



Som att slicka på en regnkappa

En kvantitativ studie av kvinnor som har sex
med kvinnor och sexuellt överförbara
sjukdomar/säkrare sex.

Suzann Larsdotter

TACK

Först och främst till min fantastiska handledare fil.dr Ronny Tikkanen som lyft den ”lesbiska luren” åtskilliga gånger och med stort tålamod och engagemang förklarat, stöttat, uppmuntrat och givit handledning.

...till Carlos Diaz och Malinda Flodman som hjälpt mig med att omforma min D-uppsats till en RFSL rapport.

...till Fredrik Nilsson för fantastisk fin layout och till Malin Bäckstrand för korrekturläsning.

...till alla fantastiska KSK som uppmuntrat mig via mess och mail och som delat med er av era tankar och funderingar runt säkrare sex och STI. Jag lovar att göra allt vad jag kan för att sprida denna kunskap vidare!

Liten ordlista

KSK – kvinnor som har sex med kvinnor.

Det finns många sätt att definiera icke-exklusivt heterosexuella kvinnor; lesbiska, bisexuella, queer, homosexuella osv. Forskare brukar kategorisera kvinnor som har sex med kvinnor (KSK) snarare än med sexuell läggning.

Heteronormativitet

Heteronormativitet är ett antagande om att alla är heterosexuella och att det naturliga sättet att leva är heterosexuellt.

STI

Sexual transmitted disease, på svenska även kallad könssjukdom.

Slicklapp

En tunn gummiduk som läggs över könet som ett barriärskydd.

Förord

Många kvinnor som har sex med kvinnor har erfarenhet av ett heteronormativt bemötande inom vården. Och vården lider i sin tur av bristande kunskaper om hur sexuellt överförbara sjukdomar smittar mellan kvinnor. Kvinnor som har sex med kvinnor riskerar därför att få felaktiga råd av sina läkare eller undviker kanske att ställa de frågor de egentligen skulle vilja ha svar på. Konsekvensen blir dålig eller bristande vård.

Dessutom har säkrare sex länge varit en icke-fråga inom gruppen kvinnor som har sex med kvinnor. Många har bristande kunskaper och tror att deras sexuella praktik inte innebär några risker alls för att smittas av några sexuellt överförbara sjukdomar, vilket tyvärr ibland är ett felaktigt antagande. Detta i kombination med vårdens bristande kunskaper riskerar förstås att leda till ökade ohälsorisker för kvinnor som har sex med kvinnor.

RFSL är därför stolta över att kunna presentera den största studien som hittills gjorts i Sverige om kvinnor som har sex med kvinnor och säkrare sex. Till grund för rapporten ligger RFSL:s hiv- och hälsohandläggare Suzann Larsdotters magisteruppsats, som hon skrivit inom ramen för sin masterutbildning i sexologi.

Vår förhoppning är att rapporten ska bidra till ökad kunskap och mer samtal om säkrare sex både bland kvinnor som har sex med kvinnor och bland vårdpersonal – och naturligtvis i förlängningen förbättrad hälsa.

Stockholm 2009 07 31

*Ulrika Westerlund
Vice förbundsordförande RFSL
Ordförande RFSL:s hälsoutskott*



RFSL har för att skapa möjligheter för kvinnor som har sex och eller relationer med kvinnor tagit fram snackspelet "Velvet". Mer information om spelet finner du på www.rfsl.se/velvet.

Innehållsförteckning

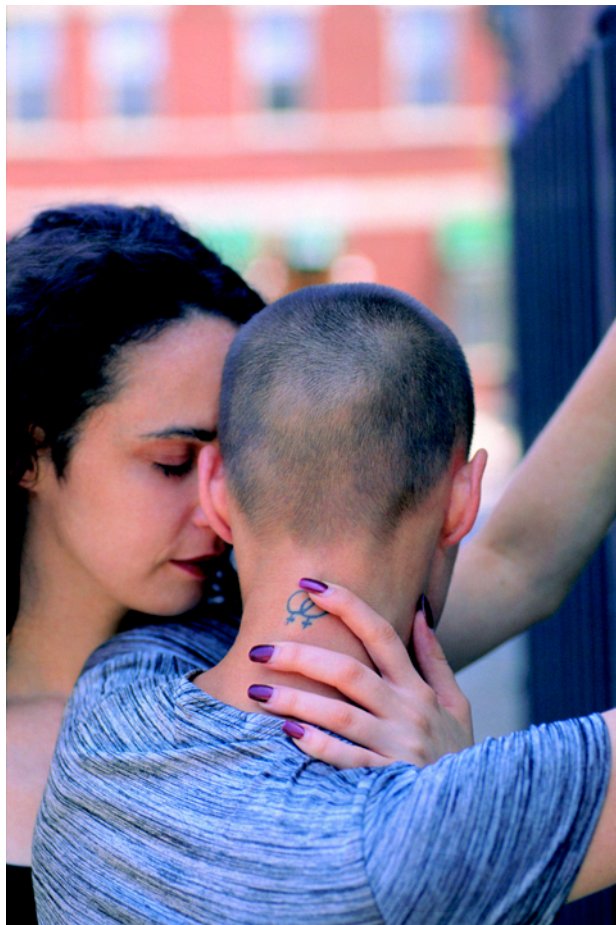
Som att slicka på en regnkappa	1
RFSL:s åtgärdsförslag	4
ANALYS AV KSK-ENKÄTEN 2009.	5
Kvinnorna i enkätstudien	5
Utsätter sig kvinnor som har sex med kvinnor för risker att smittas av sexuellt överförbara infektioner?	7
Sexuella praktiker hos KSK	17
Hinder för KSK att utveckla säkrare sex-strategier	19
Sex med andra utanför en etablerad parrelation.	35
Har KSK diskuterat hur man skall förhålla sig till risk för hiv/STI-överföring vid sexuella handlingar utanför relationen?	36
Sammanfattning och avslutande diskussion	40
KSK OCH STI – VAD SÄGER FORSKNINGEN?	42
Får KSK sexuellt överförbara infektioner?	42
Sexuellt överförbara infektioner orsakade av virus	43
Sexuellt överförbara infektioner orsakade av bakterier	45
Övrigt	46
Prevalens	47
Tabell- och diagramförteckning.....	49
Tabeller	49
Diagram	49
Käll- och litteraturförteckning	50
Källor från Internet	54

Som att slicka på en regnkappa

Vi vet väldigt lite om homo- och bisexuella kvinnors sexuella hälsa och praktik i Sverige. Forskningen om män som har sex med män (MSM) är betydligt mer omfattande, beroende på att det är en utsatt grupp gällande hivöverföring. När kvinnor som har sex med kvinnor (KSK) nämns i sammanhang avseende säkrare sex, är det vanligaste rådet att rutinemässigt använda slicklapp. Undersöker man däremot tjejeers praktik, är de flesta mycket kritiska till slicklapp som skydd och nästan inga använder slicklapp regelmässigt. Attityden till slicklappar är också negativ – en kvinna sade ”*neej, det är att som att slicka på en regnkappa.*”

I någon form av missriktad jämlikhet har rådet till KSK blivit att de skall använda slicklapp vid oralsex. Det är mycket ovanligt att riktigt allvarliga STI, som exempelvis hiv, smittar mellan kvinnor vid sex. Därför anser de flesta experter på KSK att behovet av barriärskydd som exempelvis slicklapp är betydligt mindre bland KSK. Många hävdar även att slicklappar inte ens är ett fullgott skydd mot överföring av STI och att de riskerar att invagga KSK som använder slicklapp i en falsk säkerhet alternativt få riskerna att framstå som större än de faktiskt är.

Professionell sjukvårdspersonal som annars har en hög kompetens och lång erfarenhet står handfallna när det kommer till sexuella kontakter mellan kvinnor och kan ofta inte svara på till synes enkla frågor. Ibland ger de till och med direkt felaktiga råd. Hur kan det finnas en sådan stor kunskapslucka hos dem som borde veta?



Exempelvis publicerade Socialstyrelsen i december 2008 en affisch¹ med två kvinnor som kysser varandra. Texten på affischen lyder ”Haft oskyddat sex? Testa dig!” Vid kontakt med Socialstyrelsen kan de inte uppge vad som är oskyddat sex bland KSK eller vad de specifikt behöver testa sig för (Se bilaga nr 2).

I hälso- och sjukvårdslagen står att ”målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på *lika villkor* för *hela* befolkningen”. Uppnås detta verkligen avseende gruppen KSK?

Med anledning av detta genomfördes 2009 en enkät där kvinnor som har sex med kvinnor inbjöds att svara på frågor runt säkrare sex. 802 svar inkom och detta bör därmed vara Sveriges största undersökning av den sexuella hälsan i gruppen KSK. Enkäten låg sedan till underlag för en D-uppsats i sexologi, varifrån denna rapport hämtat underlag.

Några axplock från enkäten visar att:

84,5 procent av kvinnorna någon gång haft en sexuell kontakt med en man eller person med penis.

22,2 procent uppfattar att de inte har någon eller dålig kunskap för att kunna skydda sig själva och andra mot sexuellt överförbara infektioner som överförs kvinna till kvinna. **Enbart 18,7 procent av kvinnorna har tillräcklig kunskap för att kunna skydda sig själv och andra.**

KSK använder sällan skydd vid sex; 94 procent har *aldrig* använt någon form av slicklapp vare sig en sk ”dental dam” som går att köpa i välsorterade sexbutiker, plastfolie eller i form av en sönderklippt kondom. Enbart 0,2 procent uppger att de använder slicklapp ”ofta”.

Det är tydligt att det finns sexuellt överförda infektioner (STI) och även några få fall av hiv bland kvinnorna i enkäten.

Anmärkningsvärt är att de flesta kvinnor faktiskt inte vet om de har eller har haft någon form av STI/hiv.

Den vanligaste sexuellt överförbara infektionen i enkätundersökningen var klamydia vilket 12,3 procent (97 personer) har haft.

Av de som besvarat enkäten uppger 9,8 procent att de haft kondylom och 8,4 procent cellförändringar. Båda är orsakade av HPV-virus som kan överföras mellan kvinnor. På frågan om hur stor risk man uppfattar det är att blir smittad av HPV-virus utifrån hur man lever idag, svarar 21,1 procent att de inte vet och **hela 45,1 procent** att det inte är någon risk. Detta är dock med största sannolikhet ett felaktigt antagande, då HPV-virus kan överföras via slemhinnekontakt mellan kvinnor. Snarare tyder den höga siffran på att kunskap om HPV-virus saknas hos gruppen. Tyvärr konstaterar studien också att kunskapen även saknas inom sjukvården – vilket ytterligare riskerar att utsätta kvinnorna för risker.

¹ <http://www.socialstyrelsen.se/Amnesord/folkhalsa/HIV-STI/specnavigaion/Publikationer/informationsmaterial.htm>
 (“Affisch 2 om oskyddat sex riktad till KSK”)

Drygt tre av fem har aldrig testat sig för någon STI. 28 procent har testat sig för mer än ett år sedan. Endast 15 procent har testat sig senaste året. De vanligaste sexuellt överförbara infektionerna kvinnorna testat sig för är klamydia och hiv. Detta innebär att det kan finnas ett mörkertal av KSK som bär på klamydia.

Studien visar att det finns ett utbredd heteronormativt bemötande och en stor okunskap inom hälso- och sjukvården gällande kvinnor som har sex med kvinnor och deras sexuella hälsa.

KSK förutsätts ofta vara heterosexuella och måste därför vid varje möte med hälso- och sjukvården välja om de vill ”komma ut”. Risker för hiv/STI förstärks genom att hälso- och sjukvården har ett heteronormativt beteende och därmed förutsätter att alla kvinnor är heterosexuella tills motsatsen är bevisad. Det finns dessutom en dålig kunskap om lesbiska och bisexuella kvinnors sexuella hälsobehov och vilka risker olika sexuella praktiker medför. Det är tydligt att ett heteronormativt bemötande hindrar patienter från att få nödvändig information.

”Över huvud taget tycker jag det är jobbigt att gå till gynekologiska undersökningar. Jag känner mig abnorm om jag måste berätta om mina sexuella vanor. Jag håller alltid tyst om jag kan, om antal sexpartners samt min sexuella läggning i samband med kontakt med infektionsklinik eller gynekologisk mottagning. Jag tänker att sjukvårdspersonalen har så stor makt. Jag är rädd att de ska vara homofoba och bemöta mig illa. Särskilt eftersom jag är bisexuell. Men det innebär ju också en risk, att hålla tyst, att inte få rätt vård. Sist jag var hos en gynekolog fick jag ordinationen "inget samlag" i tre veckor. Vaddå "inget samlag" tänkte jag... vad innebär "samlag"?? Då hade jag en flickvän och vi använde inga sexleksaker alls. Men även om jag hade varit heterosexuell är det ju en ganska luddig term...”

(24-årig bisexuell, kvinna sexuellt och intergender emotionellt).

Flera studier visar att KSK inte har tillräckligt med information för att fatta beslut om att ha säkrare sex. Detta hindrar dem från att söka kunskap om säkrare sex och sexuellt överförbara infektioner. Gällande informationsbrist uttrycker många en frustration över att det är så svårt att hitta just relevant information och kunskap. Information finns för heterosexuella kvinnor och män samt homosexuella män. Runt kvinnor som har sex med kvinnor råder fullständig tystnad. Kvinnorna i enkäten efterfrågar tydlig information om sexuellt överförbara infektioner som överförs kvinna till kvinna och genom vilka former av sexuella praktiker.

RFSL:s åtgärdsförslag

Studien visar att det finns ett utbrett heteronormativt bemötande och en stor okunskap inom hälso- och sjukvården gällande kvinnor som har sex med kvinnor och deras sexuella hälsa. För att komma till rätta med detta problem ser vi RFSL följande åtgärder som nödvändiga.

- RFSL uppmanar politiker och tjänstemän att ta initiativ och ansvar för ökad kunskap om, och bättre bemötande av, kvinnor som har sex med kvinnor.
- RFSL kräver att hbt-kompetens är en självklar del av ett kvalitetssäkrat arbete och uppmanar hälso- och sjukvården att satsa på hbt-certifiering som ett sätt att tillgodose kvalitén.
- RFSL vill lyfta fram behovet av att kunskapen ökar och att forskning runt HPV-virus även inkluderar kvinnor som har sex med kvinnor .
- RFSL menar, att landstingen måste ha som mål att öka andelen lesbiska och bisexuella kvinnor som regelbundet går på gynekologiska cellprovskontroller. För att möjliggöra detta behövs specifika insatser för att understryka vikten av att lesbiska och bisexuella kvinnor regelbundet går på gynekologiska cellprovskontroller.
- RFSL menar att information om säkrare sex för kvinnor som har sex med kvinnor måste finnas tillgänglig. Landstingen och andra myndigheter måste ha som mål att framställa information om hur sexuellt överförbara infektioner överförs och detta måste inkluderas i informationsinsatser om säkrare sex.

ANALYS AV KSK-ENKÄTEN 2009.

Enkäten kallas för *KSK-enkäten 2009*. Det finns MSM-enkäter som publiceras med jämna mellanrum, men idag finns ingen motsvarighet för KSK. Enkäten lades ut via företaget Webropols enkätverktyg. Den fanns ute mellan 090412 – 090505. Länkar har funnits tillgängliga på webbplatser som besöks av målgruppen och på RFSL Förbundets hemsida. Det har varit ett öppet erbjudande om att besvara enkäten och den har varit tillgänglig för de kvinnor som befinner sig på dessa mötesplatser. Svaren har reliabilitetsgranskats. (Med reliabilitet menas att resultatet är framtagna på ett tillförlitligt sätt. Inom kvantitativ forskning är reliabilitet lika med reproducerbarhet, dvs att det skall gå att återupprepa samma undersökning och få samma resultat.) Dessutom skickades information om enkäten ut via e-postlistor för polyamorösa² respektive relationsanarkister³ och via genuslistan, vilken är en e-postlista för genusfrågor. Information om enkäten har också gått till samtliga RFSL-avdelningar i Sverige. En artikel med länk till undersökningen har också funnits på RFSL:s hemsida.

Den besvarades av 802 personer. Vid en reliabilitetsgranskning lades två respondenters svar åt sidan pga eventuellt oseriösa inslag. Sammanlagt 800 svar har analyserats och denna undersökning bör därför vara den största svenska studien av KSK-gruppen.

Kvinnorna i enkätstudien

I denna första del presenteras de som deltagit i studien. Den yngsta kvinnan var 15 år och den äldsta 76 år. Medelåldern är 31 år och medianåldern är 29 år. Endast 9 personer som definierar sig som någon form av transperson har besvarat enkäten, varför det inte går att dra några generella slutsatser avseende den gruppen.

Kvinnorna i studien är generellt sett välutbildade; 46,5 procent har en avslutad högskole- eller universitetsutbildning. 32 procent är studerande nu och 30,2 procent läser för närvarande på högskola eller universitet. Majoriteten av kvinnorna är yrkesverksamma; 42 procent arbetar heltid och 17 procent arbetar deltid. 13 procent av kvinnorna är sjukskrivna eller arbetslösa och står således utanför arbetsmarknaden.

39 procent av kvinnorna bor ensamma och 26 procent bor med en kvinnlig partner. 9 procent bor med en manlig partner. 11 procent bor tillsammans med sina och/eller partnerns barn.

Knappt hälften (48,5 procent) definierar sig som homosexuella och 30,5 procent som bisexuella. Det är tydligt i undersökningen att sexuell identitet och

² Polyamori är en livsstil som innebär flera möjliga kärleks- eller sexuella relationer samtidigt, på ett sådant sätt att alla partners är överens och eventuellt vet om varandra.

³ Relationsanarki är ett begrepp och en social praktik som bygger på att relationer mellan två eller flera människor inte behöver styras av några förutbestämda regler eller normer. Relationsanarkister gör ingen principiell skillnad på vänskapsrelationer och kärleksrelationer och kan ha flera parallella relationer som kan vara både vänskapliga, sensuella och sexuella.

läggning är en komplex fråga; drygt 11 procent definierar sig inte som varken homo-, bi- eller heterosexuell. Andra förekommande definitioner är bland annat; biemotionell, emotionellt heterosexuell och sexuellt bisexuell (tänder på både tjejer och killar, men har aldrig varit kär i en tjej), heterosexuell men blir ibland attraherad av kvinnor och har gärna sex med kvinnor, homoflexibel, homosexuell med bitendenser, icke-heterosexuell, lesbisk med queert förhållningssätt, lesbisk med ytterst små bitendenser, mest homo, lite bi, omnisexuell, pansexuell, queer och heterosexuell.

Tabell 2. Hur betraktar sig personerna i enkäten avseende sexuell läggning?

Betraktar du dig själv som... N=797		
Homosexuell	386	48,5%
Bisexuell	243	30,5%
Heterosexuell	20	2,5%
Queer	66	8,3%
Olika	34	4,3%
Osäker	26	3,3%
Annat	21	2,6%
	796	100%

Det framgår i datamaterialet att sexuell läggning är beroende av både vilket biologiskt kön och vilket genus som personen själv har och attraheras av. Det är även viktigt att se att emotionella och sexuella preferenser kan vara olika. Lesbiskhet kan också vara en politiskt definierad identitet.

Majoriteten bor i storstad eller annan svensk stad eller större ort. Drygt hälften av respondenterna (49 procent) kommer från Sveriges tre största städer; Stockholm, Göteborg och Malmö. 38,3 procent bor i en annan svensk stad eller större ort. Enbart 9,3 procent bor på en mindre ort och 3,4 procent bor utomlands. Det finns 4-60 personer som svarat från Sveriges alla län.

89,4 procent är födda i Sverige. 10,6 procent födda utomlands varav 2,6 procent kommer från andra nordiska länder och 2,5 procent från övriga Europa. 1,9 procent kommer från Asien och 1,7 procent från Sydamerika. Detta innebär att det är få utlandsfödda KSK med i studien. Däremot har 24 procent en eller två föräldrar som är födda i ett annat land än Sverige.

I enkäten ställde jag frågan om hur många sexpartners de haft. Kvinnorna har gjort en uppskattning av antalet sexpartner i sitt liv och medelvärdet blev 12,3 sexpartner och medianen är 5,3 – se tabell 3.

Tabell 3. Antalet sexpartners.

Antal sexpartners enligt:	Antal sex-partners		
	Den svenska sexualvaneundersökningen från 1967 ⁴	Den svenska sexualvaneundersökningen från 1996 ⁵	KSK-enkäten 2009
Kvinnor	1,4	4,6	12,3

Om vi jämför svaren från sexualvaneundersökningen 1967 och 1996 med uppgifterna i KSK-enkäten 2009, så är de i överensstämmelse med Giddens teorier om ”den plastiska sexualiteten”, dvs att sexualiteten skiljs från sammankopplingen med fortplantning och släktskap. Den plastiska sexualiteten möjliggör för både kvinnor och homosexuella att mer öppet få leva ut sin sexualitet.

Utsätter sig kvinnor som har sex med kvinnor för risker att smittas av sexuellt överförbara infektioner?

Det är tydligt att det finns STI och även några få fall av hiv bland KSK i enkäten. Anmärkningsvärt är att det är stora grupper som är osäkra på om de har eller har haft någon form av STI/hiv.

Tabell 12. Vilka sexuellt överförbara sjukdomar/hiv har kvinnorna i enkäten (eller har haft)?

N=797	Ja, senaste året.	Ja, för mer än ett år sedan.	Nej, aldrig.	Vet inte.	Summa
Kondylom	1,5%	8,3%	81,4%	8,8%	100%
Cellförändringar	1,7%	6,7%	79,1%	12,5%	100%
Herpes	4,5%	4,7%	80,7%	10,1%	100%
Bakteriell vaginos	3,7%	8,5%	69,6%	18,2%	100%
Klamydia	1,5%	10,9%	80,2%	7,4%	100%
Gonorré	0,3%	1,2%	89,6%	9%	100%
Syfilis	0,3%	0,1%	90,8%	8,8%	100%
Fått besked om hiv	0,3%	0,3%	95,4%	4,1%	100%

Den vanligaste sexuellt överförbara infektionen i enkätundersökningen var klamydia vilket 12,3 procent (97 personer) har haft. Enligt Smittskyddsinstitutets statistik över klamydia har det under 2008 anmälts 42 001 fall av klamydiainfektion (454 fall per 100 000 invånare) och mer än hälften av fallen var kvinnor (57 procent) i Sverige. Medelåldern för kvinnor var 21,6 år. Under de senaste 14 åren har största förändringen i incidens av klamydia skett bland personer i åldersgrupperna 15-29 år. Hur ser det då ut för kvinnorna i KSK-enkäten 2009?

⁴ Källa: Sex i Sverige 1996. Lewin et al. (1998).

⁵ Källa: Sex i Sverige 1996. Lewin et al. (1998).

Det som kan konstateras är, att klamydiaförekomsten är anmärkningsvärt hög i jämförelse med de internationella studierna.

På grund av det höga antalet som har eller har haft klamydia är det motiverat att närmare undersöka denna grupp. En föreställning inom gruppen KSK är att det är bisexuella som sprider STI.

Tabell 13. Sexuell läggning i relation till om man har eller haft klamydia.

	Har eller har haft klamydia.
Lesbiska	31,4%
Bisexuella	38,4%
Heterosexuella	5,8%
Queer	9,3%
Olika	5,8%
Osäker	3,5%
	100%

Denna uppfattning får inte stöd i enkäten – även om det är fler bisexuella kvinnor än lesbiskt identifierade som haft klamydia, är andelen lesbiska som haft klamydia stor.

Tabell 14. Från vilket kön har klamydiaöverföring skett?

	Klamydiaöverföring skett från:
Man	71 %
Kvinna	20,2 %
Annan	8,1 %
Vet ej	0,8 %
	100%

Än en gång går det att konstatera att vad gäller STI-överföring bör man fokusera på praktik snarare än identitet/läggning då majoriteten av dem som fått klamydia har erhållit detta genom sexuell praktik med en man.

Mycket viktigt att uppmärksamma i tabell 12 är, att 9,8 procent har haft kondylom och 8,4 procent haft cellförändringar. Båda är orsakade av HPV-virus som överförs mellan kvinnor. På frågan om hur stor risk man uppfattar det är att blir smittad av HPV-virus utifrån hur man lever idag, svarar 45,1 procent ingen risk och 21,1 procent vet ej. Att hälften av kvinnorna tror att det inte finns någon risk för överföring av HPV-virus är troligtvis inte relevant, då detta virus överförs via slemhinnekontakt mellan kvinnor. Snarare tyder de höga siffrorna på att kunskap om HPV-virus saknas hos gruppen.

Det allra bästa sättet att förebygga livmoderhalscancer orsakad av cellförändringar är att delta i de allmänna cellprovskontroller som kvinnor i Sverige kallas till. I studien framgår att 13,4 procent (107 personer) aldrig går på cellprovskontroll och 19,4 procent (155 personer) endast går ibland. Av dem som aldrig går på cellprovskontroll uppger 43,5 procent att man inte orkat/hunnit eller prioriterat detta och 16,7 procent tycker att det är/verkar vara obehagligt. 7,2 procent har fått information om att de inte behöver då de inte är sexuellt aktiva med en man. 8,1 procent uppger att de inte vill gå pga

rädsla för ett fördomsfullt (heteronormativt bemötande).

Vid en genomgång av de svenska landstingens hemsidor, där det finns patientinformation om gynekologisk cellprovskontroll, framkommer att informationen oftast riktas till heterosexuella kvinnor med några få undantag. En ofta förekommande information är att om man aldrig haft samlag behöver man heller inte delta i gynekologisk cellprovskontroll då livmoderhalscancer bara uppstår hos kvinnor som haft samlag. Frågan från KSK är om det måste vara en penis eller om det handlar om penetration av fingrar, dildo eller annat. De flesta landsting har inte heller några upplysningar om vilka som skall lämna cellprov (Larsdotter, 2008).

Flera både nationella och internationella studier visar att KSK är mindre benägna att genomföra regelbundna cellprovstagningar och har i mindre utsträckning gått på mammografi (Aaron, et al. 2001). I en jämförande studie på SÖS (Södersjukhuset i Stockholm) framgår att 16 procent av de lesbiska kvinnorna inte gått på cellprovskontroll mot 8 procent av de heterosexuella (Moegelin, 2005).

Även bakteriell vaginos var vanligt och 12,2 procent uppgav att de någon gång haft det, vilket är i överensstämmelse med internationella studier.

För att kunna fatta beslut om testning måste personen ha någon form av uppfattning om risk för att smittas av STI. Vilken risk uppfattade kvinnorna i KSK-enkäten 2009 att det var att få klamydia genom olika sexuella praktiker.

Tabell 15. Vilken risk anser kvinnorna att de löper att få klamydia genom olika sexuella praktiker?

N=798	Ingen risk	Mycket liten risk	Viss risk	Stor risk	Mycket stor risk	Vet ej
Om man rör vid sitt kön och sedan på partnerns kön	8,4%	24,9%	38,3%	14,3%	4%	10,1%
Direktkontakt mellan slemhinnor	2,1%	8,3%	34,1%	27,1%	19,9%	8,5%
Använda samma sexleksaker	2,8%	8%	32,9%	28,1%	19,6%	8,6%
Gnugga könen mot varandra	4,1%	13,7%	33,2%	22,5%	17,2%	9,2%

Det är naturligtvis svårt att fastställa risk att få en STI då detta är beroende av en rad olika faktorer, men det är ändå intressant att se hur KSK uppfattar risken att få klamydia via olika sexuella praktiker i relation till att de flesta inte skyddar sig.

I vilken omfattning testar sig KSK mot sexuellt överförbara infektioner?

Tabell 16. Vad har kvinnorna testat sig för och när testade de sig senast?

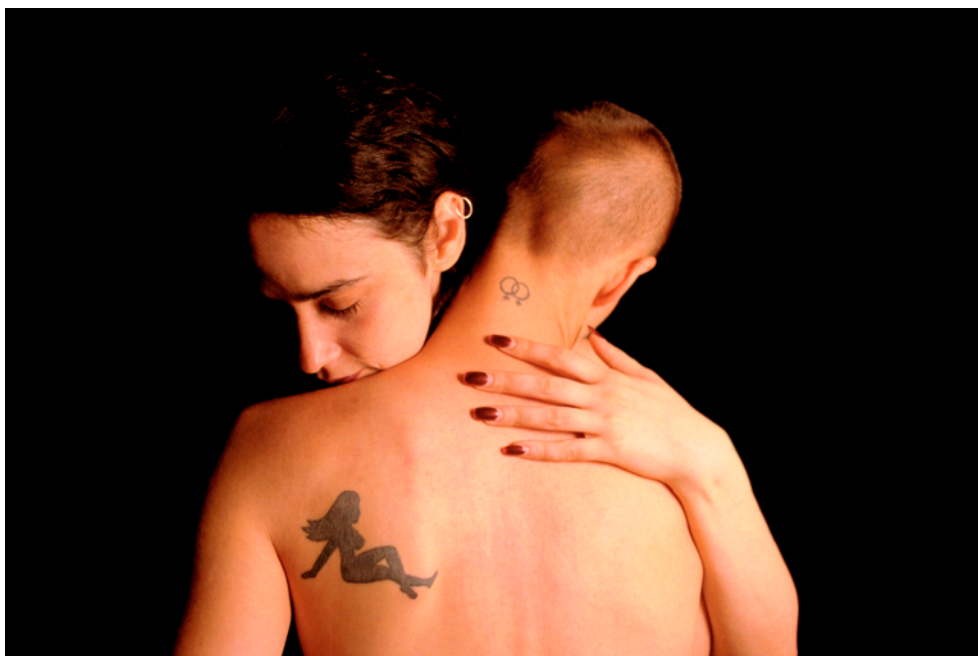
N=797	Ja, senaste året.	Ja, för mer än ett år sedan.	Nej, aldrig.	Summa
Klamydia	25,7%	38,9%	35,4%	100%
Kondylom	13,4%	27%	59,6%	100%
Herpes	4,5%	4,7%	80,7%	100%
Bakteriell vaginos	12,7%	23,1%	64,2%	100%
Gonorré	10,8%	21%	68,2%	100%
Syfilis	10,3%	16,8%	73%	100%
Hiv	16,4%	41%	42,6%	100%
Medelvärde	14,9%	28,1%	57%	100%

Drygt tre femtedelar har aldrig testat sig för någon STI. 28 procent har testat sig för mer än ett år sedan. Endast 15 procent har testat sig det senaste året. De vanligaste sexuellt överförbara infektionerna kvinnorna testat sig för är klamydia och hiv. Detta innebär att det kan finnas ett mörkertal av KSK som bär på klamydia.

Säkrare sex-strategier hos KSK

En mycket viktig del för att kunna förebygga sexuellt överförbara infektioner är att målgruppen har en grundkunskap om hiv/STI och vet hur dessa överförs. För att överhuvudtaget kunna göra en riskanalys och undvika att överföra eller få en sexuellt överförbar infektion krävs kunskap om hur sexuellt överförbara infektioner överförs kvinna till kvinna. Flera studier visar dock att KSK inte har tillräckligt med information för att fatta beslut gällande att ha säkrare sex. Detta hindrar dem från att söka kunskap om säkrare sex och sexuellt överförbara infektioner (Fishman & Anderson, 2003; Dolan & Davis 2003; Morrow & Allsworth, 2000; Diamant, Schuster, McGuigan, & Lever, 1999; Bernhard, 2001). Kunskapen om sexuellt överförbara infektioners smittsamhet kvinnor emellan anses dålig, trots att det finns ett aktivt intresse även i Sverige (Lövré, 2003; Moegelin, 2005).

Resultaten från KSK-enkäten 2009 pekar åt samma håll. I enkäten har personerna själva fått bedöma huruvida de har tillräcklig kunskap eller inte. Detta bygger på en självuppskattning, vilket inte med nödvändighet innebär en faktisk kunskapsnivå. Vidare går det att se att kunskapen är begränsad hos målgruppen och denna ger även uttryck för att så är fallet även hos sjukvårdspersonal och andra praktiker. I studien framgår att 22,2 procent uppfattar att de inte har någon eller dålig kunskap för att kunna skydda sig själva och andra mot sexuellt överförbara infektioner som överförs kvinna till kvinna. 18,7 procent har lite kunskap och 32 procent en del kunskap. Enbart 18,7 procent av kvinnorna har tillräcklig kunskap för att kunna skydda sig själva och andra.



Det är få som beskriver några strategier för säkrare sex med en annan kvinna. I en öppen fråga om vilka säkrare sex-strategier man har personligen uppger en kvinna:

”Så länge jag har sex med personer med fitta tänker jag inte alls på det och pratar inte om det överhuvudtaget” (32-årig kvinna som definierar sig som annat).

En uttalad strategi vid sex med en man betyder inte att man reflekterat över motsvarande i relation till en kvinna.

”Jag använder kondom när jag har sex med män men ingen av oss använder slicklapp eller liknande när vi har sex med kvinnor” (25-årig bisexuell kvinna).

”Att skydda sig känns självklart med tillfälliga kontakter med män, men inte alls med kvinnor” (31-årig bisexuell kvinna).

Det finns en betydligt större osäkerhet om behovet av säkrare sex vid sexuella kontakter med kvinnor:

”Min partner sedan 4 år har endast sex med kvinnor, och vi har ansett det ok ur risksynpunkt” (33-årig queer kvinna).

Det har varit tydligt att enkäten vid flera fall varit en intervention gällande preventionsbehov hos gruppen:

”Själv har jag ej funderat på att det skulle vara osäkert att ha sex med en kvinna förrän i denna enkät” (25-årig bisexuell kvinna).

Flera kvinnor har under tiden enkäten legat ute – och även efteråt – kontaktat Suzann Larsdotter, författaren till uppsatsen, för att få rådgivning avseende STI och KSK.

I enkäten ställdes en fråga om uppskattad risk för en kvinna att överföra hiv respektive klamydia till en annan kvinna via olika sexuella praktiker, (N=765). 10,8 procent vet inte hur stor risk det är att klamydia överförs kvinna till kvinna och 7,2 procent vet inte hur hiv kan överföras. Om personen svarat ingen eller liten risk för överföring fanns en följdfråga om varför man ansåg att det var tämligen riskfritt. Drygt hälften, 49,7 procent, ansåg att det var liten eller ingen risk pga att man hade en fast partner. Vi vet sedan tidigare studier att det finns svårigheter hos dem som lever i någon form av etablerad relation i hur de skall förhålla sig till skydd mot STI/hiv vid sexuella kontakter utanför den etablerade relationen. Många ser monogami som en ideal preventiv strategi. Vad som verkligen är monogami i praktiken varierar mycket, även inom parrelationen kan parterna ha olika uppfattning. I den norska studien framkom att bland de bisexuella och lesbiska kvinnorna hade 48 procent haft en utomrelationell sexuell kontakt. (Træn et al 2005). Den stora svenska sexualvaneundersökningen ”Sex i Sverige” och en studie från Norge visar att det inte är ovanligt med parallella sexuella relationer. De flesta trodde dock att de levde i en monogam relation och pga detta tyckte de inte att de behövde praktisera säkrare sex (Lewin,1998; Træn, Holmen & Stigum 2007).

Den andra stora anledningen till att kvinnorna i studien inte tyckte att de löpte någon risk, eller enbart liten risk, för att få hiv/STI var att de bara var tillsammans med kvinnor, 35,3 procent, (207 personer). Eftersom lesbiska som har sex med enbart kvinnor har en låg frekvens av STI kan många felaktigt uppfatta att det existerar en sk lesbisk immunitet (Fishman & Anderson, 2003; Bauer, Seth & Welles, 2001).

Om barriärskydd – slickklappar

Det är tämligen vanligt i populärvetenskaplig litteratur att KSK får rådet att använda slickklapp. Vid en genomgång av vad svenska sexrådgivare svarar i frågespalter på frågan om hur kvinnor som har sex med kvinnor skall skydda sig mot sexuellt överförbara sjukdomar kan konstateras, att det är ett vanligt förekommande råd att använda slickklapp.

I ”Hannahs blogg” på Veckorevyn under ”Frågor och Svar” är svaret: *”tjejssex innebär en betydligt mindre risk att smittas av sjukdomar än vid heterosex eller bögssex. Sexuellt överförbara infektioner smittar generellt via slemhinna, slidsekret och blod – och även om det är relativt lätt att undvika blodkontakt är det desto svårare att undvika resten. När man som tjejer gnuggar underlivet mot varandra, använder samma sexleksaker, ger varandra fingersex (och sedan kommer i kontakt med slemhinnorna med fingrarna) eller oralsex finns ju alltid en liten risk att smitta överförs. Det man kan göra är att använda så kallade slickklappar / ... / eller faktiskt vanlig gladpack som skydd och använda kondomer på sexleksaker och fingrar och byta kondom när leksaken byter användare. Det är inte lika vanligt att tjejer smittar tjejer, men när det händer är det ”vanliga” och relativt ofarliga (om de upptäcks i tid) sjukdomar som klamydia, herpes och kondylom det gäller. När det gäller hiv finns bara ett fåtal dokumenterade fall i världen – där det var stora mängder blod inblandat.”*

På ”P3 STAR” kommer samma fråga och där svarar Sandra Dahlén att *”man kan i stort sett få samma sjukdomar, men en del är svårare att få om man har sex med tjejer. Penis-i-slida-samlag är nämligen extra smittspridande. Hiv kan man i stort sett bara få om man får i sig blod – t.ex. att man får mens i munnen av en tjej som är hivpositiv. Herpes, gonorré och klamydia kan man få om man ger oralsex och herpes kan man också få om man får oralsex. För att skydda sig mot detta brukar man rekommendera uppklippt kondom som en ”slicklapp”. Kondylom smittar som mellan tjej och kille – genom att könsorgan gnids mot varandra eller genom händer som smeker.”*

I Expressen svarar Katerina Janouch att *”hos kvinnor som lever helt lesbiskt förekommer så gott som ingen klamydia, men däremot herpes och kondylom. Klamydia kan däremot förekomma om kvinnan är bisexuell. Hiv kan också smitta sexuellt från en kvinna till en annan via mensblod eller någon annan blödning som kan uppkomma när man har sex. Använd slicklapp vid oralsex.”*

Vårdguiden (Stockholms läns landsting) på webben ger följande råd *”om du ska ha oralsex med en tjej kan det vara bra att använda en slicklapp. Det är en tunn gummiduk som läggs över hennes underliv. Det kan låta lite osexigt och konstigt, men det är ett bra skydd mot könssjukdomar. Klamydia, gonorré och herpes är de vanligaste sjukdomarna som smittar via oralsex. Det kan vara svårt att få tag på färdiga slickklappar i Sverige, men du kan göra en själv av en oanvänd kondom. Klipp av toppen och klipp upp sidan, du får då en fyrkantig lapp som du kan använda”*

(<http://www.vardguiden.se/Tema/Sex-ochsamlevnad/Preventivmetoder>).

Vissa organisationer som exempelvis norska Helseutvalget delar ut slickklappar i STI- preventivt syfte till KSK, medan svenska RFSL har valt att inte göra detta. Hur vanligt förekommande är det då att kvinnor använder slicklapp eller andra skydd när kvinnor har sex med kvinnor?

Tabell 11. Har kvinnorna använt någon typ av skydd mot hiv/STI-överföring när de haft sex med en kvinna?

N=788 Har du använt någon typ av skydd mot hiv/STI-överföring när du haft sex med en kvinna? N= 788					
	Aldrig	En gång	Några gånger	Oftast	Alltid
Slicklapp	93,5 %	2,6%	2,8%	0,3%	0,9%
Plastfolie	95,9%	2,1%	1,3%	0%	0,8%
Uppklippt kondom	93,9%	3,1%	1,9%	0,4%	0,8%
Kondom på dildo	75%	2,3%	11,4%	6,7%	4,6%
Undvikit sex under mens	80,3%	0,9%	4,1%	3,7%	11%
Använt latexhandskar	93,2%	1,7%	4%	0,3%	0,9%
Medelvärde	88,6	2,1	4,3	1,9	3,2

I tabell 11 framgår tydligt att KSK sällan använder skydd. 94 procent har *aldrig* använt någon form av slicklapp vare sig en sk ”dental dam” som går att köpa i väl sorterade sexbutiker, plastfolie eller i form av en sönderklippt kondom. Enbart 0,2 procent använder slicklapp ofta.

Slicklapp är också ett ämne som engagerat kvinnorna i enkäten. På den sista öppna frågan i enkäten har flera kvinnor kommenterat och diskuterat detta med slicklapp. Det går att urskilja två olika grupper; en grupp vill att slicklappar skall finnas mer lättillgängliga att köpa och att ungdomsmottagningar, klubbar m fl skall dela ut dessa gratis. Flera uppger att de inte vet var man kan få tag på slicklappar och att de har bristande kunskap om hur de används. De vill öka informationsspridningen kring hur slicklappar fungerar. Några efterlyser dessutom säkrare sex-kampanjer med glidmedel, slicklappar och handskar. En annan grupp tycker att slicklappar är svåränvända och ifrågasätter om de verkligen utgör ett skydd mot STI. De framhåller att det är svårt att få det säkert med slicklappar. Flera ställer sig frågande till vilken funktion skyddet egentligen fyller.

”Tar man bort plasteländet när man använder händerna rör man säkert vid sig själv emellanåt, åtminstone gör jag det, och då är det väl smittat hur som helst?” (49-årig lesbisk kvinna).

”Jag tycker slicklappar verkar hur bökitigt som helst. Hur ska man lyckas få den att ”ligga kvar”? Man rör ju sig när man har sex” (Bisexuell kvinna, 24 år.)

"...kommer mer sällan på tal vid sex mellan biologiska kvinnor, eftersom få har tillgång till femidomer, sk kvinnliga kondomer, och att "göra egen slicklapp" känns oftast inte aktuellt då dessa är ansträngande att göra inför sex, samt att det är svårt att få dessa att fungera på ett sätt som garanterar säkert sex (t.ex. gladpack-plast går lätt sönder, svårt att hålla på plats)" (22-årig queer kvinna).

"Vid användning av slicklapp så kan saliv rinna in under." (Bisexuell kvinna, 24 år).

I jämförelse med säkrare sex för heterosexuella eller MSM, är det inte lika självklart för KSK att skydda sig och även andra studier (bl. a. Dolan 2005) visar att kvinnor som använt slicklapp tycker att det är svårt att få det att fungera.

Att uppmana kvinnor som har sex med kvinnor att använda slicklapp vid oralsex står dock inte i proportion till vad som anses som säkrare sex för andra grupper. Det är exempelvis inte ett allmänt säkrare sexråd till män som har oralsex med kvinnor. Att klippa sönder en kondom och använda som slicklapp kan vara direkt vilseledande. En slicklapp tillverkad av en kondom är liten, svårt att hålla på plats med mindre än att man använder två händer och dessutom knepig att flytta runt. Risken för att lubrikation skall komma utanför den lilla lappen och hamna i munnen på den som slickar är stor.

Sexuella praktiker hos KSK

Hur gör lesbiska kvinnor när de skall ha sex? Denna fråga kan nog vara en av de mest förekommande frågorna som man får som icke-heterosexuell kvinna av heterosexuella. Den övergripande kulturella definitionen av sex tenderar att vara oerhört fallocentrisk. Även när en man och en kvinna har sexuella aktiviteter som inte inbegriper penis i slidan betecknas detta som "förspel". Det är penis i slidan som innebär sex och inget annat.

Denna rigida uppdelning av sex skapar risk gällande förebyggande arbete mot STI/hiv (Dolan, 2005).

För att kunna avgöra risk för olika smittvägar måste man ha kunskap om vilka sexuella praktiker som KSK utövar. Detta är en viktig information för både sjukvårdspersonal och för dem som arbetar med STI-prevention.

Kunskapen om hur könsjukdomar smittar kvinna till kvinna verkar dock vara låg hos sjukvårdspersonal kanske delvis beroende på att det inte är känt hur kvinnor har sex med varandra (Lövré, 2003).

Praktiker som är intressanta ur STI-överföringssynpunkt är tribadism (att gnugga könen mot varandra) så att slemhinnor möter slemhinnor. Exempelvis i ställningen "scissor sisters" sker en direktkontakt där slemhinnorna från båda kvinnorna gnider mot varandra och utgör en direkt möjlighet till överföring av STI. Även fingrar eller dildo som en kvinna haft i slidan och som sedan används på någon annan utgör en smittväg. Vissa STI (herpes, klamydia, gonorré och syfilis) kan överföras via olika typer av oralsex där munnen kommer i kontakt med könsorganen. En person som ger oralsex kan få gonorré eller klamydia i halsen om partnern bär på infektionen. Vilka sexuella praktiker har kvinnorna i enkäten?

Tabell 17. Vilka sexuella praktiker har kvinnorna utfört med en kvinna?

N=796		Vad av följande har du gjort med en kvinna?				
	Ofta	Ibland	Aldrig	Inte gjort, vill prova.	Vill ej prova	
Kysa	88,8%	10,9%	0%	0,3%	0%	
Smeka bröst	84,3%	15,5%	0%	0,3%	0%	
Slicka bröst N=796	73,8%	23,1%	1,1%	1,9%	0%	
Gnugga könen mot varandra N=789	50,7%	37,8%	4,9%	6,2%	0,4%	
Smeka kön N=790	80,5%	18%	0,4%	1,1%	0%	
Fingrar i slidan N=791	71,3%	24,5%	2%	1,5%	0,6%	
Fingrar i anus N=778	7,3%	24,6%	30,3%	11,1%	26,7%	
Använda klitorisvibrator N=781	14%	32,3%	22,3%	28,2%	3,3%	
Använda dildo N=782	17,6%	43,6%	15,5%	18,8%	4,5%	
Använda strap-on N=782	12,7%	30,7%	19,4%	30,9%	6,3%	
Dildo i slidan N=782	17,6%	41,4%	16,2%	19,1%	5,6%	
Buttplug i analen N=774	2,3%	6,6%	37,9%	16,5%	36,7%	
Slicka klitoris och slida N=790	60%	33%	2,7%	3,9%	0,4%	
Tunga i slidan N=783	42%	37,3%	11,9%	6,1%	2,7%	
Fista vaginalt N=775	3,5%	13%	32,5%	11,4%	39,6%	
Fista analt N=773	0,4%	1,7%	34,2%	2,5%	61,3%	
Rimming N=776	1,9%	12,8%	31,4%	6,6%	47,3%	
BDSM N=777	6,2%	19,6%	27,2%	21,1%	26%	
Golden Shower N=777	0,6%	2,3%	30,1%	3,5%	63,4%	
Gruppsex N=780	1,2%	11,4%	33,7%	33,1%	20,6%	

Penetrativt sex innebär en större risk för överföring av vissa sexuellt överförbara infektioner bl a för att ett större slemhinneområde exponeras och att det finns en större koncentration av bakterier/virus vid cervix (livmodertappen).

De praktiker som åtminstone teoretiskt kan innebära en liten risk för hivöverföring är oralsex under mens, då virus kan finnas i menstruationsblodet, att gnugga könen mot varandra när partnern inte har tampong/menskopp eller liknande.

Praktiker som kvinnorna i KSK-enkäten 2009 utför när de har mens är; att gnugga könen mot varandra, 14,1 procent, 9 procent slickar klitoris och blygdläppar och 4,6 procent slickar i slidan när partnern inte använder mensskydd. 39,1 procent har aldrig sex när partnern har mens. Det går att konstatera att penetrerande sex är en tämligen vanlig praktik. 47,9 procent av kvinnorna hade haft penetrativt vaginalsex, dvs fört in något (fingrar, dildo eller liknande) i slidan tillsammans med en annan kvinna *under senaste månaden*. 71,3 procent uppger att de oftast har fingrar i slidan på sin(a) kvinnliga sexpartners när de har sex. Endast 5 procent svarade att de överhuvudtaget inte har penetrerande vaginalsex. Oralsex är en vanlig praktik och 36,2 procent hade gett oralsex till en annan kvinna och 34,1 procent hade fått oralsex *senaste månaden*. 60 procent uppgav att de *oftast* hade oralsex vid sex med en kvinna. 6,9 procent hade aldrig gett oralsex till en kvinna och 5,8 procent hade aldrig fått oralsex. analsex är däremot inte en frekvent använd sexpraktik hos KSK i enkäten. 11,6 procent hade haft analsex *senaste månaden* och 61,5 procent hade *aldrig* haft analsex. 7,3 procent brukar ofta penetrera sin kvinnliga sexpartner analt och 2,3 procent använder buttplug ofta. Detta innebär att MSM:s respektive KSK:s sexuella praktiker i många avseenden skiljer sig åt och information till KSK måste vara inriktad specifikt mot målgruppen.

Hinder för KSK att utveckla säkrare sex-strategier

Vid genomgång av forskning på området och utifrån de kommentarer som lämnats på de öppna frågorna i enkäten, går det att urskilja en rad teman som utgör ett hinder för att utveckla säkrare sex-strategier.

Heteronormativt bemötande och okunskap inom hälso- och sjukvården

KSK förutsätts ofta vara heterosexuella och måste därför vid varje möte med hälso- och sjukvården välja om de vill "komma ut"⁶. Risker för hiv/STI förstärks genom att hälso- och sjukvården har ett heteronormativt beteende och därmed förutsätter att alla kvinnor är heterosexuella tills motsatsen är bevisad. Detta gör att sjukvårdspersonalen inte kan göra en adekvat sexologisk anamnes. (Arend, 2003; Van Dam, Koh & Dibble, 2001).

Kvalitén på interaktionen mellan kliniker och patient påverkar i stor utsträckning om kvinnor som har sex med kvinnor går på kontroller (Rankow, 1998). Om KSK söker hälso- och sjukvård är det vanligt att de inte uppger sin sexuella läggning – olika rapporter har visat att det handlar om mellan 31 procent och 90 procent (Bernhard, 2001; Stein & Bonuck, 2001). Van Dam, Koh & Dibble fann att endast 43 procent av de amerikanska vårdgivarna ens hade övervägt att fråga om de kvinnliga patienterna hade någon annan sexuell läggning eller praktik än heterosexuell.

Många lesbiska undviker den allmänna hälsovården i rädsla för ett homofobiskt bemötande eller pga tidigare negativa erfarenheter (McNair, 2005).

I de svenska studierna var det 32 procent som berättade för sin gynekolog, 21 procent berättade delvis och 33 procent berättade inte alls (Hervorsdotter, 1997). I en fråga om öppenhet, var informanterna i Murrays och Kündigs studie minst öppna hos läkare/gynekolog och mest öppna mot heterosexuella vänner.

Heteronormativt bemötande kan få direkta hälsokonsekvenser för kvinnor som söker vård.

I KSK-enkäten 2009 säger en respondent: *"Över huvud taget tycker jag det är jobbigt att gå till gynekologiska undersökningar. Jag känner mig abnorm om jag måste berätta om mina sexuella vanor. Jag håller alltid tyst om jag kan, om antal sexpartners samt min sexuella läggning i samband med kontakt med infektionsklinik eller gynekologisk mottagning. Jag tänker att sjukvårdspersonalen har så stor makt. Jag är rädd att de ska vara homofoba och bemöta mig illa. Särskilt eftersom jag är bisexuell. Men det innebär ju också en risk, att hålla tyst, att inte får rätt vård. Sist jag var hos en gynekolog fick jag ordinationen "inget samlag" i tre veckor. Vad då "inget samlag" tänkte jag... vad innebär "samlag"?? Då hade jag en flickvän och vi använde inga sexleksaker alls. Men även om jag hade varit heterosexuell är det ju en ganska luddig term..."* (24-årig bisexuell, kvinna sexuellt och intergender emotionellt).

Det är tydligt att ett heteronormativt bemötande hindrar patienter från att ge nödvändig information och detta är en kunskap som måste ut till vårdpersonal

⁶ Processen personer genomgår när de upptäcker och börjar acceptera att de är homo- eller bisexuella kallas för "komma ut-processen". Man brukar prata om att "komma ut ur garderoben" i samband med att man talar om för sina nära och kära om sin sexuella läggning.

i högre omfattning. Genom att exempelvis undvika ordet samlag skulle ovanstående person kunnat ges en bättre ingång i samtalet.

Personer som mött professionella som har ett icke-heteronormativt bemötande upplever ofta en stor tacksamhet över att få detta inkluderande bemötande som egentligen borde vara en självklarhet. Två respondenter i enkäten berättar:

"Informera gynekologer att inte alltid ta för givet att kvinnor alltid har män som partner. Har själv börjat hos en underbar gynekolog som istället för att fråga om jag hade man och barn istället frågade om jag hade någon partner för tillfället" (39-årig lesbisk kvinna).

"Framförallt tycker jag sjukvården bör undervisas i icke-heteronormativt sex/säkrare sex! På en infektionsmottagning fick jag fylla en blankett i samband med att jag anmälde mig, där jag kunde fylla i om jag hade haft sex med män eller/ och kvinnor. Då slapp jag "komma-ut-grejen" i samtalet med läkaren. Jättebra!" (24-årig bisexuell kvinna).

Bristen på medvetenhet bland vårdpersonal om KSK:s behov kan leda till dåligt underbyggda råd och missade möjligheter till förebyggande av sjukdom (Evans & Hughes, 2003). Det finns dessutom en dålig kunskap om lesbiska och bisexuella kvinnors sexuella hälsobehov.

En sexologisk anamnesupptagning gällande STI/hiv till KSK bör enligt Mravcak (2006) innefatta frågor om man någonsin haft sex med män eller kvinnor? Hur många partners man haft under de senaste sex månaderna och under de senaste fem åren? Har partnern haft sex med någon annan? Vilka sexuella praktiker används, vaginal penetration, anal penetration, oralsex inklusive mynningen på slidan, anus eller penis? Har personen haft en sexuell kontakt med någon som injicerar droger eller med en man som har sex med andra män? Används barriärskydd? Används preventivmedel (om personen är sexuellt aktiv med män)? Det skall även finnas utrymme för frågor om sexuellt överförbara infektioner och andra frågor eller funderingar runt sex.

Brist på information/dålig information

Flera studier visar att KSK inte har tillräckligt med information för att fatta beslut om att ha säkrare sex. Detta hindrar dem från att söka kunskap om säkrare sex och sexuellt överförbara infektioner. (Fishman & Anderson, 2003; Dolan & Davis 2003; Morrow & Allsworth, 2000; Diamant, Schuster, McGuigan, & Lever, 1999; Bernhard, 2001). Även svenska studier pekar på samma resultat. Lövré (2003) uppger att kvinnor som försökt ta reda på hur man skall undvika att smittas, inte har hittat någon adekvat litteratur och än mindre kunnat få några bra svar inom kvinnosjukvården. Kunskapen om sexuellt överförbara infektioners smittsamhet kvinnor emellan anses dålig – trots att det finns ett aktivt intresse.

Nästan hälften (42,9 procent) av kvinnorna i enkäten har under det senaste året sökt information om sexuell hälsa för KSK. Sju av tio har någon gång i sitt liv sökt efter information i ämnet. Det som flest sökt information runt, är sexuellt överförbara infektioner och testning, 57 procent, följt av mammografi och cellprov 30 procent, säkrare sex 23 procent och hiv samt testning 18 procent. De vanligaste ställena där man sökt information var inom olika

sjukvårdsverksamheter. Mycket informationssökande har även skett på internet och då på olika sjukvårdsinrättningars hemsidor samt på RFSL:s hälsosajt och andra lesbiska hälsosidor. 46 personer har sökt information genom att läsa en bok och det är värt att notera att 34 av dem då läst ”Stora sexboken för tjejer som har sex med tjejer” (Malinda Flodman och Helene Delilah, 2007), vilken är den enda boken på svenska i ämnet.

Svaren på den sista frågan⁷ där deltagarna fritt kunnat formulera sig runt förbättringar gällande den sexuella hälsan för KSK, har kategoriserats in i fyra områden: respons på enkätens utformning, brist på information gällande säkrare sex för KSK, heteronormativt bemötande från hälso- och sjukvården och önskan om att få mer kunskap runt säkrare sex för KSK. Den största frekvensen kommentarer fick ”brist på information”.

Gällande informationsbrist uttrycker många en frustration över att det är så svårt att hitta relevant information och kunskap. Information finns för heterosexuella kvinnor och män samt homosexuella män. Runt kvinnor som har sex med kvinnor råder fullständig tystnad. Undervisningen i skolan innehåller ingenting om sex mellan kvinnor. Flera respondenter ger uttryck för att kvinnor som har sex med kvinnor ständigt blir osynliggjorda. Här kommer några respondenters röster:

”Det behövs mer information om sex och sexualitet som riktar sig speciellt till lesbiska och bisexuella kvinnor! Inte enbart med avseende på risker och sjukdomar utan också om lust, sexualitet i allmänhet, psykologi... Kvinnor är osynliggjorda som det är nu” (39-årig lesbisk kvinna).

”Den information som finns är över huvud taget inte riktad till oss. Det är min upplevelse. I skolan, i sexualrådgivning i media, och även när det är för homosar upplever jag att den är mer riktad till bögar” (23-årig lesbisk kvinna).

”Hur man skyddar sig mellan man/ kvinna och man/ man ser man ständigt information om, men som så ofta glöms kvinnorna och det lesbiska sexet bort” (32-årig bisexuell kvinna).

”Det är väldigt lätt att hitta information om hur STI smittar mellan heterosexuella och homosexuella män, men det finns nästan ingen information om smittriskan mellan kvinnor. Kanske för det saknas forskning. Jag tror att både forskning och spridning av information behövs” (42-årig lesbisk kvinna).

Flera upplever dessutom att RFSL och RFSU inte informerar i tillräcklig omfattning i frågan. Detta är ett problem för olika frivilligorganisationer, då dessa inte får medel beviljade för att rikta information mot gruppen.

⁷ Den sista frågan lyder: Har du ytterligare några synpunkter eller något du vill tillägga så finns det utrymme för det här. Här får du gärna ge synpunkter på hur man kan förbättra den sexuella hälsan för kvinnor som har sex med kvinnor.

"Jag har frågat om råd för hur att använda skydd vid sex med kvinnor på RFSU, men de hade ingen aning, sa bara att det inte smittar så lätt mellan tjejer. Men hur smittar det då? – Inte så lätt" (35-årig bisexuell kvinna)

"Det hade t.ex. varit schysst om RFSL kunde lägga upp en bra utformad instruktionsvideo på sin hemsida. Typ som såna där de visar hur man trär på en kondom. Fast istället visa hur man gör mellan kvinnor för att alla olika former av sex ska blir säkert och kanske ha nån slags rekommendation för vid vilka former av sex man bör/ inte behöver använda sig av skydd" (29-årig bisexuell kvinna).

"Vid regnbågsfestivalen -08 gjorde en RFSU en sexualenkät ang safe-sex, men ingen av frågorna riktade sig till kvinnor som har sex med kvinnor. Varför inte?" (37-årig lesbisk kvinna).

"Det vore bra att lära sig tidigt om sexuellt överförbara sjukdomar utanför heteronormen. Allt man lärt sig handlar i skolan om heterosex och i RFSL-sammanhang handlar det allt som oftast om bögar och kondomer. Det hade behövs broschyrer, böcker, frågespalter och en viss tydlig linje" (24-årig lesbisk kvinna).

"När jag stött ihop med RFSL-ungdom har de inte kunnat svara, sexualundervisningen i skolan nämnde aldrig något sånt och jag har inte snubblat över något från RFSL. Jag har varit intresserad av utbredning av STI bland KSK, så jag har hållit ögonen öppna och då t.ex. frågat RFSL, när jag träffat dem, men inte aktivt sökt information" (22-årig lesbisk kvinna).

Flera har efterfrågat information inom sjukvården m.m. men ändå inte fått adekvata svar.

"En gynekolog jag var hos när jag testade mig för klamydia blev helt förbluffad över frågan om jag kunde smitta min flickvän. Hon hade ingen aning om hur det kunde smitta mellan kvinnor. Ingenstans i det tryckta materialet eller böckerna hon hade tillgång till fanns någon information om detta heller. Det känns verkligen helt sjukt" (36-årig queer kvinna).

"Det är minst sagt frustrerande att aldrig kunna få tydlig info från vare sig ungdomsmottagningar, gynekologer eller vårdupplysningar på Internet. Lite samma sak som när man frågar om kondylom och herpes och om man verkligen har det och kan smitta hela livet. – Jaa du har det, men nej det smittar NOG inte om du inte har utslag, kan man få höra samt en del olika versioner, vilket känns så otydligt att man ger upp och glömmet det" (24-årig bisexuell kvinna).

"Utbilda personalen på ungdomsmottagningarna! Jag sökte information där när jag testade mig men fick inte veta någonting om kvinnor som har sex med kvinnor. SKANDAL" (27-årig queer kvinna).

"Jag har tidigare sökt information via ungdomsmottagningen, alltså pratat med en barnmorska, men där har man inte haft kunskap om sex mellan tjejer" (25-årig bisexuell kvinna).

"Det behövs definitivt mer kunskap på gyn.mottagningarna. De jag träffat har inte med säkerhet vetat och kunnat ge svar på hur och vilka STI:s som smittar när man har sex

kvinn-kvinna. Angående smittorisk vid slidkatarr (vaginos?!) har jag fått olika uppgifter om det är sexuellt överförbart eller inte t.ex.” (29-årig lesbisk kvinna).

Det heteronormativa bemötandet är problematiskt och flera ger uttryck för svårigheter inte bara gällande att få information utan också runt bemötande.

”Det är vanligt att gynekologer inte vill testa en för STI när man berättar att man är lesbisk. Man får tjata sig till ett klamydiatest, nåt annat skrattar de mest när man frågar om. Dvs de skulle behöva utbildas i hur man informerar och hjälper oss flator” (32-årig lesbisk kvinna).

Med tanke på att klamydia är den mest förekommande STI i KSK-enkäten 2009 så är det anmärkningsvärt att tester inte erbjuds frikostigt.

”Det vore bra om blivande läkare – särskilt blivande gynekologer – kunde lära sig att ställa frågor om sexlivet som också inkluderar lesbiskas levnadssätt” (65-årig lesbisk kvinna).

”Jag tror att sjukvårdspersonalens bemötande betyder mycket. Att man inte får dumma eller kränkande frågor” (37-årig polyamorös queer-person).

Vilken information vill KSK ha?

Tydlig information om sexuellt överförbara infektioner som överförs kvinna till kvinna och genom vilka former av sexuella praktiker.

"Vidare är jag fortfarande osäker på hur hiv smittar vid mensblodssex..." (28-årig lesbisk kvinna).

"Jag har herpesblåsor just nu i ansiktet och funderade huruvida jag skulle kunna smitta min partner om jag hade oralsex med/på henne" (28-årig bisexuell kvinna).

"Att information om ämnet är bättre, mer lättillgänglig och går att hitta på Internet, i skolan, på kvinno- och ungdomsmottagningar, RFSL/RFSU och via sjukvården" (17-årig queer kvinna).

"Det måste finnas mer tillgänglig information. Ett ställe att informera på kan vara QX, eftersom mycket sexkontakter sker där" (33-årig lesbisk kvinna).

"Upplysningen måste bli bättre, mer frekvent och lika "vanlig" som sexualupplysning som vänder sig till hetero samt bögar" (28-årig bisexuell kvinna).

"Konkret och teknisk kunskap om säkrare sex, önskvärt att den kommer från dem som har egen erfarenhet eller ordentlig kunskap. Även om man vet det grundläggande om smittspridning (att det sker via blod/slemhinna) så är det lite svårare rent tekniskt mellan kvinnor. Hur gör man t.ex. om man vill "gnugga fitta" säkert? En slicklapp eller uppklippt kondom håller sig inte på plats. Att dra fram ett par vinylhandskar känns också väldigt märkligt om man ska smeka/penetrera en tjej tycker jag. Känns lite fånigt. Likadant att trä på en kondom på sin tunga, för att kunna sticka in den i nåns fitta känns minst sagt konstigt" (29-årig bisexuell kvinna).

Kvinnor som har sex med kvinnor som har sex med män (KSKM)

Detta kapitel väljer jag att inleda med ett citat från en av kvinnorna i studien som formulerat ett problem som finns inom gruppen KSK:

”Många kvinnor som har sex med andra kvinnor tror ofta att de inte kan bli smittade, trots att någon av dem kanske har haft sex med män innan (vilket en del inte tänker på)” (47-årig queer kvinna).

I forskning som gjorts på området råder en stor enighet om att KSK har erfarenhet av sexuella kontakter med män. En majoritet av KSK har i olika studier uppgivit att de har erfarenhet av sexuella kontakter med män. Forskningen pekar på att den sexuella identiteten, beteende och attraktion oftare varierar hos kvinnor än hos män (Smith et al, 2003).

Det förekommer dock diskriminering från den egna gruppen (KSK) mot kvinnor som har sex med kvinnor och män, vilket försvårar det preventiva arbetet. Det finns ett begrepp ”lesbian goldstar” eller guldstjärna på svenska, vilket är betecknande för lesbiska kvinnor som aldrig haft sex med en man och inte heller har för avsikt att någon gång ha det. De är ”guldstjärnor” – det vill säga ”bäst”. ”Lesbian silverstar” är de kvinnor som har haft sex med en man och då insåg att de var lesbiska eller i samma ögonblick insåg att de hatade det. De är så att säga ”näst bäst”. Detta medför att lesbiska kvinnor som har sex med män döljer detta faktum för att inte framstå som svikare mot gruppen.

I Moegelins enkätstudie (2005) från lesbiska mottagningen på SÖS i Stockholm hade 82 procent någon gång haft sex med en man. I Hervorsdotters studie (1997) hade 86 procent av kvinnorna någon gång haft sex med en man. 56 procent av de svarande hade haft sex med en man under de senaste tio åren. 75 procent angav att han varit heterosexuell, 10 procent att han varit bisexuell, 3 procent homosexuell och 12 procent visste inte hans läggning. I Kündigs och Murrays studie hade 48,1 procent gjort sin sexdebut med en man.

Antalet kvinnor som gjorde sin sexuella debut med en man i den här studien är 70 procent och det är således vanligast att den sexuella debuten görs med en man.

Tabell 4. Med vem gjorde kvinnorna sin sexuella debut?

Med vem gjorde du din sexuella debut? N=796		
	Antal	Procent
Kvinna	227	28,5%
Man	562	70,6%
Transperson	2	0,3%
En kvinna och en man	5	0,6%
	796	100%

Vid en jämförelse mellan dem som gjort sin sexuella debut med en man framkom att de var signifikant äldre än gruppen som debuterat med en kvinna.

Samkönade relationer och sexuella erfarenheter har ofta föregåtts av ett antal relationer med personer av motsatt kön. En ny svensk undersökning visar att det är vanligare bland kvinnor än män. Det finns fler antal kvinnor som definierar sig som bisexuella än män (Norberg, 2009).

I KSK-enkäten 2009 hade 84,5 procent av kvinnorna någon gång haft en sexuell kontakt med en man eller person med penis. Detta är helt i överensstämmelse med internationella uppgifter där antalet vanligtvis ligger runt 85 procent. (Bailey et al 2004). Det finns en signifikant statistisk skillnad mellan egendefinierade lesbiska och bisexuella kvinnor avseende huruvida de haft/har sex med män. Lesbiska kvinnor har sex med män i mindre utsträckning än bisexuella.

I nedanstående tabell kan man utläsa att drygt hälften av deltagarna endast har haft sexuell kontakt med en kvinna/kvinnor de senaste tre åren och knappt hälften har haft sexuell kontakt med en man.

Tabell 5. Vilket kön hade personen/personerna i de senaste sexuella kontakterna?

När du har sexuella kontakter (tänk på hur du levtt senaste tre åren) N=796		
Alltid med en kvinna/kvinnor	404	50,7%
Oftast med kvinnor	155	19,5%
Ungefär lika ofta med kvinnor som med män	43	5,4%
Oftast med män men ibland med kvinnor	135	17%
Alltid med män	32	4,0%
Jag har inte haft några sexuella kontakter senaste året	23	2,9%
Annat	4	0,5%
	796	100%

Vad har då de kvinnorna som haft sex med en man haft för sexuella praktiker? I KSK-enkäten 2009 har 33 procent av kvinnorna haft vaginalsex med en man, c:a 25 procent givit eller fått oralsex med en man och 14 procent hade haft

analsex med en man under de senaste tre månaderna. Under det senaste året hade 46 procent av dem haft vaginalsex och 19 procent haft analsex med en man.

Vilka män hade de sex med? Majoriteten hade sex med sin manliga partner, 37,4 procent, och 22 procent kände varandra sedan tidigare. 6 procent hade träffat mannen på Internet i huvudsak på nätcommunityt QX. Den absoluta majoriteten av kvinnorna som haft sex med en man de senaste tre åren hade haft en sexuell relation med en heterosexuell man (81 procent). Enbart ett fåtal hade haft sex med en bisexuell (9 procent), queer (3 procent) eller homosexuell man (2 procent). Den vanligaste sexuella praktiken med män förutom kyssar är vaginala samlag, det har 55 procent av kvinnorna som har sex med män oftast/alltid.

Sex mellan lesbiska har antagits vara säkert även utan skydd. Detta vilar på det förtroende som parterna redovisar utifrån sina sexuella identiteter och tidigare erfarenheter som ofta bygger på antagandet att KSK inte har sex med män, vilket brukar vara en tabubelagd fråga. Det uppkommer ett problem, ur preventiv synpunkt, när man kan konstatera att det är vanligt förekommande att KSK har sex med män.

Har kvinnorna i KSK-enkäten reflekterat över risken att smittas av en sexuellt överförbar infektion vid det senaste tillfället de hade sex med en man? En fjärdedel hade funderat mycket på risken över att få en STI, drygt 30 procent hade tänkt lite över riskerna och en femtedel hade överhuvudtaget inte tänkt på detta. För knappt en fjärdedel var detta inte relevant och en tiondel minns inte. Har dessa funderingar lett till att man agerat för att slippa få en sexuellt överförbar infektion? I tabell 6 redovisas, att lite mer än hälften oftast eller alltid använder skydd vid sex med män. Värt att notera är dock att det endast är en femtedel som alltid använder skydd.

Tabell 6. I vilken utsträckning har skydd använts när KSK-personen haft sex med män?

I vilken utsträckning använder du skydd när du har sex med män? N=65.						
	Aldrig	En gång	Några gånger	Oftast	Alltid	Ej aktuellt
Kondom vaginalt	6%	3,1%	24,7%	35,5%	21%	9,7%
Kondom analt	13,6%	0,8%	6,3%	9,6%	9,6%	60,1%
Kondom oralt	46,3%	5,6%	13,9%	5%	2,1%	27,1%
Plasthandskar	65,7%	0,6%	2,3%	0,3%	1,4%	29,6%
Undvikit sex under mens	19,1%	1%	12,7%	21,5%	23,1%	22,6%
Slicklapp	70,2%	0,8%	0,8%	0,3%	1,1%	26,7%

Hur ser den internationella forskningen ut på området? I en amerikansk studie (Dolan & Davis, 2003) runt KSK:s användning av kondom vid sexuella kontakter med män, kan konstateras att 38 procent i den amerikanska studien *alltid* använder kondom mot 21 procent i KSK-enkäten 2009. 23 procent i den amerikanska studien använder kondom *ibland* och 35,5 procent i denna studie.

Kondomanvändning 'alltid och ibland' ligger i den amerikanska undersökningen (61 procent) något högre än i denna svenska studie (56,5 procent). Anmärkningsvärt är att 28 procent av kvinnorna i den amerikanska studien *aldrig* använt kondom i jämförelse med denna enkät, där enbart 6 procent aldrig använder kondom.

Att kondom sällan används med män visar en intervjustudie från San Francisco med 1 189 kvinnor, där 56 procent hade haft oskyddat sex med kvinnor. 20 procent av de lesbiska och bisexuella kvinnorna uppgav att när de hade sex med en man så skedde detta oftast utan kondom. Det var dock vanligare att de använde någon annan form av preventivmedel för att förhindra graviditet (Stevens & Hall, 2001).

Vad säger övrig internationell forskning på området? I en studie visade det sig att 88 procent hade en kvinnlig partner och 17 procent en manlig partner under föregående år. Av de kvinnor som rapporterade att de var sexuellt aktiva med en manlig partner, uppgav dessa att de haft två eller flera manliga partner under det föregående året. 85 procent rapporterade i genomsnitt en eller flera episoder av oskyddat sex med en kvinnlig partner per månad och 8 procent uppgav en eller flera episoder med oskyddat sex med en manlig partner per månad. Drygt en tiondel av de sexuellt aktiva kvinnorna rapporterade att de haft oralsex med en man utan kondom. 6 procent rapporterade att de haft samlag (penis i vaginan) med en manlig partner utan kondom och 1 procent uppgav att de haft analsex (penis i anus) med en manlig partner utan kondom. Endast 21 procent av de svarande rapporterade att de någonsin föreslagit att de skulle ha säkrare sex med sina sexuella partners. När det gäller sexuella aktiviteter med kvinnor hade 90 procent haft oral-vaginal sex och 89 procent uppgav att de haft penetrerande sex med fingrar i vaginan. 19 procent hade utfört rimming och 35 procent uppgav att de haft fingrar i anus. 20 procent av de sexuellt aktiva respondenterna rapporterade att de deltagit i sexuella aktiviteter som innefattar möjlig exponering för blod genom mens eller S/M-aktiviteter. Trots uppenbara riskbeteenden ansåg 84 procent att de inte löpte någon risk för smitta genom sexuella aktiviteter under föregående år. 61 procent trodde att de utsatt sig för någon risk för smittöverföring under sin livstid (Morrow & Allsworth, 2000).

Även i Diamant et al, studie från 1999 hade 77 procent av de lesbiska kvinnorna haft en eller flera manliga partners under sin livstid, 70 procent hade någon gång haft vaginalt samlag, 17 procent hade en gång haft ett analt samlag. 7 procent uppgav att de hade haft en manlig partner under det senaste året. 88 procent av de lesbiska kvinnorna som haft vaginala samlag rapporterade att de inte använt kondom. Av alla svarande rapporterade 16 procent att de någon gång haft analt samlag utan kondom.

Vidare så framkommer i en australiensisk studie att 93 procent av KSK hade haft en tidigare sexuell kontakt med en man. I jämförelse med kontrollgruppen var antalet manliga sexuella partners under livstiden signifikant högre för KSK än kontrollgruppen. KSK var betydligt mer benägna att rapportera mer än 50 manliga sexuella partners under en livstid. 80 procent av KSK redovisade 5 eller färre kvinnliga livstidspartners och 8 procent redovisade mer än 10

kvinnliga partners under sin livstid. Sexuell kontakt med en homosexuell eller bisexuell man och sexuell kontakt med en injektionsmissbrukare var betydligt vanligare hos KSK (Fethers et al, 2000).

I en jämförande amerikansk studie där 49 procent identifierade sig som heterosexuella, 11 procent bisexuella och 40 procent lesbiska, var lesbiska kvinnor mer benägna att leva i relationer i jämförelse med bisexuella och heterosexuella kvinnor. Som väntat var heterosexuella kvinnor mer benägna att uteslutande ha manliga partners och lesbiska kvinnor mer benägna att ha uteslutande kvinnliga partners – både under sin livstid och under det senaste året. Bisexuella kvinnor hade fler manliga partners och lesbiska rapporterade fler kvinnliga sexuella partners under det senaste året, jämfört med kvinnorna i de andra två grupperna. Lesbiska kvinnor var mer benägna att använda kondom med manlig partner än bisexuella eller heterosexuella kvinnor. Lesbiska och bisexuella kvinnor var betydligt mer benägna än heterosexuella kvinnor att ha sex med MSM under det senaste året. Lesbiska var något mer benägna än bisexuella kvinnor (och betydligt mer sannolikt än heterosexuella kvinnor att ha sex med manliga injektionsmissbrukare under det senaste året (Koh et al, 2005).

Flera studier visar således, att i jämförelse med kvinnor som har sex med antingen bara män eller enbart kvinnor så har kvinnor som har sex med både män och kvinnor visat sig vara mer benägna att utsätta sig för högre risker för överföring av hiv, sex med hivpositiva män, flera manliga sexuella partners, sex med MSM, sex med injektionsmissbrukare, sexhandel för droger eller pengar och analsex. De hade också högre ohälsa i övrigt, genom att de rökte i större omfattning, hade högre alkoholkonsumtion, högre intravenös användning av narkotika och en ökad risk för abort och sexuellt överförbara infektioner (Scheer, et al, 2002; Mercer, et al, 2007).

Bisexuella kvinnor rapporterar högre sexuellt riskbeteende än heterosexuella kvinnor. Bisexuella har i högre omfattning sex med MSM, sex med en hivpositiv man, flera manliga partners, partners som har haft sex med en prostituerad, är mindre benägna att använda kondom med en icke-stadig partner och analsex. Heterosexuella män och lesbiska, bisexuella kvinnor har den högsta tendensen att kombinera droger/alkohol och sex (Dobinson, 2007).

En amerikansk studie visar att det inte är ovanligt att lesbiska har sex med både män och kvinnor även om de föredrar sex med kvinnor. Så länge de enbart har sex med en man och inte en kärleksrelation ”räknas det inte”. En av respondenterna i en amerikansk undersökning uttrycker att hon enbart vill ha fysisk tillfredsställelse från män, men att hon däremot med kvinnor vill ha vänskap, kärlek och sex (Dolan, 2005).

KSK är ett samlingsbegrepp för kvinnor som har sex med kvinnor och innefattar lesbiska, bisexuella, heterosexuella, queera och andra kvinnor som har eller har haft en sexuell praktik med en annan kvinna. Hur ser då sambandet mellan självdefinierad sexuell läggning och sexuell praktik med män ut? I en korstabulering (kryssa för flera alternativ och göra ett urval) med dessa två variabler fick jag fram följande resultat

Tabell 7. Har kvinnorna någon gång haft sex med en man (eller person med penis)?

Har du någon gång haft sex med en man (eller person med penis)?			
	Ja	Nej	Total
Homosexuell/lesbisk	76 % (292)	24% (92)	100% (384)
Bisexuell	93,8% (228)	6,2% (15)	100% (243)
Heterosexuell	95% (19)	5% (1)	100% (20)
Queer	89,4% (59)	10,6% (7)	100% (66)
Olika	90,9% (30)	9,1% (3)	100% (33)
Osäker	84% (21)	16% (4)	100% (25)
Annat	95,2% (20)	4,8% (1)	100% (21)
Total	84,5% (669)	15,5% (123)	100% (792)

Slutsatsen av denna korstabulering är att det inte går att utgå ifrån sexuell läggning och identitet när det gäller sexuell praktik. Som tidigare nämnts är detta något som flera forskare lyft fram, men som mött motstånd. Kritik har riktats mot att använda KSK och MSM utifrån att lesbiska och bisexuella populationer kan vara olika socialt och beteendemässigt. Det föreligger visserligen en skillnad i materialet mellan homo- och bisexuella kvinnor som har sex med kvinnor, men ur STI/hivsynpunkt är det angeläget att fokusera på KSK, då båda grupperna har erfarenheter från att ha sex med både män och kvinnor.

Föreligger en skillnad avseende säkrare sex-strategi om man tänker ha sex med en man eller kvinna?

Respondenterna i KSK-enkäten 2009 fick en fråga runt detta och det framkom en tydlig skillnad avseende om man tänkte ha sex med en man eller kvinna.

Tabell 8. Är det någon skillnad på hur kvinnorna tänker runt säkrare sex beroende på vilket kön det är på personen/personerna som de eller deras partner har sex med?

Är det någon skillnad på hur ni tänker runt säkrare sex beroende på vilket kön det är på personen/personerna som du eller din partner har sex med? N=313⁸	
Ja	47,3 %
Nej	25,7%
Delvis	27%
	100%

Vid en öppen fråga där deltagarna själva fritt fick berätta om vilka säkrare sex-strategier de har uppgav 71 personer (N=128) att kondom var önskvärt eller nödvändigt vid en sexuell relation med en biologisk man/person med penis.

Många formulerade sig med stor självklarhet när det gällde att ha skyddat sex med en Man, men när det gällde sex med kvinnor var den absoluta majoriteten mycket osäkra eller såg det som tämligen riskfritt. En respondent uppger:

"Med en man är det kondom som gäller. Med en kvinna är det svårare att skydda sig om man är kvinna så där finns inga regler?" (29-årig kvinna, definierar sig som annat).

"Att skydda sig känns självklart med tillfälliga kontakter med män, men inte alls med kvinnor (31-årig bisexuell kvinna).

"Med personer som har kuk använder vi kondom vid penetration. Med personer som inte har kuk har vi inte använt något skydd men jag har tänkt på det utan att jag har tagit upp det" (26-årig queer intergenderperson).

Detta är representativa svar för vad många andra har svarat i den öppna kategorin.

⁸ N= Antal svarande

Internaliserad homofobi eller uttryck för en queer livsstil?

En fråga som infinner sig är hur benägenheten hos KSK att ha sexuella relationer med män skall tolkas? Är det uttryck för en allt mer queer kultur där gamla identitetskategorier dekonstrueras och personer istället söker sexpartners utifrån andra kriterier än kön? Eller kan det vara så att en del av dessa relationer istället är uttryck för en internaliserad homofobi?

Tre olika kvinnor i studien reflekterar här i en fråga med fritt formulerat svar över sina sexuella relationer med män:

"Svårt att svara på frågorna om sexuella erfarenheter med män när de ställs som frågor om sex, jag har blivit "använd" av många män och själv utsatt mig för det också i tonåren. /.../ I början av enkäten ställdes frågan om när och med vilket kön man sexualdebuterat, och att man själv skulle definiera vad sex var, men tycker ändå att det är viktigt att det kommer fram att många har "sex" med människor de inte vill ha sex med. Som jag t.ex. som haft "sex" med runt 30 olika män under en kortare period av olika orsaker, och jag har hört att många andra lesbiska också gjort det – ofta i tonåren och av olika anledningar" (33-årig lesbisk kvinna).

Trots att vi kan tycka att vi lever i ett samhälle där det är möjligt att leva öppet som hbt-person är det tydligt att respondenten inte sett några andra möjligheter än heterosexualitet, allt i enlighet med heteronormen.

"Det känns så jävla sorgligt. Känner mig helt skamsen över att erkänna att jag gick på heteronormen en gång i tiden och knullade med killar för att det inte gavs någon annan information eller diskussion kring något som helst alternativ" (20-årig lesbisk kvinna).

Dessutom verkar flera personer verkligen ha utsatt sig själv för händelser som ej har varit i överensstämmelse med deras innersta vilja och känsla.

"Men jag tror framförallt att många av oss behöver samtalsstöd. Jag har knappt träffat någon lesbisk som aldrig varit utsatt för övergrepp (jag menar inte att man blir lesbisk pga det utan att det heteronormativa samhället tvingar in oss i heterosexuella relationer som vi inte vill ha och att vi utsätter oss för saker som vi egentligen inte vill). Detta kan påverka förmågan att njuta av sex i framtiden, iaf för mig. Detta kan också leda till destruktivt beteende" (33-årig lesbisk kvinna).

"Märkligt att man "fastnar" i sexuella relationer med män trots att man vill ha en kvinna som den enda och fasta partnern..." (30-årig bisexuell kvinna).

I Martins & Hettricks studie (1988) av 2 000 unga homosexuella personer, framkom att gruppen kände ett utanförskap i relation till den omgivande sociala kontexten, vilket bidrog till en stark känsla av ensamhet. Hos de unga kvinnorna fanns det på ett kognitivt plan en avsaknad av korrekt information om lesbiskt sex och en frånvaro av positiva lesbiska förebilder. Tjejernas självbild utmärktes av en identifikation med aggressorn och ett självhat. En grupp strävade efter att bli accepterade och försökte därmed anpassa sig till normerna genom att exempelvis ha många pojkvänner.

I en ny avhandling beskriver flera informanter att de försökt leva heterosexuellt och precis som informanterna i min studie vittnar de om hur de därigenom trampat på sig själva på ett sätt som de idag inte kan stå för – i syfte att anpassa sig till den heterosexuella normen (Norberg, 2009).

Vi har redan konstaterat att viss forskning pekar på att kvinnor som har sex med både män och kvinnor är mer benägna att utsätta sig för risker för överföring av hiv/STI och har fler manliga sexpartners. De har även högre ohälsotal. (Scheer, et al, 2002; Mercer, et al, 2007). Gruppen bisexuella totalt har i forskning uppvisat sämre hälsa än homosexuella. Bisexuella kvinnor har även rapporterat ett högre sexuellt riskbeteende än heterosexuella kvinnor (Dobinson, 2007). Biteorin är en tämligen ny vetenskap och bisexualitet är en egen sexuell identitet som är mindre synlig än både homosexualitet och heterosexualitet. Frågan om skillnader mellan grupperna homosexuella och bisexuella kvinnors sexuella hälsa uppstår genom detta material.

I KSK-enkäten 2009 kan konstateras att KSK har fler antal sexpartners som är män än kvinnor. Detta trots att flertalet, 72,3 procent, ofta eller alltid föredrar ha sex med en kvinna jämfört med 10,1 procent som ofta eller alltid föredrar sex med en man.

Tabell 9. Vilket kön respondenterna föredrar vid sexuella kontakter.

N=797	Kön som föredras vid sexuella kontakter
Alltid med en kvinna/kvinnor	48,3%
Oftast med en kvinna/kvinnor	24%
Ungefär lika ofta med kvinnor som män	7,9%
Oftast med män, ibland med kvinnor	8,8%
Alltid med en man/män	1,3%
Kön är ointressant	8,8%
Jag har inga sexuella kontakter	1%
	100%

I studien framgår vidare att 8,8 procent tycker att kön är ointressant i val av sexpartner.

När en fråga ställdes om vilket kön man skulle föredra vid en tillfällig sexuell kontakt uppgav 56,5 procent att de föredrog en kvinna, 6,3 procent en man och 33,3 procent att det beror på person och inte kön.

Tabell 10. Vilket kön respondenterna föredrar vid tillfälliga sexuella kontakter.

N=795	Kön som föredras vid tillfälliga sexuella kontakter
Man	6,3%
Kvinna	56,5%
Det beror på person och inte på kön	33,2%
Ej aktuellt	4%
	100%

Trots detta resultat kan det vara så att kvinnorna oftare har sex med en man än en kvinna, vilket ser ut att vara i överensstämmelse med de internationella resultaten.

Sex med andra utanför en etablerad parrelation.

Flera studier visar att det när det gäller hiv- och STI-prevention är det viktigt att fokusera på sexuella kontakter utanför etablerade parrelationer då oskyddat sex/samlag är norm i parrelationer. I flera studier framkommer att de som lever i någon form av etablerad relation har svårt att veta hur de skall förhålla sig till skydd mot STI/hiv vid sexuella kontakter utanför den etablerade relationen. Sex mellan lesbiska har antagits vara säkert även utan skydd. Ett antagande som vilar på det förtroende som parterna redovisar utifrån sina sexuella identiteter och tidigare erfarenheter som i sin tur ofta bygger på antagandet att lesbiska inte har sex med män. Många ser monogami som en ideal hivpreventiv strategi. Med monogami avses då känslomässig och emotionell exklusivitet. Vad som verkligen är monogami i praktiken varierar mycket och även i parrelationen kan parterna ha olika uppfattning. För vissa är monogami att de har många korta relationer med *en* person som varar någon vecka eller månad och medan det för andra kan innebära att man använder kondom om man har sex utanför relationen. I en relation har oskyddat sex en symbolisk betydelse som ger relationen en aura av romantik. Att använda skydd mot sexuellt överförbara infektioner var förknippat med "one night stands" (Stevens & Hall, 2006).

Det finns forskning om MSM och deras icke-monogama relationer, men forskningen kring KSK och flersamma relationer är mycket sparsam. I den norska studien framkom att 24 procent av de heterosexuella deltagarna hade haft en utomrelationell sexuell kontakt, att jämföra med 49 procent bland homosexuella, lesbiska och bisexuella. Det fanns ingen statistiskt signifikant skillnad i rapportering av flersamma sexuella relationer mellan homosexuella och bisexuella män (51 procent) och lesbiska och bisexuella kvinnor (48 procent) (Træn et al 2005). Detta är ett intressant resultat, då den kulturella uppfattningen är att det främst är bögar som idkar tillfälligt sex.

Det är tydligt att det mesta i forskningen om att leva i polyamori har kommit under 2000-talet. En av de första artiklarna som publicerades, är ett dokument från *8th Annual Diversity Conference* (mars 1999) med titeln: "What Psychology Professionals Should Know About Polyamory". Det finns begränsat med

forskning runt uttalat polyamorösa relationer. En heteronormativ uppfattning om tvåsamhet är genomgående i forskningen, förutom vad beträffar gruppen MSM. Under 90-talet sker ett trendbrott där forskning om etablerade, flersamma relationer börjar komma mer frekvent, med artiklar som handlar om hur kliniker kan arbeta med personer som lever polyamoröst i relation till bl. a. säkrare sex-strategier (Fishman & Holt 1995; Davidson, 2002; Shernoff 2006; Weitzman, 2007).

Den stora svenska sexualvaneundersökningen ”Sex i Sverige” och en studie från Norge visar att det inte är ovanligt med parallella sexuella relationer. De flesta gifta eller sammanboende trodde att de levde i en monogam relation och detta ingav därför en känsla av att de praktiserade säkrare sex och inte behövde bry sig om att skydda sig mot STI (Lewin, 1998; Træn, Holmen & Stigum, 2007). Föreställningen om vad som är en bra kärleksrelation är nära sammankopplat med krav på trohet. Trohet är nödvändigt för att upprätthålla bilden av ett fungerande förhållande. Trohet och otrohet är konstruerade utifrån en idé om att ett par hör ihop och att sex utanför den gemenskapen blir en kränkning som ger upphov till svartsjuka. Svartsjuka blir till en gränsvakt som gör parets njutning till något exklusivt – något som de bara delar med varandra. Garantin för trohet är dock bräcklig och måste upprepas genom olika ritualer och löften (Abnersson & Lundgren, 1998; Gustavsson, 2006).

I en etnografisk studie av polyamorösa kvinnor visar Sheff (2005) att polyamori kan innebära att kvinnor behöver omdefiniera sina tidigare roller. Kvinnorna i Sheffs studie hade förändrat sina roller inom familj och även gällande genus och sexualitet. Genom att bryta mot en fundamental social lärosats som monogami, öppnades möjligheten att även bryta mot andra normer. Majoriteten av kvinnorna i studien upplevde att deras könsroller förändrades i och med att de började leva polyamoröst. Genom att få bejaka sin egen lust och sexualitet fick de möjlighet att vara självständiga subjekt i sitt eget liv och förändra sitt traditionellt kvinnliga beteende – att leva för andra och sätta andras behov före sina egna. Hos vissa kvinnor förändrades begärsmönstret till att omfatta mer flytande genus. Majoriteten av kvinnorna i studien definierade sig som bisexuella och de flesta upplevde att sexualiteten skapade en samhörighet med andra kvinnor både avseende vänskap och sexuella relationer.

Har KSK diskuterat hur man skall förhålla sig till risk för hiv/STI-överföring vid sexuella handlingar utanför relationen?

I flera studier framkommer svårigheter hos hbt-personer som lever i någon form av etablerad relation att diskutera hur de skall förhålla sig till skydd mot STI/hiv vid sexuella kontakter utanför den etablerade relationen. Både i studier av KSK och MSM, vilka hade en primär partner, uppgav en stor andel ett visst obehag att diskutera frågan om skydd mot STI vid kontakter utanför relationen med partnern. Forskningen visar att det i många fall råder oklarhet avseende vad överenskommelsen omfattar.

I enkäten tillfrågades om personerna om de lever i någon form av öppen relation där de med sin(a) partner(s) samtycke kan ha sex med annan/andra personer. 27,1 procent svarar att de har en överenskommelse. 66,1 procent säger att de inte har någon överenskommelse och 6,7 procent har inte diskuterat frågan. Relationsmässigt definierar sig de flesta som monogama, men en icke obetydlig andel definierar sig inte utifrån tvåsamhetsnormen.

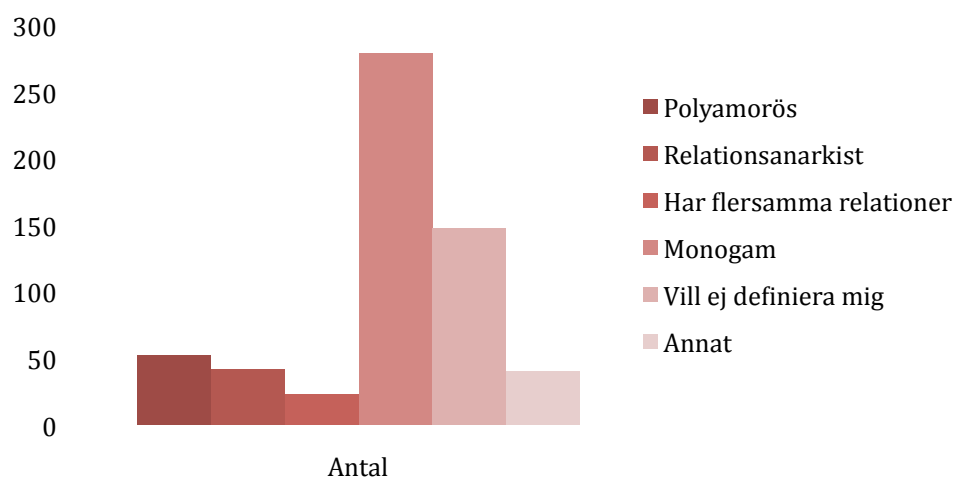


Diagram 2. *Självdefinition utifrån sexuell praktik.*

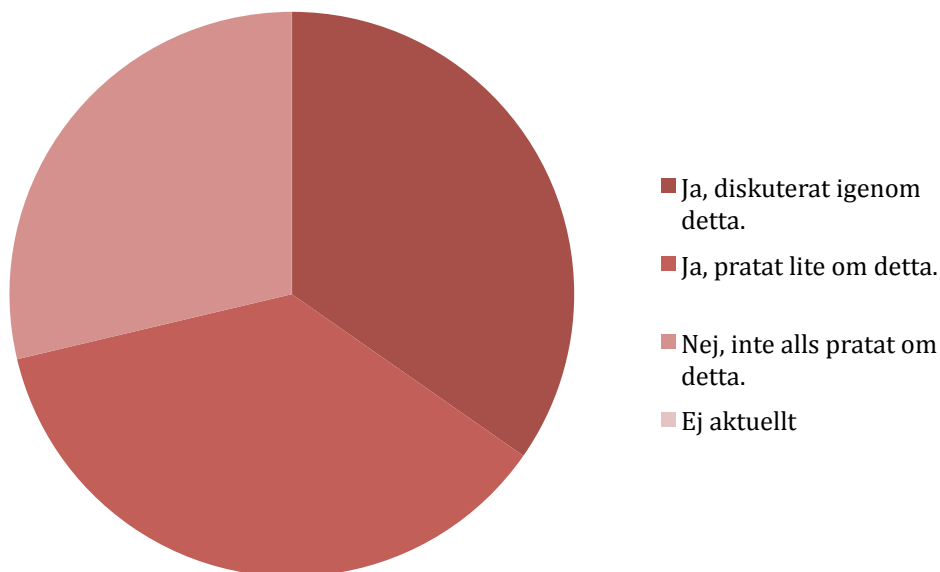
I en studie från USA med 504 självidentifierade lesbiska (87 procent) och bisexuella (13 procent) uppgav 67 procent att de levde i en monogam relation, medan 20 procent inte levde monogamt. 13 procent var överhuvudtaget inte alls sexuellt aktiva (Morrow & Allsworth, 2000).

Har då KSK som lever i någon form av etablerad kärleksrelation diskuterat hur man skall förhålla sig till risk för hiv/STI-överföring vid sexuella handlingar utanför relationen? De som haft sexuella kontakter utanför en etablerad kärleksrelation under det senaste året fick frågor om hur de förhållit sig till risk för STI/hiv (N=315). 16,8 procent har pratat igenom detta med sin partner och 30,2 procent har pratat lite om det. 34,9 procent har inte diskuterat frågan alls.

Hur förhåller sig det faktum att man valt att ha en överenskommelse om sexuella kontakter utanför relationen och säkrare sex-strategier?

Diagram 3. Säkrare sex-strategi i förhållande till om man lever i en öppen relation.

Har du pratat med din(a) partners om hur ni skall förhålla er till risk för STI/hivöverföring vid eventuella sexuella kontakter utanför er relation?

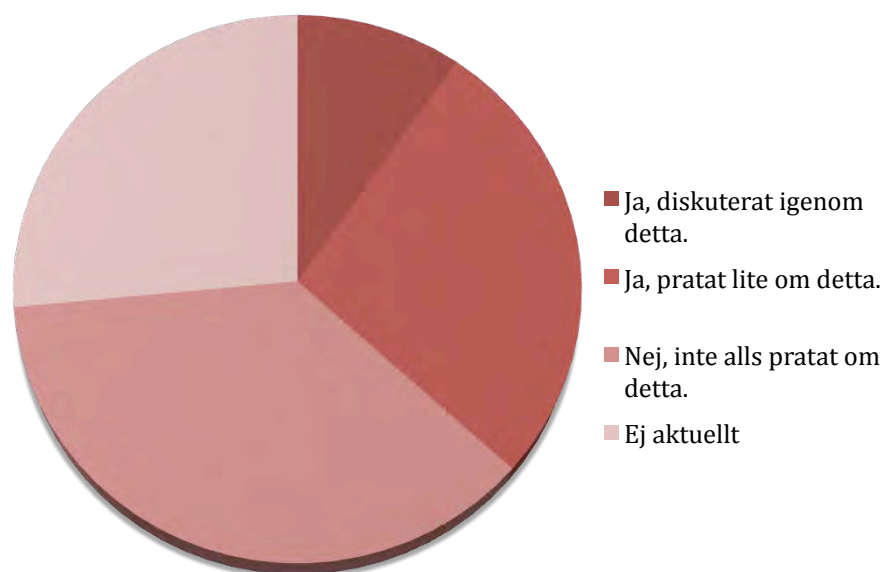


Det är en signifikant statistisk skillnad mellan personer som lever i en öppen relation, och de som inte gör det, gällande i vilken omfattning de har pratat om hur de skall förhålla sig till risk för STI/hivöverföring vid sexuella kontakter utanför relationen. Personer som lever i en öppen relation har diskuterat igenom frågan i större omfattning.

Det är en vanlig uppfattning (27 procent) att det inte är aktuellt att prata igenom hur man skall skydda sig vid sexuella kontakter utanför relationen, trots att forskning visar hur vanligt det är att personer har sexuella kontakter utanför en parrelation.

Diagram 4. Säkrare sex strategi i relation till om man *inte* lever i en öppen relation.

Har du pratat med din(a) partners om hur ni skall förhålla er till risk för STI/hivöverföring vid eventuella sexuella kontakter utanför er relation?



På frågan om partnern varit tillsammans med någon annan sexuellt under tiden de varit i en relation, svarar 121 personer ja och 75 personer vet inte. På denna fråga fanns ett stort bortfall (N=313). Frågan väcks om varför det är så att många inte vet? Det är värt att notera att c:a 15 procent har svarat ja på att partnern varit tillsammans med någon annan sexuellt under relationen. Antalet sexuella kontakter som partnern har haft utanför relationen ligger mellan 0-100, medelvärdet är 12 och medianen 3.

Sammanfattning och avslutande diskussion

Kunskapen hos hälso- och sjukvården är förvånansvärt låg och präglas av en heteronormativ attityd, vilket försvårar för KSK att både testa sig, söka kunskap och få information. Det behövs stora informationsinsatser för att nå målgruppen KSK med information och kunskap. Om all sjukvårdspersonal förutsätter att alla kvinnor är heterosexuella eller undviker att fråga om sexuell praktik, riskerar KSK att få missvisande eller till och med felaktig information.

Litteraturstudier av forskning gällande överföring av STI mellan kvinnor visar att KSK behöver tänka på ”säkrare sex” när de har sex med kvinnor, då flera STI överförs vid sexuella praktiker som exempelvis tribadism (scissor sisters) eller penetrerande sex med dildo eller fingrar. KSK-enkäten 2009 visar att KSK utsätter sig för risker att smittas av sexuellt överförbara infektioner.

Det finns ett antal hinder som gör det svårt för gruppen att utforma säkrare sex-strategier. En av de största svårigheterna är den nästan totala bristen på information om smittöverföring mellan kvinnor. En stor del av kvinnorna i studien har överhuvudtaget inte reflekterat över risken för STI vid sex med en kvinna eller så anser de att detta är mer eller mindre riskfritt.

Denna studie och internationella studier pekar åt samma håll. Det är vanligt att kvinnor som har sex med kvinnor har haft eller har sex med män. Det är vid anamnesupptagning för STI därför mycket angeläget att efterfråga sexuell praktik. Denna studie visar, liksom andra sexualvanestudier, att det blir allt vanligare med sexuella kontakter utanför etablerade relationer – både kommunicerat och dolt.

Majoriteten av kvinnorna i studien har eller har haft en sexuell kontakt med en man, men fortfarande råder ett visst tabu att i lesbiska sammanhang tala om detta, vilket minskar benägenheten att berätta om dessa erfarenheter.

En absolut majoritet av kvinnorna ser inte slickklapp som ett realistiskt alternativ till att skydda sig mot STI. Information om slickklappar måste präglas av mer erfarenhetsbaserad kunskap. Därför är det ännu viktigare att information och kunskap når KSK-gruppen för att de själva skall få möjlighet att avgöra vilka risker de är beredda att ta. Det finns ett stort behov av att betona vikten av regelbunden testning även för kvinnor som har sex med kvinnor, då det finns en vanlig missuppfattning både hos målgruppen och hos professionella inom sjukvården om att STI inte överförs mellan kvinnor. Det är även viktigt att KSK uppmanas att gå på regelbundna cellprovskontroller.

Säkrare sex-strategier hos respondenterna i enkäten skiljer sig avsevärt åt utifrån om det handlar om sex med en kvinna eller man. Användning av kondom vid sexuella kontakter med en man är en tydlig norm, medan det råder en total osäkerhet gällande strategi vid sex med en kvinna.

Personer som lever i någon form av etablerad kärleksrelation har oftast inte diskuterat hur man bör förhålla sig till risk för hiv/STI-överföring vid sexuella handlingar utanför relationen. Det är främst personer som lever i någon form

av flersam relation som diskuterat frågan och då oftast om att använda kondom vid sexuella kontakter med män.

I enkätsvaren finns en inkongruens (bristande överensstämmelse) där det är tydligt att det existerar en konflikt mellan den postmoderna och moderna förståelsen av kärlek och sexualitet. Det existerar två olika grupper, där det å ena sidan finns queeridentifierade personer som ifrågasätter fasta kategorier gällande kön och sexualitet och som förhåller sig kritiska till tvåsamhet, monogami och å andra sidan lesbiska/bisexuella kvinnor som företräder en mer essentiell syn på kön och sexuell läggning, vilka eftersträvar en monogam tvåsamhet. Den första gruppen menar att könet på en potentiell partner inte har stor betydelse medan den senare premierar enbart samkönad sexuell praktik.

Kvinnorna i KSK-enkäten ger uttryck för att vara en del av vårt postmoderna samhälle där köns- och sexualitetsnormer är stadda i dekonstruktion. De ger uttryck för att kön inte alltid har en avgörande betydelse för valet av sexpartner utan att andra värden vägs in. Parallellt med detta finns också moderniteten stadigt närvarande och en "lesbian goldstar" är fortfarande en delvis statusfylld titel i gruppen. Avvikelser från de sexuella "reglerna" i den lesbiska kulturen riskerar att straffas av gruppen och bisexuella ses som opålitliga.

Denna konflikt existerar inte bara på en interpersonell/kulturell nivå utan även på en intrapsykisk nivå hos personer. Frågan man kan ställa sig är om en queer identitet i vissa fall kan dölja en rädsla för att komma ut som lesbisk/bisexuell. En rädsla som kommer ur den heterosexuella ordningen som utdefinierar alternativa levnadssätt och skapar känslor av marginalisering och utanförskap.

Det har historiskt varit olika rådande normer för manlig respektive kvinnlig sexualitet. En av skillnaderna mellan att undersöka gruppen MSM och gruppen KSK handlar i grunden om att vi alla är kvinnor och män i ett patriarkalt samhälle. MSM och KSK är i allmänhet socialiserade med samma könssystem som heterosexuella. De kulturella normerna handlar fortfarande om att det i stor utsträckning är så att den kvinnliga sexualiteten enbart existerar i relation till en man. Följden har blivit att KSK tas på mindre allvar och osynliggörs av samhället. Skillnaden i samhällets syn på manlig och kvinnlig sexualitet skapar olika sociala situationer för KSK och MSM. Den kunskap om samkönad sexualitet som finns handlar oftast om MSM. En delförklaring till detta är att de är en riskgrupp för hiv, men även KSK löper risk för att få STI. Utifrån denna studie går det att ifrågasätta om KSK idag har ett eget existensberättigande eller möjligheten att skapa ett sådant vad gäller frågor runt sexuell hälsa i allmänhet och STI i synnerhet. Frivilligorganisationernas arbete för sexuell hälsa domineras av frågor som rör MSM. Alla dessa faktorer sammantaget gör att unga homo- och bisexuella kvinnor kan få svårigheter med sin egen självbild i relation till sin sexualitet.

KSK OCH STI - VAD SÄGER FORSKNINGEN?

Behöver KSK tänka på säkrare sex? Utsätter sig KSK för risker att smittas av STI? För att kunna besvara dessa frågor har framtagits en forskningsöversikt på sexuellt överförbara infektioner som förekommer hos gruppen KSK. Den innefattar även studier kring omfattning och prevalens.

Får KSK sexuellt överförbara infektioner?

Oklarhet råder både hos KSK själva och hos sjukvårdspersonal om vilka STI som smittar vid sexuella praktiker som förekommer kvinnor emellan. En genomgång av forskning på området har gett följande resultat:

Tabell 1. Sexuellt överförbara infektioner som kan överföras kvinna till kvinna.

STI som kan smitta mellan kvinnor som har sex med kvinnor	
Infektioner	Smittvägar
Herpes simplex	Oral-genital eller hud mot hud
Kondylomvårtor (HPV)	Oral-genital eller hud mot hud
Trikomonas	Genital-genital kontakt
Klamydia*	Oral-genital kontakt
Gonorré*	Oral-genital kontakt
Syfilis*	Oral-genital eller genital-genital kontakt
Hiv**	Via kontakt med blod eller kroppsvätskor

* Omfattas av smittskyddslagen.

**Mest troliga överföring har skett via mensblod, vaginal utsöndring och blod från trauma via sexuell praktik.

Sexuellt överförbara infektioner orsakade av virus

Herpes Simplex, HSV

Herpes är en virusinfektion. I samband med att man blir smittad vandrar virus längs hudnerv till en nervknuta, där det kan "vila" under många år. Virus kan aktiveras och vandra ut till huden/slemhinneytan och ge upphov till nya herpesblåsor vid olika former av stress eller andra påfrestningar. Herpesvirus finns i två närbesläktade former och ger typiska herpesutslag särskilt runt mun, läppar och ansikte, men även på könsorganen. Båda varianterna kan ge utslag och sår på läppar och könsorgan. HSV har en hög smittsamhet. Det går bara att smittas en gång av varje virustyp. Smittämnen är mycket vanliga, 50–90 procent av alla vuxna har antikroppar mot HSV-1 och 15–30 procent mot HSV-2 (Smittskyddsinstitutet, 2009).

Läppherpes smittar via saliv, kyssar etc. Herpesvirus smittar också via sex och virus kan då överföras till könsorganen från munnen eller underlivet. Virusutsöndringen i saliv kan pågå i många veckor efter en primär tandköttinfektion, medan patienter med primärinfektionen genitalt vanligen är smittsamma i 1–2 veckor. Inkubationstiden anges vanligen vara 2–20 dygn.

20 procent har könsherpes och vet om det. 20 procent har könsherpes utan att veta om det, har inga symtom, men är smittsamma och 60 procent har könsherpes och har symtom, men vet dock inte om att det är könsherpes. Att 60 procent av dem som har könsherpes inte är medvetna om sin herpesinfektion kan bero på att utbrotten dyker upp på ställen där han eller hon aldrig tittar, eller inte kan se utan spegel eller att personen i fråga förväxlar det med andra åkommor (www.harduherpes.nu, 2008).

Hiv

Hiv, humant immunbristvirus är ett retrovirus med ganska låg smittsamhet som angriper det mänskliga immunsystemet och obehandlat leder till immunbristsyndromet aids. Risken att smittas av hiv beror på mängden virus i blodet. Det finns hittills inget vaccin mot infektionen. Skyddet måste baseras på att man undviker exposition för virus via blod/blodprodukter eller andra kroppssekret samt överföring via sex.

Hivöverföring kvinna-till-kvinna är mycket sällsynt. Den verkliga risken för sexuell överföring av hiv mellan kvinnor kan delvis vara dold vara genom att KSK som grupp har visat sig ha högre riskbeteenden än heterosexuella kvinnor. KSK utsätter sig ofta för andra överföringsrisker såsom missbruk och samlag med män som har sex med män. (MSM har som grupp avsevärt högre förekomst av hiv än andra män). För kvinnor vars sexuella partner uteslutande är kvinnor och som inte har några andra identifierade riskfaktorer för hivinfektion är risken mycket liten (Kwakwa & Ghobrial, 2003).

I en forskningsöversikt från 1997 konstaterades fem fall av hivöverföring kvinna till kvinna. I en genomgång av en grupp hivpositiva kvinnor som enbart haft sex med kvinnor hade 152 kvinnor (93 procent) injicerat droger och 12 (7 procent) hade fått hiv överfört via en blodtransfusion (Zierler & Krieger, 1997).

Det finns bara ett fåtal dokumenterade fall som påvisar hivöverföring till en person som utför oralsex på en kvinna. Detta är det bästa beviset på att risken

för överföring genom cunnilingus är mycket låg. Risken för hivöverföring via oralsex är låg jämfört med oskyddat vaginal- och analsex. Hiv tycks ha svårare att orsaka infektion genom slemhinnor i munnen (saliv kan ge extra skydd). Halterna av hiv i vaginalsekret är mycket lägre än halterna av hiv i cervixsekret och mensblod. Vid oralsex är det mer sannolikt att kontakt sker med vaginalsekret. Den viktigaste preventiva åtgärden är att inte utföra oskyddat oralsex på en kvinna när hon har mens, då blod har en mycket högre koncentration av hiv. (<http://www.thebody.com/cdc/oralsex.html>).

Humant papillomvirus (HPV-virus).

HPV-virus överförs sexuellt. Viruset är mycket vanligt förekommande och är idag den vanligaste sexuellt överförda infektionen hos både kvinnor och män. Risken att infekteras är som störst de första åren efter sexualdebut.

Alla som har haft sexuella förhållanden, som inneburit könskontakt med någon som burit på humant papillomvirus, kan vara infekterade. HPV sprids lätt och ger ofta inga symptom. Det har visats att de flesta människor smittats med humant papillomvirus i ungdomen (Koutsky, 1997). Även om humant papillomvirus är vanliga, elimineras de i 90 procent av fallen. (Läkemedelsverket, 2008).

Bland kvinnor som har sex med kvinnor kan HPV-virus smitta genom hud mot hudkontakt, via fingrar till vaginan och genom att man delar sexleksaker (Marazzo et al, 2001).

Livmoderhalscancer drabbar omkring 450 kvinnor i Sverige varje år och cirka 150 kvinnor dör av sjukdomen. Förutsättningen för att livmoderhalscancer ska utvecklas är att livmoderhalsen infekterats med ett eller flera HPV. Från primär HPV-infektion till fullt utvecklad cancer kan det ta mycket lång tid, ofta mer än 20 år. Bland de cancerframkallande (onkogena) virustyperna är HPV16 och HPV18 vanligast och beräknas orsaka c:a 70 procent av all livmoderhalscancer, medan HPV6 och HPV11 orsakar c:a 90 procent av alla fall av könsvårter. HPV-typer kan infektera slemhinnor kring könsorgan, livmoderhals, vagina, vulva, ändtarm och tonsiller hos kvinnor (Läkemedelsförmånsnämnden, 2008).

HPV-virus hos kvinnor som har sex med kvinnor (KSK).

En mycket vanlig missuppfattning är att KSK inte löper någon risk att bli smittad av HPV-virus. Cervixcancer, cellförändringar och HPV-virus har påträffats hos kvinnor som har sex med enbart kvinnor. Viruset kan överföras genom fingrar och delade sexleksaker. HPV-virus kan smitta oralt-genitalt, genitalt-genitalt eller hud mot hud. En studie visade att en av fem kvinnor som aldrig haft heterosexuellt samlag ändå bar på HPV-virus. Det är framförallt HPV-virus typ 16 som har återfunnits hos kvinnor som har sex med kvinnor (Mravcak & Marrazzo, 2000).

Det förekommer både i Sverige och internationellt inom sjukvården en uppfattning om att kvinnor som har sex med kvinnor inte behöver gå på cellprovskontroll, vilket kan leda till att kvinnor inte får en möjlighet att förebygga allvarlig sjukdom. Detta händer trots att flera vetenskapliga studier har visat att KSK löper risk för att utveckla cervixcancer och rutinmässigt bör gå på gynekologisk cellprovskontroll.

Sexuellt överförbara infektioner orsakade av bakterier **Bakteriell vaginos**

Bakteriell vaginos är en rubbning av bakteriefloran i slidan där bakteriemängden ökar samtidigt som det sker en minskning av den normala floran med mjölksyrebakterier (laktobaciller). En del studier stödjer antagandet att bakteriell vaginos är en sexuellt överförd infektion, vars orsak man ännu inte känner till. Det vanligaste symtomet vid bakteriell vaginos är illaluktande flytning där lukten påminner om skämd fisk. Den typiska flytningen är tunn och gråvit, men mängden är vanligtvis inte mer än normalt. Vid en kraftig infektion kan även klåda och sveda förekomma.

<http://www.medscinet.se/infpreg>.

Flera studier har rapporterat om en hög prevalens av bakteriell vaginos hos kvinnor som har sex med kvinnor 25-52 procent. (Fethers et al, 2000; Marrazzo et al, 2002; Marrazzo et al, 2008)

Klamydia

Klamydia orsakas av bakterier som överförs till slidan, svalget eller ändtarmen genom kontakt med infekterade könsorgan eller kroppsvätska. Klamydia kan infektera livmoderhalsen, ändtarmen, svalg eller urinröret.

(www.lesbianstd.com).

Klamydia omfattas av smittskyddslagen, vilket innebär att den är anmälningspliktig och att sjukvården måste utföra smittspårning utifrån varje nytt fall.⁹

Genital klamydiainfektion är symtomlös i 50-70 procent av infektionerna och självläker i stor utsträckning. Detta innebär att många som smittas med klamydia inte märker att de har infektionen. Eventuella symtom yttrar sig främst med sveda/klåda när man kissar, beroende på inflammation i urinröret. Kvinnor drabbas oftare av komplikationer än män. Äggledarinflammation är en inte sällan återkommande komplikation vid klamydia. Studier visar att 10–30 procent av klamydiainfektioner i cervix utvecklas till salpingit, dvs äggledarinflammation (Westrom & Eschenbach, 1999).

10–20 procent av kvinnor med salpingit får utomkvedshavandeskap eller blir infertila pga nedsatt eller blockerad passage i äggledarna. En äggledarinflammation efter klamydia är den vanligaste orsaken till infertilitet på grund av nedsatt eller blockerad passage i äggledarna. (Westrom, Joesoef, Reynolds, Hagdu & Thompson, 1992).

Övrigt

Candida

C:a 1/5 del av alla kvinnor i fertil ålder får från och till svamp. Detta är de vanligaste genitala symtomgivande tillstånden och därför redovisas detta, trots att svamp inte är en sexuellt överförbar infektion. Candida trivs bra i den normala slidmiljön och vanligtvis ger den inga besvär. Om miljön förändrats kan svampen övergå från en tämligen oskyldig form till en mer aggressiv variant. Orsaker till detta kan vara ökat näringsutbud, exempelvis diabetes, östrogenbehandling, graviditet eller utslagning av bakteriefloran med antibiotika. Symtomen är akut klåda, förändrade flytningar (vita, mjöliga eller gryniga) och torrhet. Den debuterar ofta akut och självläker oftast inom 10-20 dagar. (Weström, Åberg, Anderberg & Andersson, 2007).

Trikomonas

Detta är en ovanlig sjukdom i Sverige. Sjukdomen orsakas av en mikroorganism och överförs huvudsakligen vid sexuell kontakt. Återfinns i slida och urinrör. Symtom är akut slidkatarr med riklig, illaluktande, grönaktig, luftbubblig flytning. Smärtor vid vattenkastning kan förekomma. Inflammationer slemhinnor, klåda, blödning och smärta kan uppkomma. Ibland uppstår inflammation i urinröret. Hos män kan infektionen vara utan symtom. (Fass, 2009).

⁹ Smittskyddslagen. SFS 2004:168.

Prevalens

Traditionellt har KSK räknats som en lågriskgrupp vad gäller STI och hiv. Ett antal populations- och klinikbaserade studier har dock visat att prevalensen bland STI mellan KSK är likvärdig heterosexuella kvinnors, dvs mellan 10 och 20 procent.

Hur ser det då ut i internationella undersökningar på området KSK och STI?

I en stor studie från USA med 6 935 självidentifierade lesbiska från alla amerikanska delstater, uppgav 17 procent att de haft en diagnos av en eller flera STI i sitt liv. (Diamant et al, 2000).

I en undersökning från London visade det sig att en majoritet av KSK rapporterade ha en sexuell historik som inbegrep män (82 procent). Bakteriell vaginos och Candida var de vanligaste diagnoserna (31,4 procent respektive 18,4 procent). Genitala vårtor, genital herpes och trikomonas var mer sällan diagnosticerat (1,6 procent respektive 1,1 procent och 1,3 procent). Klamydia och gonorréinfektioner var mer sällsynta (0,6 procent respektive 0,3 procent) och fanns endast hos kvinnor som hade haft sex med män. (Bailey et al, 2003).

Forskare i Australien har undersökt 408 KSK och jämfört dessa med kvinnor som aldrig haft sex med en kvinna. Bakteriell vaginos (BV) var signifikant vanligare bland KSK. Avvikelser på cervixcytologi var lika vanliga i båda grupperna, med undantag för de högre cytologiska BV upptäckta hos KSK. Genital herpes och genitala vårtor var vanliga i båda grupperna, men vårtor var betydligt mindre vanliga hos KSK. Förekomst av gonorré och klamydia var låg och det fanns inte några skillnader mellan grupperna. Förekomsten av hepatit C var signifikant större hos KSK i linje med att det oftare fanns en historia av injektionsmissbruk i denna grupp (Fethers et al, 2000).

En amerikansk studie med 162 lesbiska kvinnor, visar att nästan en av fyra kvinnor (23 procent) haft en sexuellt överförbar infektion vid något tillfälle. Sju kvinnor (4 procent) rapporterade att de var hivpositiva. De sexuellt överförbara infektionerna inkluderade genital herpes (12 kvinnor), trikomonas (8 kvinnor), HPV-virus (5 kvinnor), gonorré (4 kvinnor), klamydia (4 kvinnor) och syfilis (2 kvinnor) (Dolan & Davis, 2003).

En annan amerikansk studie med 7 929 kvinnor, har kommit fram till att 17,2 procent någon gång haft en sexuellt överförbar infektion. De vanligaste rapporterade sexuellt överförbara infektionerna var trikomonas (6 procent), genitala eller anala vårtor (4,8 procent), klamydiainfektion (4,6 procent), herpes analt eller vaginalt (3,3 procent) och gonorré (1,62 procent). Mindre än 1 procent av de svarande rapporterade en historia av syfilis (0,3 procent) eller hivinfektion (0,1 procent) (Diamant et al, 1999).

I en internetstudie med 230 studenter, som identifierade sig som lesbiska eller bisexuella, framkom att 8 procent någon gång hade haft en STI. Vanligast var humant papillomvirus, bakteriell vaginos och genital herpes, vilka tillsammans stod för 84 procent av STI-fallen. (Lindley et al, 2007).

I en studie från Brasilien med 145 KSK framkom att 38 procent haft en tidigare STI; trikomonas 3,8 procent; bakteriell vaginos 33,8 procent; klamydia 1,8 procent; hepatit B 7 procent; hepatit C 2,1 procent; onormalt cytologprov 7,7 procent; humant papillomvirus 6,2 procent och hiv 2,9 procent. (Pinto et al, 2005).

Studier från Sverige visar att lesbiska kvinnor får sexuellt överförbara infektioner. I en studie från Lesbiska mottagningen i Stockholm hade 3,5 procent haft klamydia; 7,7 procent kondylom; 3,5 procent gonorré; 4,6 procent herpes och 25 procent slidkatarr (Moegelin, 2005).

Ett helt outforskat område är kvinnlig ejakulation. Utlösning hos kvinnor sker genom digital massage av G-punkten. Vid en viss nivå av stimulering, ejakulerar en körtel ut en klar eller mjölkaktig vätska i urinröret, ibland med viss kraft. Detta sker ofta vid en annan tidpunkt till orgasm, även om de båda kan förekomma samtidigt. Det verkar möjligt att kvinnligt ejakulat också kan medföra överförbara organismer (McNair, 2005).

Tabell- och diagramförteckning

Tabeller

Tabell 1. Sexuellt överförbara infektioner som kan överföras kvinna till kvinna.

Tabell 2. Hur betraktar sig personerna i enkäten avseende sexuell läggning?

Tabell 3. Antalet livstidspartners.

Tabell 4. Med vem gjorde kvinnorna sin sexuella debut?

Tabell 5. Vilket kön hade personen/personerna i de senaste sexuella kontakterna?

Tabell 6. I vilken utsträckning har skydd använts när personen haft sex med män?

Tabell 7. Har kvinnorna någon gång haft sex med en man (eller person med penis)?

Tabell 8. Är det någon skillnad på hur kvinnorna tänker runt säkrare sex beroende på vilket kön det är på personen/personerna som de eller deras partner har sex med?

Tabell 9. Vilket kön respondenterna föredrar vid sexuella kontakter.

Tabell 10. Vilket kön respondenterna föredrar vid tillfälliga sexuella kontakter.

Tabell 11. Har kvinnorna använt någon typ av skydd mot hiv/STI-överföring när de haft sex med en kvinna?

Tabell 12. Vilka sexuellt överförbara sjukdomar/hiv har kvinnorna i enkäten haft/har?

Tabell 13. Sexuell läggning i relation till om man har eller haft klamydia.

Tabell 14. Från vilket kön har klamydiaöverföring skett?

Tabell 15. Vilken risk anser kvinnorna att de löper att få klamydia genom olika sexuella praktiker?

Tabell 16. Vad har kvinnorna testat sig för och när testade de sig senast?

Tabell 17. Vilka sexuella praktiker har kvinnorna utfört med en kvinna?

Diagram

Diagram 1. Självdefinition utifrån sexuell praktik.

Diagram 2. Säkrare sex-strategi i förhållande till om man lever i en öppen relation.

Diagram 3. Säkrare sex-strategi i förhållande till om man **inte** lever i en öppen relation.

Käll- och litteraturförteckning

- Aaron, D.J. Markovic, N. Danielson, M.E. Honnold, J.A. Janosky J.E. & Schmidt, N.J. (2001) Behavioral risk factors for disease and preventive health practices among lesbians, *American Journal of Public Health* 91, (6), pp. 972–975.
- Arend, E. (2003) The Politics of Invisibility: HIV-Positive Women Who Have Sex with Women and Their Struggle for Support. *Journal of the Association of Nurses in AIDS care, Volume 14*, Issue 6, p 37-47.
- Bauer, G.R. Seth, H. & Welles, L. (2001) Beyond Assumptions of Negligible Risk: Sexually Transmitted Diseases and Women Who Have Sex With Women. *Am J Public Health. August; 91(8)*: 1282–1286.
- Bailey, V., Farquhar, C., Owen C., Mangtani P. (2004) Sexually transmitted infections in women who have sex with women. *British medical journal; vol:80, iss:3, pg:244*.
- Bernhard, L.A. (2001) Gynecologic Health Care for Lesbians. in Fitzpatrick J.J., Taylor D., Woods, N. (red) Annual Review of Nursing Research, Volume 19: Women's Health Research, Springer Publishing Company
- Davidson, J. (2002) Working with Polyamorous Clients in the Clinical Setting, *Electronic Journal of Human Sexuality, Volume 5*, April 16.
- Diamant AL, Schuster MA, McGuigan K, Lever J. (1999) Lesbians' sexual history with men: implications for taking a sexual history. *Arch Intern Med: 159 2730–6*.
- Diamant AL, Lever J, Schuster MA. (2000) Lesbians' sexual activities and efforts to reduce risks for sexually transmitted diseases. *J Gay Lesbian Med Assoc; 4(2)*: 41–8.
- Dobinson, C. (2007) Top Ten Bisexual Health Issues, Bisexual Health. An Introduction and Model Practices for hiv/STI prevention programming by Marshall Miller, National Gay and Lesbian. The Fenway institute at Fenway community health, binet,USA.
- Dolan, K A. (2005) *Lesbian woman and sexual health. The social construction of risk and susceptibility*. The Haworth Press, New York, London, Oxford.
- Dolan K.A., Davis P.W. (2003) Nuances and shifts in lesbian women's constructions of STI and HIV vulnerability. *Social Science & Medicine, Volume 57, Issue 1*, Pages 25-38
- Edling, C. & Hedström, P. (2003) *Kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur.

- Evans, A. & Hughes, C. (2003) Health needs of women who have sex with women *BMJ*;327:939-940.
- Fether, K., Marks, C., Mindel, A. & Estcourt C.S. (2000) Sexually transmitted infections and risk behaviours in women who have sex with women *Sexually Transmitted Infections* 76:345-349.
- Fishman, S.J & Anderson, E. H. (2003) Perception of HIV and Safer Sexual Behaviors Among *Lesbians*, *Journal of the Association of Nurses in AIDS care Volume 14*, Issue 6, November-December, Pages 48-55.
- Forsberg, M. (2009) Ungdomar och sexualitet: Senmoderniteten innebär en mix av traditionella, moderna och senmoderna tankemönster. *Socionomer nr 4*, 2009; s 12-16.
- Friedman, MS., Silvestre A.J., Gold, M.A., Markovic, N., Savin Williams R. C., Huggins, J. & Sell R. L. (2004) Adolescents define sexual orientation and suggest ways to Measure it. *Journal of Adolescence* 27; 303–317
- Friedman, S. R., Ompad , D. C., Maslow, C., Young, R., Case, P., Hudson, S., Diaz, T., Morse, E., Bailey, S., Des Jarlais, D. C., Perlis, T., Holligaugh, A. & Garfein, R. S. (2003) HIV Prevalence, Risk Behaviors, and High-Risk Sexual and Injection Networks Among Young Women Injectors Who Have Sex With Women. *American Journal of Public Health*, 93, 902-906.
- Gagnon J.H. & Simon. W. (1984) *Sexual Scripts* (in Parker, R., Editor, Aggleton P., Editor. (2007) *Culture, Society and Sexuality: A Reader* New York: Routledge)
- Giddens, A. (2001) *Intimitetens Omvandling: Sexualitet, Kärlek Och Erotik I Det Moderna Sambället*. Nora; Nya Doxa;
- Herbst, JH., Jacobs ED., Finlayson TJ., McKleroy VS., Neumann, MS., Crepaz N. (2008) Estimating HIV prevalence and risk behaviors of transgender persons in the United States: a systematic review. *AIDS Behav.* 2008 Jan;12(1):1-17.
- Hervordotter, S. (1997) Lesbiska och bisexuella kvinnor i Stockholm. En studie av identitet, öppenhet, sexualvanor och sexuellt välbefinnande. Ett samarbetsprojekt mellan RFSL och RFSL Rådgivningen i Stockholm. <http://www.rfsl.se/halsa/?p=2718>
- Koutsky L.,(1997) Epidemiology of genital human papillomavirus infection. *Am J Med*;102:3-8.
- Koh, AS., Gómez, CA., Shade, S. & Rowley, E., (2005) Sexual risk factors among self-identified lesbians, bisexual women, and heterosexual women accessing primary care settings. *Sexually transmitted diseases vol:32*, iss:9 pg:563

Kvale, S. (1997) Den kvalitativa forskningsintervjun. Lund: Studentlitteratur.

Kwakwa, H.A. & Ghobrial, M. W. (2003) Female-to-Female Transmission of Human Immunodeficiency Virus. *Clinical Infectious Diseases*; 36:e, 40–1

Larsdotter, S. (2008) Kvinnor som har sex med kvinnor och humant papillomvirus. (HPV-virus). Rapport från RFSL.

Lewin B. (red). *Sex i Sverige* 1996, Folkhälsoinstitutet 1998.

Lindley LL., Kerby MB., Nicholson TJ. & Lu N. (2007) Sexual behaviors and sexually transmitted infections among self-identified lesbian and bisexual college women. *J LGBT Health Res.*; 3(3):41-54.

Lövrice, K. (2003) Lesbiska patienter inom kvinnosjukvården. *Lambda Nordica volym 9*, nummer 1-2, 2003.

Marrazzo, J.M. (2000) , Genital Human Papillomavirus Infection in Women Who Have Sex with Women: A Concern for Patients and Providers; *Aids patient care and STDs; Volume 14*, Number 8.

Marazzo, J.M. (1997) Performance and Cost- effectiveness of Selective Screening Criteria for Chlamydia Trachomatis Infection on Women. Implications for a National Chlamydia Control Strategy. *Sex Transmitted Diseases*, 1997. 24(3): p. 131-141.

Marrazzo, J.M. Koutsky, L.A. Kiviat, N.B. Kuypers, J.M. & Stine, K. (2004) Papanicolaou Test Screening and Prevalence of Genital Human Papillomavirus Among Women Who Have Sex With Women. *Am J Public Health*; 91:947–952.

Marrazzo J.M., Thomas K.T, Fiedler T.L., Ringwood, K. & Fredricks, D. N. (2008) Relationship of Specific Vaginal Bacteria and Bacterial Vaginosis Treatment Failure in Women Who Have Sex with Women, *Annals of internal medicine* vol:149 iss:1, pg:20.

Martin AD & Hetrick ES. (1988) The Stigmatization of the Gay and Lesbian Adolescent. *J Homosex*, 15(1/2):163-83

McNair, R. (2005) Risks and prevention of sexually transmissible infections among women who have sex with women, *Sexual Health* 2(4) 209–217.

Mercer, C.H. Bailey, J.V. Johnson, A.M. Erens, B. Wellings, K. Fenton, K.A. & Copas, A.J. (2007) Women Who Report Having Sex With Women: British National Probability Data on Prevalence, Sexual Behaviors, and Health Outcomes. *American journal of public health* vol:97 iss:6 pg:1126.

Mravcak, S.A. (2006) Primary Care for Lesbians and Bisexual Women, *American Family Physician*, Volume 74, Number 2, July 15.

Morrow, K. M., and Allsworth, J. E. (2000) Sexual Risk in Lesbians and

Bisexual Women. *Journal and the Gay and Lesbian Medical Association*, 4, 159-165.

Murray, K., Kündig, K. (2008) Kvinnor som har sex med kvinnor i Sverige 2008, examensarbete, Psykoterapeutprogrammet, Psykologiska institutionen, Göteborgs universitet.

Nilsson Schönnesson, L. (1994) Sexologi och etik. i: PO Lundberg (red.) Sexologi. Stockholm: Almqvist & Wiksell Medicin och Liber Utbildning.

Pedersen, W. (2005) *Nye seksualiteter*, Oslo; Universitetsforlaget.

Pinto VM., Tancredi MV., Tancredi NA., & Buchalla CM. (2005) Sexually transmitted disease/HIV risk behaviour among women who have sex with women. *AIDS*;19 Suppl 4:64-9.

Rankow E. J. (1998) Cervical Cancer and Papanicolaou screening in a sample of lesbian and bisexual women; *The Journal of family practice*, vol:47 iss:2 pg:139 - 43.

Richardson, D. (2000) The social construction of immunity: HIV risk perception and prevention among lesbians and bisexual women, *Culture, Health & Sexuality*, Vol. 2, No. 1, 33-49 .

Savin-Williams, R. C. (2005) *The New Gay Teenager*, Cambridge: Harvard University Press.

Sheff, E. (2005) Polyamorous Women, Sexual Subjectivity and Power. *Journal of Contemporary Ethnography*, Vol. 34, No. 3, 251-283.

Scheer S., Peterson I., Page-Shafer K., Delgado, G. A., Juan Ruiz, J., Molitor, F., McFarland, W. Klausner, J. & the Young Women's Survey Team. (2002) Sexual and drug use behavior among women who have sex with both women and men: results of a population-based survey. *Am J Public Health*; 92:1110-1112.

Smith, A., Rissel, C., Richters, J., Grulich, A. & de Visser, R. (2003) Sex in australia: sexual identity, sexual attraction and sexual experience among a representative sample of adults. *Aust NZ J of Public Health*, 27:138-45.

Stevens, P.E. & Hall J.M (2006) Sexuality and Safer Sex: The Issues for Lesbians and Bisexual Women, *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, Volume 30, Issue 4, Pages 439 – 447 Published Online: 26 jul

Træen, B. Lewin, B., red. (2008) *Sexology in context*. Oslo: Universitetsforlaget.
Weeks, J. (2003) *Sexuality*, London; Routledge Taylor and Francis Group.

Tikkanen, R. (2008) *Person, relation och situation*. Malmö högskola, Hälsa och samhälle.

Westrom L. & Eschenbach D. (1999) Pelvic inflammatory disease. In: Holmes KK, Mårdh PA., Sparling PF, Lemon SM., Stamm WE, Piot P., et al, editors. *Sex. Transm Dis.* New York: McGraw-Hill; p.593.

Westrom L., Joesoef R, Reynolds G., Hagdu A. & Thompson SE. (1992) Pelvic inflammatory disease and fertility. A cohort study of 1,844 women with laparoscopically verified disease and 657 control women with normal laparoscopic results. *Sex Transm Dis.* 19(4):185-92.

Van Dam, M.A,A., Koh, A.S. & Dibble, S.L. (2001) Lesbian Disclosure to Health Care Providers and Delay of Care. *Journal of the Gay and Lesbian Medical Association, vol:5 iss:1 pg:11.*

Weinhart L, Carey M & Johnson B. (1999) Effects of HIV Counseling and Testing on Sexual Risk Behavior: A Meta-Analytic Review of Published Research, 1985-1997. *American Journal of Public Health, 89, 1397-1405.*

Weeks, J. (2003) *Sexuality.* New York; Routledge, Taylor & Francis

Weström, L. Åberg, A., Anderberg, E. & Andersson, U-B., (2007) Obstetrik och gynekologi. Klinik och vård. Studentlitteratur.

Zierler, S. & Krieger N. (1997) Reframing women's risk: Social Inequalities and HIV Infection, *Annu. Rev. Public Health 18:401-3.6.*

Källor från Internet

The Body

<http://www.thebody.com/cdc/oralsex.html>

FASS

<http://www.fass.se/LIF/lakarbok/artikel.jsp?articleID=80976>

Folkhälsoinstitutet

Moegelin, L. (2005) *Lesbisk hälsa.* FHI:s underlagsrapporter, bilaga 4.

http://www2.fhi.se/upload/ar2005/uppdrag/uppdraghbt_bilaga4_0512.pdf

Gardasil

http://www.gardasil.se/?id_site=3&id_item=196&iPage=1

Har du herpes.nu

www.harduherpes.nu

INFPREG

<http://www.medscinet.se/infpreg>

LesbianSTD

www.lesbianSTD.com

Läkemedelsverket

http://www.lakemedelsverket.se/Tpl/MonographyPage_____5132.aspx

Läkemedelsverket

http://www.lakemedelsverket.se/upload/Foretag/Humanlakemedel/godkannandelistor/g06_30.pdf

Socialstyrelsen

http://www.socialstyrelsen.se/Amnesord/smittskydd/specnavigation/fragor_svar/Fragor_och_svar_om_vaccin_mot_HPV.htm

Läkemedelsförmånsnämnden

http://www.lfn.se/LFNTemplates/PageDecision_____1535.aspx
http://www.lfn.se/upload/Beslut_2007/BES_070508_gardasil.pdf

SBU

Allmän barnvaccination mot HPV 16 och 18 i syfte att förebygga livmoderhalscancer. SBU alert-rapport nr 2008-01-31
www.sbu.se/alert

Socialstyrelsen

<http://www.socialstyrelsen.se/Amnesord/folkhalsa/HIV-STI/specnavigation/Publikationer/informationsmaterial.htm>

”Affisch 2 om oskyddat sex riktad till KSK”)

Smittskyddsinstitutet

http://www.mikrobiologi.net/library/document/STI_8_september_2008.pdf
REFERENSMETODIK för laboratoriediagnostik vid kliniskt mikrobiologiska laboratorier. Infektionsdiagnostik 6. Sexuellt överförbara infektioner (STI) 2:a upplagan 2008

Statistik för klamydiainfektion – Smittskyddsinstitutet

<http://www.smittskyddsinstitutet.se/statistik/klamydiainfektion/?t=com#statistics-nav>

RFSL:s åtgärdsförslag

Studien visar att det finns ett utbrett heteronormativt bemötande och en stor okunskap inom hälso- och sjukvården gällande kvinnor som har sex med kvinnor och deras sexuella hälsa. För att komma till rätta med detta problem ser vi RFSL följande åtgärder som nödvändiga.

- RFSL uppmanar politiker och tjänstemän att ta initiativ och ansvar för ökad kunskap om, och bättre bemötande av, kvinnor som har sex med kvinnor.
- RFSL kräver att hbt-kompetens är en självklar del av ett kvalitetssäkrat arbete och uppmanar hälso- och sjukvården att satsa på hbt-certifiering som ett sätt att tillgodose kvalitén.
- RFSL vill lyfta fram behovet av att kunskapen ökar och att forskning runt HPV-virus även inkluderar kvinnor som har sex med kvinnor .
- RFSL menar, att landstingen måste ha som mål att öka andelen lesbiska och bisexuella kvinnor som regelbundet går på gynekologiska cellprovskontroller. För att möjliggöra detta behövs specifika insatser för att understryka vikten av att lesbiska och bisexuella kvinnor regelbundet går på gynekologiska cellprovskontroller.
- RFSL menar att information om säkrare sex för kvinnor som har sex med kvinnor måste finnas tillgänglig. Landstingen och andra myndigheter måste ha som mål att framställa information om hur sexuellt överförbara infektioner överförs och detta måste inkluderas i informationsinsatser om säkrare sex.



Sveavägen 57-59
Box 350, SE-101 26 Stockholm, Sweden

RFSL - Riksförbundet för homosexuellas, bisexuellas och transpersoners rättigheter.
The Swedish federation for Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Rights
Member of International Lesbian and Gay Association (ILGA)

Förbundskansli
+46 8 50 162 900
forbund@rfsl.se

RFSL Media
+46 8 50 162 910
komut@rfsl.se
www.rfsl.se@rfsl.se

Fax
+46 8 30 47 30

Hemsida
www.rfsl.se