentarer

## Litteratur

1. Malterud K, Bjorkman M, Flatval M, Ohnstad A, Thesen J, Rortveit G. Epidemiological research on marginalized groups implies major validity challenges; lesbian health as an example. *J Clin Epidemiol* 2009;62(7):703-10.
2. Solarz AL. *Lesbian health: current assessment and directions for the future*. Washington, D. C. : Institute of Medicine (U. S.). Committee on Lesbian Health Research Priorities – National Academy Press, 1999.
3. Smith G, Bartlett A, King M. Treatments of homosexuality in Britain since the 1950s – an oral history: the experience of patients. *BMJ* 2004;328(7437):427.
4. [www.fhi.se/upload/ar2005/uppdrag/uppdraghbt\\_a200519\\_0512.pdf](http://www.fhi.se/upload/ar2005/uppdrag/uppdraghbt_a200519_0512.pdf). Homosexuellas, bisexuellas och transpersoners hälsosituation. Åtterrapporering av regeringsuppdrag att undersöka och analysera hälsosituationen bland hbt-personer. *Rapport nr A 2005:19*: Statens Folkhälsoinstitut, 2005.
5. Brogan D, Frank E, Elon L, O'Hanlan KA. Methodologic concerns in defining lesbian for health research. *Epidemiology* 2001;12(1):109-13.
6. Marrazzo JM, Stine K. Reproductive health history of lesbians: implications for care. *Am J Obstet Gynecol* 2004;190(5):1298-304.
7. Moseng B. Skeive dager 2003. En rusundersøkelse. . *NOVA Rapport* 2005;3/05.
8. Tjepkema M. Health care use among gay, lesbian and bisexual Canadians. *Health Rep* 2008;19(1):53-64.



9. Sandfort TG, Bakker F, Schellevis FG, Vanwesenbeeck I. Sexual orientation and mental and physical health status: findings from a Dutch population survey. *Am J Public Health* 2006;96(6):1119-25.
10. Johnson AM, Mercer CH, Erens B, Copas AJ, McManus S, Wellings K, et al. Sexual behaviour in Britain: partnerships, practices, and HIV risk behaviours. *Lancet* 2001;358(9296):1835-42.
11. Spidsberg BD. Vulnerable and strong--lesbian women encountering maternity care. *J Adv Nurs* 2007;60(5):478-86.
12. Bjorkman M, Malterud K. Being lesbian--does the doctor need to know? *Scand J Prim Health Care* 2007;25(1):58-62.
13. McNair R, Brown R, Perlesz A, Lindsay J, De Vaus D, Pitts M. Lesbian parents negotiating the health care system in Australia. *Health Care Women Int* 2008;29(2):91-114.
14. Rondahl G, Innala S, Carlsson M. To hide or not to hide, that is the question! Lesbians and gay men describe experiences from nursing work environment. *J Homosex* 2007;52(3-4):211-33.
15. Saltzburg S. Learning that an adolescent child is gay or lesbian: the parent experience. *Soc Work* 2004;49(1):109-18.
16. Lasser J, Tharinger D. Visibility management in school and beyond: a qualitative study of gay, lesbian, bisexual youth. *J Adolesc* 2003;26(2):233-44.
17. Bjorkman M, Malterud K. Lesbian women's experiences with health care: a qualitative study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2009;27(4):238-43.

*Mari Bjørkman*

*Allmennmedisinsk forskningsenhet, Uni helse Bergen*

*og*

*Rodeløkka Legesenter*

*Solhaugg. 2 A*

*N-0565 Oslo*

*mari.bjrkman@gmail.com*