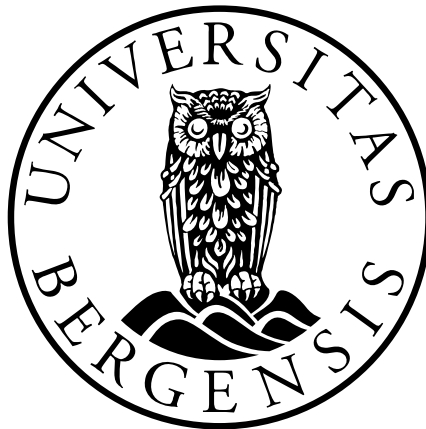


# Lesbisk selvtillit – lesbisk helse

*Utfordringer og mestringsstrategier hos lesbiske kvinner*

**Mari Bjørkman**



Avhandling for graden philosophiae doctor (PhD)  
ved Universitetet i Bergen

2012

Dato for disputas: 14.09.2012



## **Fagmiljø**

Avhandlingsarbeidet er gjennomført ved Allmenmedisinsk forskningsenhet i Bergen, Uni Helse/Uni Research. Jeg har i stipendperioden vært tilknyttet ph.d.-programmet ved Det medisinsk-odontologiske fakultet, Universitetet i Bergen gjennom Forskningsgruppen for allmenmedisin (ALFO) ved Institutt for samfunnsmedisinske fag.

Prosjektet er finansiert ved hjelp av midler fra Allmenmedisinsk forskningsutvalg (AFU) og Allmenmedisinsk forskningsfond (AMFF), Den norske legeforening.

Professor Kirsti Malterud har vært veileder.

## Takk

Først vil jeg takke lesbiske kvinner og homofile menn som har gått foran meg, og som har gjort det mulig for meg å være åpen som lesbisk og leve i et lovregulert samliv uten å frykte konsekvenser. Deretter vil jeg takke deltakerne i alle tre delprosjekter som har delt sine erfaringer og tanker med meg og bidratt til ny innsikt i hvordan de blir møtt i helsevesenet, hva slags utfordringer de har og hvordan de håndterer dem, sannsynligvis i håp om å forbedre verden enda litt.

Dyptfølt takk til min veileder Kirsti Malterud, som har gitt en fantastisk oppfølging hele veien. Å greie å være så entusiastisk og oppmuntrende fra mine første famlende forsøk på å utforske temaet og lære kvalitativ forskningsmetode fram til ferdig avhandling og disputas, er intet mindre enn imponerende. Imponerende er også din evne til å veilede akkurat passe, å verken neglisjere meg eller overta arbeidet. Jeg pleier å si at du legger ut spor for meg, hint og korte innspill, som inspirerer og gir retning til mine egne refleksjoner. Du ga meg innpass i forskernettverket ”Sårbarhet som styrke” som du ledet i perioden 2004 – 2008. Der ble jeg utfordret og måtte se annerledes på medisinske ”sannheter”, jeg fikk dypdykke i forhold vedrørende konsultasjonen, pasienter, sykdommer og det menneskelige sammen med flinke folk av ulike helseprofesjoner. Tusen takk til alle i ”Sårbarhet som styrke”-nettverket.

Tusen takk også til kullvenninne, og etter hvert også sjef, Guri Rørtveit. Det var du som spurte om ikke jeg ville forske, jeg også, og det var du som introduserte meg for Kirsti Malterud. Uten ditt initiativ hadde jeg kanskje ikke forsket i det hele tatt. Tusen takk også for din svært gode ledelse av Allmennt medisinsk forskningsenhet i Bergen som betyr mye for at vi har fått et så godt miljø. Jeg har alltid følt støtte og glede i møte med kollegene, i tillegg til å ha interessante diskusjoner. Tusen takk til alle ved Allmennt medisinsk forskningsenhet i Bergen.

Allmennt medisinsk forskningsenhet i Bergen har leid kontor plass til meg ved Avdeling for allmennt medisin, Institutt for helse og samfunn ved Universitetet i Oslo ettersom jeg bor i Oslo. Det har utviklet seg til mer enn en stol med en pc foran, og

Jeg vil takke miljøet her for hvordan dere har inkludert meg i både lunsjpauser og på forskningsmøter.

Hanne Børke-Fykse fortjener også takk. Du leder Rosa Kompetanse, et prosjekt innenfor Landforeningen for lesbiske, homofile, bifile og transpersoner (LLH) som skal øke kompetansen hos helse- og sosialarbeidere. Du er fin å reflektere sammen med, og du har kontakt med lesbiske kvinner ”der ute”. Takk også til medlemmene av Norsk forening for allmennmedisin (NFA) sin Referansegruppe for lesbisk og homofil helse.

I privatsfæren er jeg takknemlig overfor mine foreldre, som ikke lever lenger. Da jeg var barn, sa de alltid at ikke noe spørsmål er for dumt til å stilles. Min far formidlet analytisk tenkemåte, min mor hadde sterk tro på mine evner. De ville ha vært stolte nå.

Til slutt - Hege. Det er vi som har hverdagene sammen. Du er en fantastisk livsledsager.

## Sammendrag

Lesbiske kvinner utgjør en seksuell minoritet i et heteronormativt samfunn som gjør homofili usynlig og annenrangs. Minoritetsstress er den tilleggsbelastningen individer fra stigmatiserte grupper utsettes for på grunn av sin minoritetsposisjon. Stress kan påvirke helse og identitet. Det ikke er den stressende hendelsen, men hvordan individet i sin sammenheng mestrer stresset som avgjør utfallet. Eksisterende forskning tyder på at det kan oppleves særlig stressende å være lesbisk i møte med helsetjenesten. Vi ønsket derfor å utforske hvordan minoritetsstress kan oppleves blant lesbiske kvinner Norge i dag og hvilke strategier de bruker for å mestre dette på en god måte. Særlig ønsket vi å lære mer om hvordan minoritetsstress kan utspille seg i helsevesenet.

Målsettingen for denne avhandlingen er å utvikle kunnskap som kan danne grunnlag for gode helsetjenester og bedre helse for lesbiske kvinner, med særlig tanke på allmennpraksis. Vi har gjennomført tre delprosjekter basert på lesbiske kvinners erfaringer for å belyse følgende problemstillinger: 1) Hva betyr det for lesbiske kvinner at allmennlegen kjenner deres seksuelle orientering, 2) Hva slags erfaringer knyttet til seksuell orientering rapporterer norske lesbiske kvinner fra møter med helsevesenet, og 3) Hva slags strategier bruker lesbiske kvinner for å mestre utfordringer i hverdagen som følger av deres seksuelle orientering?

I delprosjekt I gjennomførte vi fokusgruppeintervju med lesbiske kvinner om når og hvorfor det er viktig å fortelle om sin seksuelle orientering til allmennlegen. Vi samlet inn data i form av internettbaserte historier til delprosjekt II og III. Empiriske data besto av 128 historier om helsetjenesteerfaringer der den lesbiske orienteringen hadde betydning (II), og 64 historier om positive mestringserfaringer i møte med utfordringer knyttet til den lesbiske orienteringen (III). Data fra alle tre delstudier ble analysert med systematisk tekstkondensering. Analysen var datadrevet og fortolket i lys av teorier om heteronormativitet (I og II) og salutogenese og mestring (III).

I delprosjekt I viste analysen at det kan være viktig å fortelle om sin lesbiske orientering til allmennlegen for å kunne være seg selv og kunne kommunisere fritt, og

det kan være relevant for den medisinske problemstillingen. Deltakernes erfaringer danner grunnlag for kunnskap om hvordan leger kan støtte opp om komme-ut-prosessen for lesbiske pasienter. Delprosjekt II presenterer et vidt spekter av ulike erfaringer blant lesbiske kvinner i møte med helsepersonell. Analysen konkluderer med at helsepersonell trenger en vedvarende bevissthet om at ikke alle pasienter er heterofile, en positiv holdning til lesbisk orientering og kunnskap om lesbiskespesifikke helseforhold for å gi helsetjenester av god kvalitet til lesbiske pasienter. Utfordringene som deltakerne beskrev i delprosjekt III handlet om å komme ut med sin seksuelle orientering eller ikke, hvordan opplyse andre om dette, å møte nedsettende uttalelser eller handlinger og å forholde seg til homonegativitet i familien og i andre viktige relasjoner. Positive mestringserfaringer omfattet åpenhet om den lesbiske orienteringen, måten det lesbiske gjøres kjent på og å bevare verdighet i møte med fordommer. Verdighet kunne opprettholdes ved å argumentere for respekt eller kreve sin rett, eller ved å forsterke tanker og følelser om at det er bra å være lesbisk. Analysen viste at det vi har kalt lesbisk selvtillit - en personlig overbevisning om at lesbisk orientering er like god og naturlig som heterofil orientering - kan være grunnleggende for å utøve den positive mestringen.

Avhandlingen presenterer følgende hovedfunn: Lesbiske kvinner må hele tiden forholde seg til hvordan de vil fremstille seg selv som lesbiske. Åpenhetskompentanse kan bedre lesbiske kvinners mestring av minoritetsstress vedrørende åpenhet. Lesbiske kvinner må hele tiden motta og forholde seg til omverdenens reaksjoner. Verdighet kan bevares i alle situasjoner ved å opprettholde og kommunisere lesbisk selvtillit. Også i dagens Norge opplever lesbiske kvinner minoritetsstress som gir utfordringer i forhold til mestring. Lesbisk selvtillit kan styrke kvinnenens motstandskraft mot minoritetsstress.

## Abstract

Lesbian women make up a sexual minority within a heteronormative society where homosexuality becomes invisible and inferior. Minority stress is the excess stress individuals from stigmatized social categories experience because of their minority position. Stress may influence health and identity. It is not the burden of stress itself that determines its influence on health and identity, but how the individual copes with the stress. Existing research indicates that having a lesbian orientation may be especially challenging in encounters with health care professionals. Consequently, we wanted to explore how minority stress may be experienced by lesbian women in Norway today, and what strategies they employ to cope successfully with these situations. We wanted particularly to learn how minority stress comes into play within the health care system.

The objective of this thesis is to develop knowledge that may be applied as a foundation for quality care and improved health for lesbian women, with a special relevance for general practice. We have accomplished three sub-studies based on experiences of lesbian women to illuminate the following issues: 1) What does it mean to lesbian women that the general practitioner is aware of their sexual orientation? 2) What kind of experiences related to sexual orientation do Norwegian lesbian women report from encounters with health care professionals? 3) Which strategies do lesbian women use to cope with challenges related to sexual orientation in their every-day lives?

In sub-study I we conducted a focus group interview with lesbian women focusing on when and why it may be important to inform the general practitioner about their sexual orientation. We gathered data in the form of web based histories for sub-studies II and III. The empirical data consisted of 128 histories about concrete experiences in health care encounters where the lesbian orientation was of importance (II), and 64 histories about successful coping experiences related to the lesbian orientation (III). Data were analyzed with systematic text condensation in all three



sub-studies. The analysis was data-driven and supported by theories of heteronormativity (I and II) and salutogenesis and coping (III).

The analysis in sub-study I demonstrated that informing the general practitioner about the lesbian orientation may be important in order to be able to be oneself and communicate freely, and it may be relevant for the medical problem at hand. The experiences of the participants constitute a foundation for knowledge about how doctors may support the coming-out process of lesbian women. Sub-study II presents a wide range of experiences among lesbian women encountering health care professionals. The analysis concludes that for health care professionals a persistent awareness that not all patients are heterosexual, a positive attitude to lesbian orientation, and knowledge about lesbian-specific health matters, are required to offer health care services of high quality to lesbian patients. The challenges described by the participants in sub-study III concerned the question of whether or not disclose the lesbian orientation, how to disclose, how to handle derogatory remarks or actions, and how to face homo-negativity within family and other significant relations. Positive coping experiences comprised openness about the lesbian orientation, the way disclosure was carried out, and to maintain dignity when prejudice was encountered. Dignity could be maintained by demanding respect or arguing for rights, or by boosting thoughts and feelings that it is good to be lesbian. The analysis demonstrates that lesbian self-confidence – a personal conviction that a lesbian orientation is equally good and natural as a heterosexual orientation – may be a prerequisite for the positive coping strategies.

The thesis presents these main findings: Lesbian women must continually deal with how to appear. Disclosure competency may improve lesbian women's coping of minority stress related to openness. Lesbian women must continually receive and process reactions from the surroundings. Dignity may be maintained in all situations by sustaining and communicating lesbian self-confidence. Even in Norway 2012 do lesbian women experience minority stress that calls for coping strategies. Lesbian self-confidence may strengthen resilience against minority stress.

## Publikasjonsliste

### Artikkel I-III

- I. Bjorkman M, Malterud K.  
*Being lesbian – does the doctor need to know? A qualitative study about the significance of disclosure in general practice.*  
Scand J Prim Health Care 2007; 25:58–62.
  
- II. Bjorkman M, Malterud K.  
*Lesbian women's experiences with health care. A qualitative study.*  
Scand J Prim Health Care 2009;27(4):238-43.
  
- III. Bjorkman M, Malterud K.  
*Lesbian women coping with challenges of minority stress. A qualitative study.*  
Scand J Public Health 2012;40(3):239-44.

Jeg vil referere til artiklene med romertall. Artiklene finnes i vedlegg 1.

# Innhold

<b>FAGMILJØ.....</b>	<b>I</b>
<b>TAKK .....</b>	<b>II</b>
<b>SAMMENDRAG .....</b>	<b>IV</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>VI</b>
<b>PUBLIKASJONSLISTE.....</b>	<b>VIII</b>
<b>1. MÅLSETTING OG PROBLEMSTILLINGER.....</b>	<b>1</b>
<b>2. INTRODUKSJON.....</b>	<b>3</b>
<i>Forforståelse - mitt ståsted som lesbisk kvinne og allmennlege .....</i>	<i>3</i>
<i>Hva er det å være lesbisk?.....</i>	<i>4</i>
<i>Noen spesielle utfordringer ved forskning på lesbiske kvinner .....</i>	<i>7</i>
<i>Lesbiske kvinners helse og helsetjenesteforbruk .....</i>	<i>8</i>
<i>Minoritetsstress .....</i>	<i>10</i>
<i>Å komme ut.....</i>	<i>12</i>
<i>Ressurser og mestrings hos lesbiske kvinner .....</i>	<i>13</i>
<b>3. DESIGN, MATERIALE OG METODE .....</b>	<b>15</b>
DESIGN .....	15
REKRUTTERING .....	16
DELTAKERE.....	20
DATAINNSAMLING.....	23
<i>Fokusgruppetudien (delprosjekt I).....</i>	<i>23</i>
<i>Internettstudiene om helsetjenesteerfaringer og mestringserfaringer (II, III).....</i>	<i>24</i>
ANALYSE.....	27
<i>Analyse av kvalitative data .....</i>	<i>27</i>
<i>Analyseloggen .....</i>	<i>28</i>
<i>Kvalitativ analyse med systematisk tekstkondensering.....</i>	<i>29</i>
<b>4. RESULTATSAMMENDRAG.....</b>	<b>37</b>
ARTIKKEL I .....	37
<i>Being lesbian – does the doctor need to know? A qualitative study about the significance of disclosure in general practice.....</i>	<i>37</i>
ARTIKKEL II .....	38
<i>Lesbian women's experiences with health care: A qualitative study.....</i>	<i>38</i>
ARTIKKEL III.....	39

<i>Lesbian women coping with challenges of minority stress. A qualitative study</i> .....	39
<b>5. DISKUSJON</b> .....	<b>41</b>
METODOLOGISKE OG ETISKE VURDERINGER .....	41
<i>Intern validitet</i> .....	41
<i>Ekstern validitet</i> .....	45
<i>Refleksivitet</i> .....	50
<i>Etiske utfordringer</i> .....	52
RESULTATDISKUSJON .....	54
<i>Hun må hele tiden må forholde seg til hvordan hun vil fremstille seg selv som lesbisk</i> .....	55
<i>Hun må hele tiden motta og forholde seg til omverdenens reaksjoner</i> .....	59
<i>Lesbisk selvtilitt kan styrke motstandskraften mot minoritetsstress</i> .....	62
<b>6. KONKLUSJON</b> .....	<b>67</b>
<b>7. FRAMTIDIG FORSKNING</b> .....	<b>69</b>
<b>REFERANSER</b> .....	<b>71</b>
<b>VEDLEGG</b> .....	<b>I</b>
VEDLEGG 1 - ARTIKKEL I – III .....	I
VEDLEGG 2 BEDRE HELSE FOR LESBISKE - WWW.LESBISKHELSE.NET .....	I
<i>Prosjektets startside</i> .....	i
<i>Hvordan undersøkelsen er lagt opp</i> .....	iii
<i>Om å delta i forskning</i> .....	iv
<i>Om forskerne</i> .....	v
<i>Spørreskjema side 1</i> .....	vi
<i>Spørreskjema side 2</i> .....	vii
<i>Spørreskjema side 3</i> .....	viii
<i>Spørreskjema side 4</i> .....	ix

# 1. MÅLSETTING OG PROBLEMSTILLINGER

Studiens overordnede målsetting er å utvikle kunnskap som kan danne grunnlag for gode helsetjenester og bedre helse for lesbiske kvinner, med særlig tanke på allmennpraksis.

Avhandlingen har tre spesifikke problemstillinger:

- Hva betyr det for lesbiske kvinner at allmennlegen kjenner deres seksuelle orientering?
- Hva slags erfaringer knyttet til seksuell orientering rapporterer norske lesbiske kvinner fra møter med helsevesenet?
- Hva slags strategier bruker lesbiske kvinner for å mestre utfordringer i hverdagen som følger av deres seksuelle orientering?



## 2. INTRODUKSJON

### *Forforståelse - mitt ståsted som lesbisk kvinne og allmennlege*

Jeg hadde vært allmennlege i fire år da jeg vikarierte på et tolegekontor i Oslo i 1998. En pasient, en kvinne omtrent på min egen alder, kom for å få hjelp med et angstproblem. Jeg hadde ikke kommet langt i anamnesen da hun fortalte at hun var lesbisk og levde sammen med en kvinne, og at dette var viktig for henne. Jeg ble helt satt ut. Jeg forsto intuitivt at jeg burde respondere på informasjonen på en eller annen måte, det lå liksom i luften at jeg burde gi tilkjenne om jeg anerkjente en lesbisk livsstil eller om jeg syntes det var unormalt og dårlig. Men jeg fikk ikke fram et ord, så jeg snudde meg rundt, med ryggen til pasienten, og så ut av vinduet et minutt eller to. Så snudde jeg meg tilbake og fortsatte anamneseopptaket som om informasjonen om pasientens lesbiske orientering ikke hadde funnet sted.

Da konsultasjonen var over, syntes jeg at jeg hadde håndtert det lesbiske aspektet svært dårlig. Og så jeg! Jeg som er lesbisk selv! Dette var opptakten til en lang periode med grubling og samtaler med ulike personer om dette – hvordan skal legen generelt, og jeg som lesbisk lege spesielt, reagere når pasienten forteller at hun er lesbisk? Jeg ble nysgjerrig på hvorfor lesbiske kvinner ofte forventer eller frykter en negativ reaksjon på den lesbiske orienteringen. Hvorfor er det så viktig hva legen mener? Og videre - hvordan påvirker negativitet til egen seksuell orientering helsen? Jeg oppdaget at det er stor variasjonsbredde i hvordan den enkelte innenfor gruppen ”ikke helt heteroseksuelle kvinner” forholder seg til og definerer sin egen seksuelle orientering og presenterer seg selv i ulike situasjoner. Etter hvert forsto jeg at dette var et tema innen forskningslitteraturen om lesbiske og helse. Jeg så også at forskning på lesbiske kvinners helse og deres forhold til helsevesenet fokuserte på sykdom og dårlige levevaner, mens det var lite snakk om ressurser og mestring. Hva gjør dette med vår oppfatning av lesbisk orientering og lesbiske kvinner? Jeg, som selv er lesbisk, vet jo at det er mye positivt og befriende i det å leve lesbisk, men forskning med en salutogen vinkling var mangelvare. Min veileder Kirsti Malterud hadde allerede lenge vært opptatt av pasienters helseressurser. Hennes fokus på pasienters

mestringsevne harmonerte godt med mine erfaringer fra allmennpraksis, der jeg til stadighet har opplevd at å løfte fram pasientens positive sider synes å ha bedre innvirkning på helsen enn å stadig prøve å rette opp det som er vanskelig og sykt. Da Guri Rørtveit satte meg i kontakt med Kirsti Malterud åpnet det seg en unik mulighet for meg til å utforske dette selv. Først det som initierte hele tankeprosessen – hvorfor er det så viktig for lesbiske kvinner at allmennlegen kjenner deres seksuelle orientering? Deretter undersøke hvordan lesbiske blir møtt i helsevesenet i Norge i dag, og til slutt innsikt i lesbiske kvinners ressurser og mestringsstrategier.

### ***Hva er det å være lesbisk?***

*Seksuell orientering* består av tre aspekter: seksuell *tiltrekning*, seksuell *atferd* og *identitet*. Identitet omfatter både sosial og personlig identitet, der sosial identitet refererer til gruppetilhørighet, mens personlig identitet refererer til en oppfatning av sitt eget selv (1). Tiltrekning, atferd og identitet sammenfaller sjelden fullstendig. Må man ha et absolutt fravær av tiltrekning til det annet kjønn gjennom hele sitt liv for å kalle seg lesbisk? Hvor stor grad av seksuell tiltrekning og atferd i forhold til det annet kjønn kan man tillate før man ”må” kalle seg bifil når man i hovedsak orienterer seg mot eget kjønn? Termene homoseksuell/homofil, lesbisk, biseksuell/bifil og heteroseksuell/heterofil er således ikke så presist definert som man gjerne ønsker seg i forskningsprosjekter, og i dette prosjektet det er den enkelte deltaker som kategoriserer seg selv.

Imidlertid er det ikke lenger riktig å snakke om at man ”er” homofil eller heterofil. Fram til 1990-tallet var et *essensialistisk* syn på seksuell orientering vanlig. Et essensialistisk ståsted ser seksuell orientering som en medfødt, iboende biologisk egenskap – en seksuell legning som kan tildekkes eller avdekkes men ikke endres. Et essensialistisk syn er fortsatt ganske utbredt i det norske samfunnet i dag. Etterhvert har mange endret oppfatning av seksuell orientering fra en essensialistisk til en *sosialkonstruksjonistisk* forståelse. I en sosialkonstruksjonistisk forståelsesmåte beholder man kategoriene, men mener at de er dynamiske og skapes av historisk og kulturelt produserte rammer.



Sammenliknet med legning rommer begrepet ”seksuell orientering” større fleksibilitet mellom de tre ulike aspektene tiltrekning, atferd og identitet så vel som vedrørende tidsaspektet: Man kan gå fra å ha bare mannlige til bare kvinnelige partnere – og omvendt - også sent i livet, uten at det trenger å bety at det er en undertrykt egenskap som endelig blir realisert. I de siste par dekadere har særlig yngre mennesker inntatt en *queer* holdning: Man skal møtes som mennesker og ikke kategoriseres etter verken kjønn eller seksuell orientering (2) – kategoriene oppheves. Kanskje nye generasjoner i mindre grad knytter sin homoseksualitet til egoidentiteten, undrer Hegna i sin avhandling (3).

I dette landskapet har jeg valgt et *strategisk essensialistisk standpunkt*. Jeg anerkjenner at seksuell orientering er et komplekst forhold ved det å være menneske som springer ut fra et samvirke mellom biologiske og sosiale faktorer, og at man per i dag ikke kjenner en enkelt årsak til at noen utvikler seksualitet rettet mot eget kjønn. Samtidig mener jeg at det av analytiske grunner kan være hensiktsmessig å kategorisere individer inn i grupper ut fra egenskaper eller handlingsmønstre, særlig når dette samsvarer med utbredte kulturelle forestillinger. Kategorisering er en forutsetning i det meste av forskning fordi man som regel sammenlikner ulike grupper. At det aller meste av forskning også innebærer en reduksjon av det komplekse mennesket inn i en beskrivelse av enkeltelementer er en bevissthet man må ta med seg i fortolkningen av forskningsresultater.

Det finns ingen konsensus om hvordan man bør operasjonalisere seksuell orientering i vitenskapelige studier (4). Noen få benytter en kontinuerlig skala fra helt heteroseksuell til helt homoseksuell der deltakeren kan krysse av, slik Kinsey gjorde i sin berømte studie fra 1.948 (menn) og 1.953 (kvinner) (5). En del studier, for eksempel den svenske levekårsundersøkelsen (6), deler opp i fem kategorier: 1) helt heteroseksuell, 2) heteroseksuell med visse homoseksuelle innslag, 3) biseksuell, 4) homoseksuell med visse heteroseksuelle innslag, 5) helt homoseksuell. Andre studier bruker kategorien ”kvinner som har sex med kvinner”, som omfatter alle kvinner som har hatt seksuell atferd med en annen kvinne uavhengig av identitet (7). Statistisk Sentralbyrå (SSB) spurte etter tiltrekning og identitet da de for første gang inkluderte

seksuell orientering i sin levekårsundersøkelse i Norge i 2010 (8). Noen studier bruker flere benevnelser, som for eksempel skeiv eller queer, questioning, two-spirit og dyke i tillegg til de tradisjonelle kategoriene homofil, bifil og heterofil, for å inkludere og imøtekomme mennesker som ikke føler seg hjemme i de vanligste betegnelse (9-10). I vitenskapelige studier er det viktigste at valg av kategorier for seksuell orientering er relevant for forskningsspørsmålet (11-12). Hvis man for eksempel vil undersøke hvorvidt HIV smitter ved sex mellom to kvinner, må man spørre etter seksualpartners kjønn, men hvis man skal utforske diskriminering på arbeidsplassen må man spørre etter seksuell identitet. Dersom man undersøker levekårsparametre, kan det være nyttig å spørre etter både seksualpartneres kjønn og seksuell identitet.

Ofte blir antall deltakere i hver av disse gruppene i et forskningsprosjekt så små at de blir slått sammen til en gruppe som kalles ”ikke-heteroseksuell”, ”homo- og biseksuell” eller ”kvinner som har sex med kvinner”, som så sammenliknes med heterofile kvinner eller den generelle kvinnelige befolkningen (6, 13-14). Mange nyere studier indikerer imidlertid at helseparametre ikke er likt fordelt innen de ulike gruppene av ikke-heteroseksuelle kvinner (15-17). Kategorisering av seksuell orientering er heller ikke alltid sammenfallende på tvers av ulike etniske grupper, ei heller innen samme land. Studier fra samfunn med mange etniske grupper, som det nordamerikanske, tyder på at merkelappen ”homoseksuell” kan ha ulik betydning i ulike befolkningsgrupper (18-19), og at det ikke betyr det samme å bli kalt ikke-heteroseksuell i ulike etniske grupper. Noen kaller dette å ha ”multiple identiteter”, mens begrepet ”interseksjonalitet” brukes for å markere at disse ulike minoritetsstatusene interagerer hos det enkelte individet (1, 20-21). Nyere forskning bruker interseksjonalitet som perspektiv for å belyse hvordan mennesker som er i minoritet på flere måter har det og håndterer sine ulike minoritetsstatuser (22-25).

I dette prosjektet har vi rekruttert deltakere med selvdefinert *lesbisk identitet*. Vi har vurdert det som mest relevant å bruke identitet som parameter på seksuell orientering fordi prosjektets problemstillinger i særlig grad omfatter situasjoner der den sosiale og personlige identiteten blir utfordret. Hva den enkelte deltaker legger i det å være

lesbisk har vi ikke kartlagt. Vi har valgt å ikke inkludere kvinner med bifil identitet, fordi mye tyder på at det kan være forskjeller relatert til helse og helsetjenester mellom bifile og lesbiske kvinner (26-29).

### ***Noen spesielle utfordringer ved forskning på lesbiske kvinner***

Forskningsbasert kunnskap har betydning både for selvpoppfattelsen til de kvinnene det gjelder, hvordan samfunnet i øvrig ser på dem, og for hvilke råd og helsepolitiske tiltak man bør iverksette. Forskningsmessige utfordringer som ikke har blitt løst på en god måte har vært med på å produsere myter om lesbiske kvinners helse, risikopanorama og helsesøkningsatferd.

Rekrutteringsmåter og –arenaer bestemmer hvilket *utvalg* man får og derved *overførbarheten* av funnene. Mange lesbiske er ikke så åpne om sin seksuelle orientering at de deltar i forskningsprosjekter. En del er skeptiske av homopolitiske grunner eller mangel på tillit til etablerte samfunnsinstitusjoner. Helt fram til de siste årene har man i forskning om lesbiske og homofile hovedsakelig benyttet bekvemmelighetsutvalg. Funn fra bekvemmelighetsutvalg kan ikke sammenliknes med funn fra representative utvalg av andre befolkningsgrupper, og man kan ikke uten videre si at funnene er gyldige for lesbiske kvinner generelt. Dessverre har man i mange studier gjort nettopp dette. Først de siste årene har det kommet forskning basert på store, representative befolkningsutvalg (6, 17, 30).

Men også ved representative befolkningsstudier må man ta forbehold når det gjelder overførbarhet. Selv i de nyeste studiene er det et *lavt absolutt antall personer* som oppgir at de er noe annet enn heterofile, og et enda lavere antall lesbiske. Lavt antall deltakere i representative studier kan medføre at forskjeller som er der ikke blir statistisk signifikante (type 2 feil), eller omvendt at statistisk signifikante funn kan ha tvilsom klinisk signifikans. Risiko for type 2 feil på dette feltet kan illustreres slik: For å kunne påvise en eventuell fordoblet brystkreftrisiko hos norske lesbiske kvinner i en case-control-studie viser styrkeberegning i forhold til prevalenstall at det er nødvendig med et utvalg på 16.050 lesbiske kvinner og 16.050 heterofile kvinner (31). Ingen eksisterende studier er i nærheten av å ha så mange lesbiske deltakere.

*Nonrespondere* kan også være en utfordring for studier om lesbiske og homofile. I mange studier ser vi at andelen som har krysset av på ”annet”, ”vet ikke” eller ”vil ikke svare” eller ikke har svart på spørsmålet om seksuell orientering er like stor eller større enn andelen som har svart at de er lesbiske (30, 32). Få studier ser på hva som karakteriserer nonresponderne, og de blir som regel bare ekskludert fra videre analyse. Hvem er de? Er de lesbiske? Hvis ja, er de en spesiell type lesbiske? Skjuler det seg lesbiske deltakere også blant de som krysser av på at de er heterofile?

Også studienes *geografiske og historiske kontekst* vil påvirke overførbarhet og konklusjoner når det gjelder lesbiske kvinner. Det kan for eksempel være viktige forskjeller mellom det å være lesbisk i USA, der mange studier er utført, i forhold til å være lesbisk i Norge. Også kvinners stilling i samfunnet, stigmatisering av lesbiske og forholdet til rusmidler kan tenkes å være ulikt. Det samme gjelder historiens gang - aksept og synlighet av lesbiske kvinner endrer seg i vårt samfunn, der det på mange måter er annerledes å være lesbisk i dag enn for 20-30 år siden (33). Dette kalles noen steder for kohorteffekt (1). Eldre lesbiske kvinner kan ha en annen erfaringsbase og muligens en annen selvforståelse enn yngre kvinner (33). Studier som gjentas med samme design, for eksempel seksualvaneundersøkelser, indikerer at antallet ikke-heteroseksuelle har økt de siste tiårene (34).

### ***Lesbiske kvinners helse og helsetjenesteforbruk***

Eksisterende forskning om lesbiske og helse må vurderes i lys av disse metodologiske utfordringene. I tillegg har fokus gjerne vært å måle patologi – man har ikke spurt seg hvorvidt men i hvilken grad lesbiske kvinner har dårligere helseforhold. Et slikt *elendighetsperspektiv* kan bidra til minoritetsstress. Når vi leser om helseplager hos lesbiske kvinner, skal vi huske at de fleste tilstander er relativt sjeldne, og selv om en plage er dobbelt så hyppig hos lesbiske som hos heterofile vil det fortsatt være få individer som har plagen. Dette understreker betydningen av å skille mellom relativ risiko og absolutt risiko. For mange levekårsparametre har andre forhold enn seksuell orientering, som for eksempel alder og utdanning, sannsynligvis vesentlig større innvirkning på forekomst av sykkelighet og plager (8, 35).

Både europeiske og amerikanske data demonstrerer en viss overhyppighet av psykiske plager som angst, depresjon, selvmordstanker, selvmordsforsøk og selvskading hos lesbiske sammenliknet med heterofile kvinner (6, 13, 32, 35-37). Amerikanske studier basert på representative utvalg antyder at lesbiske kvinner røyker sigaretter i større grad enn heteroseksuelle kvinner (38-39), men dette gjenfinnes ikke i tilsvarende europeiske studier (6, 32, 35). Nyere studier indikerer at lesbiske kvinner drikker mer alkohol enn heterofile kvinner, men funnene er ikke i entydige (7, 40-41). Europeiske studier tyder på at det er færre lesbiske som drikker alkohol, men de som gjør det drikker oftere og mer, sammenliknet med heterofile kvinner (6, 32, 35). Noen europeiske studier basert på representative utvalg har vist dårligere selvvardert helse, mer fysiske symptomer og høyere forekomst av ikke nærmere angitte kroniske lidelser hos ikke-heteroseksuelle kvinner (6, 32), mens andre viser samme nivå som for heteroseksuelle (8, 35). Antall lesbiske deltakere er i alle studiene for lite til at man kan forvente å påvise forskjeller i hyppighet av somatiske sykdommer. Mange studier ser derfor på risikofaktorer for sykdommer som et surrogatendemål. Flere store amerikanske representative studier har vist at lesbiske kvinner har høyere kroppsmasseindeks sammenliknet med heterofile kvinner (15, 17, 36), men det finner man ikke i europeiske studier (6, 32, 35).

Det har vært hevdet at lesbiske kvinner unnlater å søke helsehjelp fordi de forventer negative reaksjoner fra behandleren. Man har forsøkt å operasjonalisere dette ved å kartlegge hvorvidt kvinnen har søkt helsehjelp, deltatt i de anbefalte rutineundersøkelsene celleprøve fra livmorhalsen og mammografi, og (i USA) om de har en fast lege og om de har helseforsikring. Amerikanske funn er ikke entydige idet noen viste lavere deltakelse blant lesbiske sammenliknet med heterofile kvinner (42-43), mens andre ikke viste noen forskjell (17). Amerikanske, canadiske og europeiske tall tyder på at lesbiske kvinner bruker psykiske helsetjenester i større grad enn heterofile kvinner (6, 30, 44-45).

Konklusjoner basert på data fra utenlandske studier om bruk av helsetjenester er ikke direkte overførbare til norske forhold, og det er dermed vanskelig å si noe sikkert om

norske lesbiske kvinners bruk av helsetjenester. Hvordan opplever lesbiske kvinner i Norge helsevesenet?

### ***Minoritetsstress***

*Minoritetsstress* er den tilleggsbelastningen individer fra stigmatiserte sosiale kategorier utsettes for på grunn av sin minoritetsposisjon (46). Det er allment akseptert at minoritetsstress kan forårsake dårligere helseforhold hos lesbiske kvinner sammenliknet med heterofile kvinner (1, 47). Minoritetsstress rammer også andre minoritetsgrupper (48). Men selv om økt stressbelastning kan være felles for ulike minoritetsgrupper, kan hva de stressende faktorene består av være spesifikke for hver gruppe.

Mange studier har forsøkt å kartlegge hva som utgjør spesifikt minoritetsstress for homofile, lesbiske og bifile. Familiens reaksjoner på den seksuelle orienteringen og ved inkludering av partner, å forvalte åpenhet eller skjulthet, diskriminering på arbeidsplassen og forholdet til kolleger, samfunnets holdning til homofile og lesbiske og diskriminering i samfunnet, trakassering, vold og frykt for vold, problem med bolig, HIV-relaterte problemer, ambivalens eller negativitet i forhold til egen seksualitet, å bli gammel i homomiljøet, å være minoritet i flere betydninger og utfordringer rundt femininitet og maskulinitet er nevnt i flere studier (23, 49-51). Man fant at de som rapporterte en høy grad av minoritetsstress også rapporterte psykiske symptomer i større utstrekning (50-51).

Minoritetsstress for lesbiske kvinner har sitt utspring i heteronormativitet.

*Heteronormativitet* omfatter de kulturelle og sosiale institusjoner, normer, praksiser og språk som reflekterer at samfunnet og kulturen forutsetter at alle mennesker er heteroseksuelle (52), at den heteroseksuelle kjernefamilien er naturgitt og universell, og at homoseksualitet dermed blir sosialt usynlig og annenrangs (53) ifølge henholdsvis Anderssen og Røndahl. Heteronormativitet er ikke det samme som heteroseksualitet, for homoseksualitet har ikke en tilsvarende motpart; det finns ikke et samfunn der det homoseksuelle på tilsvarende måte tas for gitt (2). I et

heteronormativt samfunn er alle ikke-heteroseksuelle individer i minoritet og antas å være heteroseksuelle med mindre det motsatte er bevist.

Jeg bruker uttrykket *homonegativitet* for å beskrive stigmatisering relatert til seksuell minoritetsstatus. Jeg velger å ikke bruke uttrykket homofobi fordi det bærer i seg en antakelse om at fordommer mot homofile og lesbiske er basert hovedsakelig på frykt, og uttrykket kan ikke brukes til å redegjøre for hvordan historiske samfunnsendringer påvirker den sosiale identiteten innfor seksuell orientering (54). Homonegativitet er dessuten bredere og kan favne et bredt repertoar av negative holdninger rettet mot lesbiske og homofile (55). Man ser gjerne fire aspekter ved minoritetsstress (1, 46): 1) *Opplevd homonegativitet*, altså vold, diskriminering, nedsettende bemerkninger og fordommer; 2) *forventet homonegativitet*, altså forventning om og frykt for at diskriminering og fordommer kan finne sted og årvåkenheten som følger av dette; 3) *internalisert homonegativitet* (av mange kalt internalisert stigma eller internalisert homofobi), altså at man har tatt inn over seg kulturens stereotype oppfatninger av lesbisk seksualitet og er negativ til sin egen lesbiske orientering; og 4) spørsmålet om å *komme ut* eller være skjult.

Alle tre typer homonegativitet har vært gjenstand for forskning. I den svenske levekårsundersøkelsen rapporterte en større andel ikke-heteroseksuelle kvinner om opplevd homonegativitet i form av krenkelse, trussel om vold og vold enn heteroseksuelle kvinner (6). I den danske levekårsundersøkelsen var det litt større andel ikke-heteroseksuelle personer som rapporterte om vold sammenliknet med heteroseksuelle. Her rapporterte 19 % av de homofile menn og lesbiske kvinner om diskriminering på grunn av sin seksuelle orientering (35). En norsk undersøkelse om forhold på arbeidsplassen viste svært lite diskriminering og høy grad av inkludering for lesbiske og homofile (56). En type opplevd homonegativitet er foreldres og søskens reaksjoner på at et familiemedlem er lesbisk (57-59). Blant lesbiske deltakere i den norske levekårsundersøkelsen rapporterte 25 % om problemer i forhold til familien, 13 % i forhold til venner og 17 % i forhold til kolleger (8). Forventet homonegativitet drøftes av deltakerne i en svensk intervjustudie, de reflekterer over at omfanget av forventet homonegativitet er såpass omfattende i forhold til andel av

dem som faktisk har opplevd homonegativitet (60). Studier viser sammenhenger mellom internalisert homonegativitet og økt alkoholforbruk (61-62) og psykiske plager (63) og ansees som et viktig element i minoritetsstress (46). En annen måte å belyse homonegativitet på er holdningsundersøkelser i majoritetssamfunnet. I USA har man sett økende andel positive holdninger over det siste tiåret (64). I Norge har innstillingen til homofile og lesbiske også blitt gradvis mer positiv, og i dag er de med negative holdninger i mindretall (65-67).

Vi ser at minoritetsstress forekommer i mange ulike sammenhenger. Gamle myter om lesbiske kvinners angivelig dårlige helse og dårlige levevaner ser ikke ut til å bekrefte i nyere studier. Hvordan bevarer lesbiske kvinner god helse til tross for økt belastning?

### ***Å komme ut***

”Å komme ut” utgjør en stor del av minoritetsstresset for lesbiske kvinner (23, 68-69). *Å komme ut* betegner det å opplyse andre om at man har en lesbisk identitet (67). Den seksuelle orienteringen kan skjules, og som regel må den gjøres eksplisitt for å bli kjent for andre i en heteronormativ kultur. ”*Å leve skjult*” kaller man det når en kvinne velger å ikke informere sine sosiale omgivelser (familie, kolleger, venner) om at hun ser på seg selv som lesbisk eller bifil. Å komme ut eller å leve skjult forutsetter en lesbisk, bifil eller annen ikke-heteroseksuell identitet (67). Det å komme ut er ikke noe man gjør en gang for alle eller blir ferdig med, man må ta stilling til hvorvidt, når og hvordan man skal komme ut hver gang man treffer nye mennesker (5, 21, 33).

Uttrykket ”å komme ut” brukes også til å betegne prosessen det er å finne ut og akseptere at man er lesbisk, homofil eller bifil (67). Den første man kommer ut til etter å ha definert seg som lesbisk er oftest en venninne eller venn, og deretter til familien (67, 70-71). I den danske levekårsundersøkelsen hadde 7 % av homofile kvinner og menn ikke kommet ut til noen. 91 % av de lesbiske var åpne overfor familie og venner, men 50-60 % av dem skjulte sin orientering av og til eller alltid (35).



Mye tyder på at spørsmålet rundt det å komme ut er ekstra vanskelig innenfor helsevesenet (72). På bakgrunn av funn fra tidligere forskning i andre land (73) samt mine egne legeerfaringer i allmennpraksis ønsket jeg å utforske hvordan dette kan oppleves for lesbiske kvinner i Norge.

### ***Ressurser og mestrings hos lesbiske kvinner***

Selv 25 år etter at Antonovsky presenterte sine teorier om salutogenese (74), har store deler av medisinsk teori og praksis et *patogen* fokus. Dette innebærer at man leter etter det som framkaller sykdom istedenfor å se på hva som gjør at mange holder seg friske, til tross for at de utsettes for ytre belastninger. Antonovsky pekte på hvordan mennesker har ressurser til å holde seg friske selv når de utsettes for belastninger.

Litteratur om stress og mestrings sier at det ikke er den stressende hendelsen, men hvordan mennesket mestrer stresset, som avgjør utfallet (75). Lazarus skriver at mestringsen kan være *problemfokuset*, altså rettet mot å endre de ytre forhold, eller *emosjonfokuset*, altså rettet mot å regulere de indre følelsene, eller en blanding av disse to (75). Mestringsen blir hovedsakelig emosjonsfokuset når personen vurderer at de ytre forhold ikke lar seg endre, mener han. 20 år senere sier Folkman at mestrings er sterkt knyttet til reguleringen av emosjoner gjennom hele prosessen (76). Noen mestringsstyper, som unnvikelse, kan knyttes til dårligere psykisk helse, mens andre strategier, som å søke sosial støtte eller endre de ytre forhold, kan gi både positive, negative og nøytrale utfall (76). Lazarus skriver at det å stole på seg selv (indre kontroll) er bedre enn å stole på andre eller omstendighetene (ytre kontroll) (75). Bandura refererer til laboratoriebaserte undersøkelser som indikerer at egen tiltro til håndtering av den stressende situasjonen påvirker hvor godt man faktisk håndterer den (77). Imidlertid har man ikke greid å forstå hvordan ulike mestringsstrategier faktisk påvirker helse og atferd, hevder Folkman, fordi mestrings er komplekse, multidimensjonale prosesser som avhenger av personen, situasjonen og omgivelsene (76). Derimot har man erfart at mestringsstrategier kan læres, forteller hun.

Gode mestringsstrategier kan motvirke den negative effekten av stigma eller minoritetsstress hos mennesker med schizofreni (78-79), latinamerikanske ungdommer (80) og afrikanere i USA (81-85). I et salutogent perspektiv gjelder det imidlertid ikke bare å eliminere minoritetsstress, fordi stressfulle hendelser også kan innebære muligheter for personlig vekst og mental styrking. Mange har utforsket personlig vekst ved helserelaterte belastninger (86-87) og traumatiske livshendelser (88). Dette kalles ”post-traumatic growth” og defineres som ”erfaringen av positive endringer som finner sted som et resultat av kampen med svært utfordrende livskriser” (89). Noen studier indikerer at de som oppfatter en situasjon som mest stressende, også opplever størst posttraumatisk vekst (86, 88). Personlig vekst som følge av minoritetsstress kalles ofte ”stress-related growth” og defineres som ”følelsen av eller erfaringen med å omforme stressende omstendigheter til styrke” (90). I en studie av lesbiske kvinner viste det seg for eksempel at lesbisk identitet, optimistisk framtidstro og tett forhold til homomiljø bidro til personlig vekst (91). En norsk kvalitativ studie belyste positive sider ved det lesbiske livet, uten å fokusere på spesifikke mestringsstrategier. I følge deltakerne kunne det å være lesbisk åpne opp for å være kvinnelig på flere måter og innebar et friere forhold til egen kropp og et større repertoar for ulike måter å danne familier på, fortalte deltakerne. Videre hadde deltakerne opparbeidet evne til å kommunisere og kraft til å håndtere kriser gjennom sine lesbiske liv (92).

Positiv mestring kan både motvirke at minoritetsstress påvirker helsen negativt og bidra til personlig vekst. I mitt prosjekt ønsket jeg å vektlegge disse positive sidene ved å tilhøre en seksuell minoritet.

### 3. DESIGN, MATERIALE OG METODE

I dette kapittelet presenterer jeg strategier jeg har valgt for å operasjonalisere mine problemstillinger og beskriver hvordan jeg har innsamlet, bearbeidet og analysert mine empiriske data.

#### Design

Vi ønsket å utforske lesbiske kvinners erfaringer, tanker og handlinger for å utvikle kunnskap som kan danne grunnlag for gode helsetjenester og bedre helse for lesbiske kvinner. Målet var å trekke lærdom fra hva lesbiske kvinner selv rapporterer, ikke å kartlegge omfang eller fordeling av lesbiske kvinners ulike typer opplevelser.

Kvalitativ forskningsmetode er valgt fordi det er egnet til å utforske erfaringer fra møter mellom mennesker slik det oppleves for de involverte selv (93). For å belyse problemstillingen har vi gjennomført tre delprosjekter som alle omfatter analyse av empiriske kvalitative data. Ett delprosjekt benytter data fra *fokusgruppeintervju* (I), og to delprosjekter benytter datainnsamling i form av *internettbaserte fortellinger* (II og III).

Delprosjekt I utforsker lesbiske kvinners tanker og opplevelser knyttet til det å fortelle om sin seksuelle orientering i konsultasjoner hos allmennlegen. Delprosjekt II beskriver ulike erfaringer lesbiske kvinner har hatt i møte med flere typer helsepersonell og i forskjellige situasjoner. Delprosjekt III fokuserer på lesbiske kvinners strategier for positiv mestring av utfordrende situasjoner. Alle delprosjektene analyseres med sikte på å få fram kunnskap som kan være nyttig for allmennlegen i møte med lesbiske kvinner som pasienter.

*Fokusgruppeintervju*, som vi brukte i delprosjekt I, er egnet til å utforske fenomener som gjelder felles erfaringer (93-94). Teknikken passer godt for studier av minoritetsgruppers erfaringer fordi deltakerne kan få støtte fra de andre gruppedeltakerne i å uttrykke meninger som er gjengs i subkulturen men avvikende i majoritetssamfunnet (95-96). Data til delprosjekt I besto av lydopptak fra intervju om

lesbiske pasienters erfaringer og refleksjoner i forhold til å fortelle om sin seksuelle orientering til allmennlegen.

*Innsamling av data over internett*, som vi har gjort i delprosjekt II og III, gjør det mulig å ivareta full anonymitet, samt nå ut til og inkludere et større antall deltakere fra et stort geografisk område. Anonymitet er viktig ved forskning på sårbare grupper, og rekruttering av deltakere til forskning om lesbiske kvinners situasjon kan være vanskelig (31). Mange er ikke generelt åpne om sin seksuelle orientering og ønsker ikke å risikere synlighet via et forskningsprosjekt, en del har sterke homopolitiske synspunkt som kan komme til å overstyre prosjektets målsetting og problemstillinger og andre kan ha redusert tillit til medisinske institusjoner på grunn av historiske hendelser eller tidligere personlige erfaringer. Data besto av skriftlige fortellinger om hvilke erfaringer knyttet til seksuell orientering som norske lesbiske kvinner har i møte med helsevesenet og hva slags strategier lesbiske kvinner bruker for å mestre utfordringer i hverdagen som følge av sin seksuelle orientering.

## Rekruttering

Ettersom rekruttering av lesbiske deltakere kan være utfordrende, vurderte vi at strategisk eller trinnvis rekruttering (93) ville bli nær umulig. I alle tre delprosjekter (I-III) rekrutterte vi derfor de deltakere det var mulig å få med, så alle tre utvalg var *bekvemmelighetsutvalg* (93). Rekrutteringen til bekvemmelighetsutvalg baseres på et først-til-mølla prinsipp uten seleksjon og fortsetter fram til man har et bestemt antall deltakere eller hendelser (97). I alle tre delprosjekter har vi brukt ulike varianter av bekvemmelighetsutvalg (93, 97).

Til *delprosjekt I* forsøkte vi først *snøballrekruttering* (97-98) via e-post til våre egne kontakter i det lesbiske miljøet. Snøballrekruttering innebærer at man sender invitasjon om deltakelse i prosjektet til de man selv kjenner til innen målgruppen, og samtidig ber dem om å videresende invitasjonen til andre de kjenner, som igjen videresender og så videre, på samme måte som en snøball ruller og stadig tar med seg mere snø langs veien. Da ingen interesserte meldte seg, plasserte vi en invitasjon på

hjemmesiden til det som den gang het “Nettverk for forskning om homoseksualitet” (Universitetet i Oslo, Det juridiske fakultet, Institutt for kriminologi og rettsosologi). En invitasjon ble også sendt ut med e-post via dette nettverkets adresseliste. Nettverkets målsetting er å bidra til å skape og opprettholde et levende tverrfaglig miljø for forskning av og om homofile og lesbiske. Adresselisten er åpen for alle. Vi oppga følgende inklusjonskriterier: alder 25 - 60 år, å definere seg som lesbisk, samt å ha erfaring som pasient hos allmennlege. Det meldte seg raskt syv interesserte kvinner, og seks av dem deltok i intervjuet. Den syvende bodde langt fra Oslo, og kunne ikke delta da vi ikke kunne dekke utgifter til reise og opphold.

En hypotese fra delprosjekt I var at negative erfaringer og frykt for negative reaksjoner kunne hemme lesbiske kvinners åpenhet overfor allmennleger, og vi ønsket å gå inn i dette spørsmålet for eventuelt å forstå bedre hvorfor det kan oppleves hemmende. Med bakgrunn i funnene fra delprosjekt I forberedte vi derfor høsten 2005 et nytt delprosjekt med tittelen ”Jeg tror legen ser ned på meg – hva gjør jeg? Lesbiske kvinners erfaringer hos allmennlegen.” Prosjektet ble godkjent av Regional komité for medisinsk forskningsetikk Vest-Norge (nå Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk vest., saksnr. 237.05) og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD, saksnr. 14092). Vi planla å gjennomføre en ny fokusgruppestudie og inviterte deltakere via annonse på hjemmesiden til månedsmagasinet Blikk og ved snøballrekruttering til egne kontakter. Vi mottok syv henvendelser. Av dem hadde to kun positive erfaringer, to hadde negative erfaringer med gynekolog men ikke med allmennlege, og vi sto igjen med tre potensielle deltakere som hadde opplevd både negative, positive og nøytrale reaksjoner. Vi konkluderte med at dette var for få deltakere, og skrinla derfor denne prosjektideen. Vår vurdering var at et ensidig negativt fokus var for smalt, sto i motsetning til et salutogent perspektiv, kanskje ikke ville åpne for nyttig kunnskap, samt at rekruttering av lesbiske deltakere til forskningsprosjekt var mer utfordrende enn vi hadde trodd.

Ettersom rekruttering også i delprosjekt I hadde vist seg å være vanskelig, vurderte vi at anonymitet kunne være ekstra viktig for lesbiske deltakere. Vi skiftet strategi for

problemstillinger og datainnsamling og valgte *internett* for rekruttering og datainnsamling til delprosjekt II og III. Av samme grunn valgte vi å inkludere to forskjellige forskningsspørsmål ved samme datainnsamling. Rekruttering og innsamling av data over internett kan bidra til flere og mer mangfoldige deltakere enn tradisjonell papirbasert metode (99), og kan være nyttig i populasjoner der tilgang til internett er høy. 82 % av kvinner opp til 65 år og 36 % over 75 år hadde tilgang til internett i 2007 (100). Rekrutteringsprosessen var svært omfattende. For å nå ut til potensielle deltakere med bestemte egenskaper eller interesser kan det være særlig virksomt å plassere invitasjoner på hjemmesider innen deres interessefelt (99). Vi la ut en klikkannonse med lenke til prosjektets hjemmeside på internettsidene til Gaysir, interesseforeningen Landsforeningen for lesbiske, homofile, bifile og transpersoner (LLH) sentralt, dets lokallag og LLH-prosjektet Rosa Kompetanse, Skeive studenter, festivalene Skeive Dager og Bergen Gaypride samt Nettverk for forskning om homoseksualitet (figur 1). De fleste av disse instansene ga oss også redaksjonell omtale. Gaysir ([www.gaysir.no](http://www.gaysir.no)) er et kommersielt nettsted som ifølge deres hjemmeside ”produserer nyheter rettet mot et skeivt publikum og har landets største nettsamfunn for homofile, lesbiske, bifile”. Her leide vi plass til klikkannonse i tre måneder med 50 % visning (det betyr at annonsen kommer opp annenhver gang brukeren klikker på siden) fra medio mai til medio august 2007.

## Figur 1

### Lenke



Vi utarbeidet også en plakat og flyere (figur 2) som ble hengt opp og lagt ut i kontoret til LLH Oslo og delt ut på LLHs stand under homofestivalen Skeive Dager i Oslo juni 2007.

## Figur 2

### Plakat og flyer



**Vil du bidra til bedre helse for lesbiske?**

Fortell om dine erfaringer i et web-basert forskningsprosjekt fra Universitetet i Bergen.

Din historie kan bidra til at

- lesbiske får bedre hjelp hos legen.
- helsevesenet lærer om mestring og styrke hos lesbiske

[www.lesbiskhelse.net](http://www.lesbiskhelse.net)



Imidlertid ønsket vi å nå ut til kvinner også utenfor homomiljø og interesseorganisasjon. Jeg ble intervjuet om prosjektet i programmet ”Sånn er livet” i NRK radio P2 mandag 14. mai 2007 og i Aftenposten. Intervjuet ble slått opp som hovedsak på førstesiden i Aftenpostens morgenutgave 11. juni 2007. Vi sendte også e-post til egne kontakter med sikte på å styrke rekrutteringen gjennom snøballrekruttering (97-98). Vi ba ikke om informasjon fra deltakerne om hvordan de hadde fått vite om studien, men ut fra datoen på bidragene ser det ut som annonsen på Gaysir og oppslaget i Aftenposten bidro til flest deltakere.

## Deltakere

I delprosjekt I fikk deltakerne utdelt et kortfattet skjema der de registrerte demografiske opplysninger før intervjuet startet. I delprosjektene II og III inneholdt spørreskjemaet en avkryssingsdel angående demografiske variable.

Deltakerne i *delprosjekt I* hadde ganske lik bakgrunn og utgjorde en relativt homogen gruppe. Alle ble rekruttert via samme arena (“Nettverk for forskning om homoseksualitet”), hadde etnisk norsk utseende, snakket østlandsdialekt og bodde i eller rundt Oslo. De kjente ikke hverandre eller prosjektledelsen på forhånd. Utvalget besto av seks kvinner i alderen 28-59 år, median 39,5 år. Ingen hadde mindre enn to års utdanning på universitetsnivå. Alle var i arbeid. To betegnet seg som ”sjef”, to var prosjektledere, en terapeut og en IT-konsulent. De oppga at de hadde identifisert seg selv som lesbiske i 5-29 år, median 13 år. Fire hadde fast partner. Tre hadde kronisk sykdom, to brukte medisiner daglig. Deltakerne hadde vært hos allmennlege 1-17 ganger per år, median 4 ganger.

Deltakerne i de to internetstudiene om helsetjenesteerfaringer og mestringserfaringer (*delprosjekt II og III*) hadde betydelig demografisk bredde, se tabell 1. De leverte 132 bidrag med til sammen 192 historier.



**Tabell 1**  
**Demografiske data for delprosjekt II og III**

VARIABEL	KATEGORI	POPULASJON				Norske kvinner %
		Delprosjekt II N = 121 bidrag		Delprosjekt III N = 61 bidrag		
		antall	%	antall	%	
Alder i år	18-19	6	5	6	10	3
	20-29	47	39	22	35	16
	30-39	34	28	14	23	18
	40-49	12	10	5	8	18
	50-59	17	14	13	21	16
	60-69	1	1	0	0	29
	70 år og eldre	1	1	0	0	-
	Ubesvart	3	2	2	3	-
Utdanning	Grunnskole	2	2	3	5	32
	Videregående skole	32	26	15	24	41
	Høyere utdanning, lavere grad	52	43	26	42	23
	Høyere utdanning, høyere grad	27	22	12	19	4
	Ubesvart	8	7	6	10	-
Arbeid	Arbeidsledig, permittert <sup>#</sup>	3	2	2	3	2
	Heltids husarbeid	2	2	2	3	
	Lønnet arbeid	68	56	27	44	68*
	Selvstendig næringsdrivende <sup>#</sup>	8	7	3	5	
	Pensjonist, trygdet	7	6	5	8	30
	Utdanning, militærtjeneste <sup>#</sup>	25	21	17	27	35
	Ubesvart	8	7	6	10	
Sivilstatus	Kjæreste	25	21	17	27	
	Registrert partner	24	20	11	18	0
	Heterofil gift	-	-	-	-	46
	Samboer <sup>§</sup>	35	29	17	27	17
	Singel	32	26	14	23	
	Annet	2	2	1	2	
	Ubesvart	3	2	2	3	
Barn	Nei	84	69	40	65	12
	Ja, mindreårige	19	16	10	16	
	Ja, men alle er voksne	15	12	10	16	
	Ubesvart	2	2	2	3	
Bosted <sup>§</sup>	På landet	10	8	5	8	21
	Liten by, tettsted	23	19	16	26	33
	Middelstor by	24	20	15	24	14
	Storby	61	50	24	39	32
	Ubesvart	3	2	2	3	-
Fødeland	Norge	105	87	52	84	92
	Øvrige Norden	5	4	4	6	
	Øvrige Europa, USA, Canada, Australia	4	3	1	2	4 <sup>^</sup>
	Andre land	4	3	3	5	4
	Ubesvart	3	2	2	3	

Sammenliknbare tall for norske kvinner (18 år og eldre) er oppgitt der det er relevant.

**Unntak:** <sup>#</sup>: Kvinner i alderen 15-74, <sup>§</sup>: Den generelle befolkningen begge kjønn, <sup>°</sup>: Kvinner i alderen 19-24  
<sup>\*</sup>: Tallet for den generelle kvinnelige befolkningen betegner lønnet arbeid og selvstendig næringsdrivende samlet, <sup>^</sup>: Tallet for den generelle kvinnelige befolkningen betegner øvrige Norden og øvrige Europa, USA, Canada og Australia samlet

De demografiske kategoriene ble laget etter eksisterende kategorimaler kombinert med hensynet til anonymitet. For utdanningsnivå og fødested benyttet vi kategorier fra Statistisk Sentralbyrå (SSB). Informasjonen ble innhentet i 2006. Dessverre gjenfinnes ikke artiklene i uendret form på SSB sine hjemmesider i dag (2012). Dette er en ulempe ved innhenting av informasjon fra internett – nettsidene legges om eller informasjonen arkiveres, og lenkereferansene kan miste sin reproduserbarhet. I dag finner man informasjon om SSBs kategorier for utdanningsnivåer her (101), og de er ikke endret siden 2006. I spørreskjemaet definerte vi det slik: ”Høyere utdanning lavere grad (tilsv. bachelor/cand.mag)”, og ”Høyere utdanning høyere grad (tilsv. master/embetseksamen)”. For arbeidsaktivitet benyttet vi kategorier fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag 2 (HUNT 2). Dette spørreskjemaet ligger fortsatt (juni 2012) tilgjengelig på internett (102). Kategoriene alder, sivilstatus, barn og bosted definerte vi selv. Det var opp til deltakerne å anslå størrelsen på bostedet sitt. Vi var bevisste på å ikke lage for smale demografikategorier for å ivareta anonymitet, slik at for eksempel alder er angitt per 10-år og ikke per 5-år som er vanligere.

Utvalgene til delprosjekt II og III atskilte seg likevel noe fra den generelle kvinnelige befolkning når det gjaldt utdanning, alder og bosted. Data om den generelle kvinnelige befolkning er innhentet fra SSB, og heller ikke på dette punktet kan alle artiklene gjenfinnes i den form de hadde i 2007 og 2008. Deltakerne hadde høyere utdanningsnivå (103), det var flere yngre (under 40 år) (104), flere bodde i middels store og store byer (105) og betydelig færre hadde barn (106). Det var kun små forskjeller mellom gruppene i de to internettstudiene.

Imidlertid karakteriserer de demografiske data ikke de individuelle deltakerne direkte. Mange svar inneholdt to historier, og syv deltakere anga at de hadde svart på undersøkelsen flere ganger. Ettersom det var både en helsetjenestehistorie og en mestringshistorie i en del av svarene, er utvalgene i de to delprosjektene delvis overlappende. Således refererer demografien egentlig til de enkelte bidragene.

## Datainnsamling

### *Fokusgruppestudien (delprosjekt I)*

Fokusgruppestudien ble godkjent av Regional komité for medisinsk forskningsetikk Vest-Norge (nå Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk vest. Saksnr. 221.04) og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD).

Fokusgruppeintervjuet fant sted 5. januar 2005 om kvelden på et møterom på Høgskolen i Oslo (nå Høgskolen i Oslo og Akershus), Avdeling for samfunnsfag. Det varte ca 90 minutter og ble lagret som lydopptak. Veileder Kirsti Malterud (KM) var moderator, jeg selv og psykolog Anbjørg Ohnstad (AO), som også arbeidet med et forskningsprosjekt om lesbiske, var observatører. Vi serverte kaffe, te og kake.

Informantene fylte ut samtykkeerklæring og informasjonsskjema med demografiske detaljer. Det var ingen vennskap eller bekjenskaper internt i gruppen. Moderator og jeg fortalte at vi var allmennleger, AO hadde ingen rolle i vårt prosjekt, men var interessert i temaet og disponerte lokalene. Ingen av oss sa eksplisitt at vi selv også er lesbiske, men moderator omtalte lesbiske som ”vi” et stykke uti intervjuet. Vi hadde utarbeidet en summarisk *intervjuguide* på forhånd med følgende tema: 1) Å åpne seg om sin seksuelle orientering. Har du vært pasient hos allmennlegen og vurdert å fortelle om din seksuelle orientering? Hvorfor fortalte du om det, eventuelt hvorfor lot du være å fortelle om det? 2) Konsekvens. Hadde ditt valg om å åpne deg eller ikke åpne deg om din seksuelle orientering betydning for hvordan det enkelte helseproblemet ble håndtert? Enn for hvordan ditt forhold til legen ble videre?

Moderatoren åpnet intervjuet ved å spørre om når det er viktig at allmennlegen vet at pasienten er lesbisk. Informantene fortalte om konkrete opplevelser, tanker og oppfatninger. De var en rolig, homogen gruppe der deltakerne viste at de var vant til å verbalisere og vant til å bli hørt på med en ganske inkluderende og aksepterende stemning. De var tilbaketrukkne og høflige. Ingen enkeltdeltaker ble dominerende. Alle kom til orde, det var rikelig med pauser slik at alle hadde mulighet til å si noe. Moderator var tydelig og aktiv i prosessen, stilte spørsmål og validerte svarene underveis ved å spørre ”altså slik og slik, var det det du mente”. Hun greide å skape

en god stemning, og hun var åpen, inkluderende og unngikk å tilkjenne egne synspunkter eller å anføre at informantenes ytringer var bra eller dårlige. Observatørene var helt passive og jeg tror ikke vår tilstedeværelse påvirket diskusjonen.

Intervjuet ble senere transkribert ordrett av meg. Etter gjennomgang av transkriptet var vår vurdering at vi hadde fått rikelig stoff med god bredde som kunne belyse problemstillingen og at det ikke var behov for ytterligere datainnsamling.

### ***Internettstudiene om helsetjenesteerfaringer og mestringserfaringer (II, III)***

Vi fikk laget en egen hjemmeside spesielt for prosjektet (Emetra AS v/ Magne Rekdal) med domenenavnet [www.lesbiskhelse.net](http://www.lesbiskhelse.net). Hjemmesiden presenterte informasjon om hensikten med undersøkelsen, hvordan undersøkelsen var lagt opp, om forskerne, om anonymitet og om det å delta i forskning, og det var en mulighet for å ta kontakt med forskerteamet ved tekniske problem – se vedlegg 2. Det var ingen som tok slik kontakt. Fra hjemmesiden kunne man klikke seg videre til selve spørreskjemaet.

Spørreskjemaet besto av fire sider (skjermbilder), og startet med at deltakeren klikket ”ja” eller ”nei” på at hun var 18 år eller eldre, definerte seg som lesbisk og godtok at informasjonen ble brukt til forskning, alt i ett spørsmål. Deretter fulgte en rekke spørsmål vedrørende demografiske variable der deltakeren skulle klikke av på kategoriene som passet for henne. Til slutt kom de to åpne forskningsspørsmålene, der det var satt av plass til å skrive egne historier. Spørsmålet i delprosjekt II om helsetjenesteerfaringer var slik:

*”Beskriv en konkret opplevelse – god, dårlig eller nøytral – du har hatt i møtet med legen eller en annen helsearbeider fordi du er lesbisk.”*

Spørsmålet i delprosjekt III om mestringserfaringer var slik:

*”Beskriv hva du gjorde da du som lesbisk taklet en vanskelig hendelse på en god måte – i eller utenfor helsevesenet.”*

De kombinerte delprosjektene II og III ble godkjent av Regional komité for medisinsk forskningsetikk Vest-Norge (nå Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk vest. Saksnr. 064.07). Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD. Saksnr. 16627), fant at delprosjektene ikke medførte meldeplikt eller konsesjonsplikt fordi vi skulle forske på tekster og ikke på mennesker. Muligens var samtykke fra deltakerne egentlig unødvendig av samme grunn.

Plassen ble angitt å være begrenset til 500 ord men viste seg i praksis å være ubegrenset, og noen få besvarelser var lenger enn 500 ord. Det digitale spørreskjemaet var laget slik at vi forskere kunne gå inn og se på besvarelsene etter hvert som de kom inn. Vi oppdaget raskt at de aller fleste kun hadde svart på spørsmålene om demografiske opplysninger uten å ha svart på noen av forskningsspørsmålene. Da endret vi rekkefølgen slik at forskningsspørsmålene ble plassert rett etter deltakerens samtykkeerklæring. Dette bedret andelen som besvarte ett eller begge forskningsspørsmål.

Etter hvert hadde vi fått et betydelig antall bidrag om helsetjenesteerfaringer, men bare få historier om positive mestringsopplevelser. I slutten av august 2007 fjernet vi forskningsspørsmålet om helsetjenesteerfaringer (delprosjekt II) slik at bare mestringsspørsmålet (delprosjekt III) sto igjen. Vi styrket mediestrategien for prosjektet ved at jeg fikk redaksjonell omtale om dette på magasinet Blikk og LLH sine hjemmesider. Prosjektets hjemmeside ble åpnet 14. mai 2007 og stengt 28. november 2007. Da hjemmesiden ble stengt hadde det ikke kommet bidrag på flere uker, og vi hadde fått rikelig materiale med god demografisk variasjonsbredde.

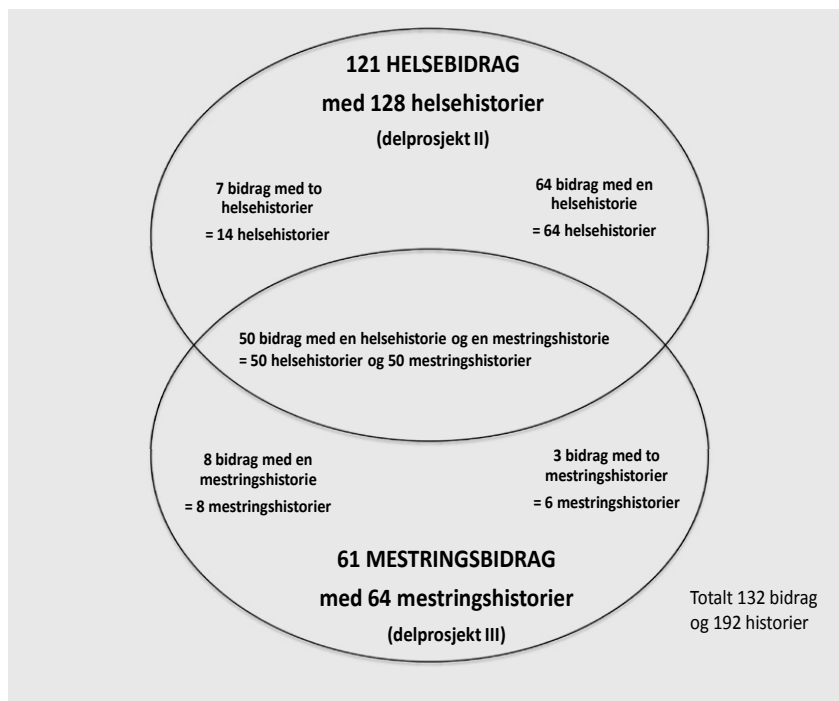
Det viste seg å være flere uforutsette praktiske problem med internettløsningen. Vi hadde ingen treff-teller, så vi vet ikke hvor mange som var innom og tittet på hjemmesiden eller som klikket seg videre til spørreskjemaet. Vi måtte forkaste svært mange svar der deltakeren kun hadde besvart spørsmålene om demografi, men vi kjenner ikke det eksakte antallet. Noen helt få hadde krysset ”nei” på spørsmålet om samtykke, og vi måtte derfor forkaste tre interessante og rike bidrag. Anonymiteten

ble ivaretatt av at deltakernes IP-adresser ble automatisk slettet umiddelbart, noe det ble opplyst om på hjemmesiden.

Det viste seg at mange deltakere skrev en historie om mestringserfaringer i ruten for møtet med helsevesenet, og vice versa. Det var imidlertid lett å se hva slags erfaring deltakerne hadde ment å presentere, og jeg valgte å kategorisere manuelt hver historie som enten en *helsetjenesteerfaring* eller en *mestringserfaring* (se figur 3). Det var tvil kun i noen helt få historier, og de ble drøftet med veileder. Fra svarskjemaene ble historiene først eksportert til regneark (excel) og derfra flyttet over til tekstdokumenter (word) på en måte som bevarte koblingen mellom historiene og individuelle anonyme demografidata.

**Figur 3**

### Antall bidrag og antall historier



Figur 4 illustrerer at mange bidrag inneholdt flere historier. Totalt besto det empiriske materialet av 132 bidrag. 60 bidrag hadde to historier og 72 bidrag hadde en historie, til sammen 192 historier.

Syv hadde krysset av for at de hadde svart på undersøkelsen flere enn en gang. Noen kan ha svart flere ganger uten å ha krysset av for det. Vi kan ikke angi hvor mange personer som har bidratt, men vurderer at det maksimalt er 125 kvinner som har sendt inn bidrag som ble benyttet i analysen.

## Analyse

### *Analyse av kvalitative data*

Kvalitative metoder innebærer systematisk innsamling, organisering og fortolkning av tekst avledet fra samtale eller observasjon (107). Kvalitativ forskning bygger på en sosialkonstruksjonistisk epistemologi, der man anser kunnskap som delvis, midlertidig og avhengig av forskerens plassering i verden, teori og fagdisiplin (93). Styrken i kvalitativ forskning er å utvikle kunnskap om enkeltdeler innenfor en helhet, hvordan fenomenet oppleves for individet i sin situasjon og aspekter og karakteristikk som kan gi forskeren og allmennheten eller fagområdet en ny eller dypere forståelse av individenes livsverden vedrørende det studerte fenomenet (93).

Det finns flere ulike prosedyrer for analyse av kvalitative data. Ifølge Malterud innebærer de fleste kvalitative analyseprosedyrer fire trinn: Dekontekstualisering, koding, syntese og rekontekstualisering. Alle trinnene innebærer reduksjon og en iterativ prosess. Vi har benyttet prosedyren *systematisk tekstkondensering* i alle delprosjekter. Systematisk tekstkondensering er inspirert av Giorgis fenomenologiske analyse (108) og videreutviklet av Malterud (93, 107, 109). Prosedyren forankret i fenomenologisk vitenskapsteori. Malterud begrunner den fenomenologiske inspirasjonen for eksempel ved at man anser individers erfaringer i sin livsverden som gyldig kunnskap, at man ser etter essensen ved fenomenene og at man setter til side egen forforståelse i deler av analysen. Vitenskapelige regler som intersubjektivitet, at leseren skal forstå og dele funnene, gjennomsiktighet, at leseren

skal bli informert om hva som er gjort i design og analyse, og refleksivitet, at leseren kan se hvor forskeren har gjort veivalg og hvordan det har påvirket konklusjonen som kom ut fra data, fastholdes (93). Systematisk tekstkondensering er velegnet for beskrivende, tverrgående analyse der tidsdimensjonen ikke spiller en vesentlig rolle (93). Prosedyren er induktiv ved at analysen i hovedsak baseres på empiriske data. Analysene fulgte ”editing organizing style” (98), som innebærer en veksling mellom empiriske data og teoretiske perspektiver, med hovedvekt på det som data kan fortelle om problemstillingen. Analysene i alle tre delprosjekter ble utført av KM og meg i samarbeid.

I delprosjekt I ble fokusgruppeintervjuet avsluttet først da deltakerne ikke hadde mer å fortelle om. I etterkant, i første analysetrinn, vurderte vi materialet til å være tilstrekkelig for å gi svar på forskningsspørsmålet. I delprosjektene II og III ble analysen påbegynt før datainnsamlingen var avsluttet. Hjemmesiden på internett med tilgang til spørreskjemaet ble opprettholdt helt til det sluttet å komme inn bidrag, i tråd med rekruttering av bekvemmelighetsutvalg (97). Imidlertid hadde vi da høstet et tilstrekkelig rikt materiale til å kunne gjennomføre en analyse som ledet fram til resultater som kunne belyse problemstillingen.

### ***Analyseloggen***

I hele analyseprosessen skrev jeg feltnotat eller refleksjonsnotat, som vi senere gikk over til å kalle *analyselogg*. Larun har skrevet om bruk av analyselogg i kvalitative studier (110). Hun brukte analyseloggen hovedsakelig til å følge og dokumentere selve analyseprosessen. Jeg har i tillegg brukt analyseloggen til refleksjoner, som huskelapper og til kommunikasjon med veileder. Nedtegnelsene ble et middel til å drøfte med meg selv der jeg stilte spørsmål til som jeg forsøkte å besvare etter hvert. Tegninger, flytskjema, navn på regneark med demografiske variable, utdrag fra andres artikler og lignende ble også lagt inn.

Analyseloggen ble jevnlig sendt over til veileder slik at hun kunne svare på spørsmål og kommentere prosessen. I delprosjektene I og II var det ikke en samlet logg, men ulike notater som fikk navn etter hva de handlet om. Ett notat kunne for eksempel



hete ”fokusgruppen og prosessen”, et annet het ”min forforståelse”. Jeg lagret notatene i mapper kalt for eksempel ”metodediskusjon”.

I delprosjekt III fikk notatene form som en fortløpende analyselogg, som startet med trinn 1 i analysen. Loggen ble til slutt 87 sider lang. Fordeler med en fortløpende logg var at den var kronologisk, at jeg hadde alt lagret på ett sted og at den var søkbar for ord, datoer og lignende. Ulempen var at den ble mindre oversiktlig, og det ble ikke så lett i ettertid å følge tråden gjennom analysetrinnene.

### ***Kvalitativ analyse med systematisk tekstkondensering***

Systematisk tekstkondensering innebærer analyse i fire hovedtrinn (93): 1) Helhetsinntrykk – fra villnis til temaer, 2) Meningsbærende enheter – fra temaer til koder, 3) Kondensering – fra kode til mening, 4) Sammenfatning – fra kondensering til beskrivelser og begreper. Nedenfor presenterer jeg hvordan dette i praksis ble gjennomført i mine tre delprosjekter, eksemplifisert fra delprosjektene II og III.

#### *1. Helhetsinntrykk – fra villnis til temaer*

Analysearbeidet starter med å lese gjennom hele materialet uten å systematisere underveis. Mens man leser, skal man så godt det lar seg gjøre legge bort det man forventer å finne. Det kalles gjerne ”å sette sin egen forforståelse i parentes”.

*Forforståelse* er de erfaringer, hypoteser, faglige perspektiv og teoretiske funderinger man har med seg når man starter et forskningsprosjekt (93). Forforståelse er viktig for både igangsettelse og design av et prosjekt, men når data er innsamlet er det viktig å se hva deltakerne forteller om fenomenet uten å lete etter bekreftelser på egne antakelser. Derfor hadde vi forut for gjennomlesningen hver for oss skrevet ned hva vi forventet å finne i materialet. Dette brukte vi senere til å drøfte hvorvidt våre funn sprang ut fra forforståelsen eller om de var generert fra data. Imidlertid er fortolkning en del av analysearbeidet, og denne vekslingen mellom empiri og forforståelse kjennetegner ”the editing organizing style” (98).

Under denne samlede gjennomlesningen av materialet identifiserte hver av oss 4-8 foreløpige tema som vi oppfattet som relevante svar på studiens problemstillinger (se tabell 2).

## Tabell 2

### Eksempel fra delprosjekt II – foreløpige temaer

Mine foreløpige temaer:	KMs foreløpige temaer:
Relevans	Hvorfor si det?
Ansvaret for å bringe det opp	Hvordan si det?
Betydningen av å si det	Hva så?
Å bli sett	Positivt/negativt/likegyldig
Differensialdiagnose – forklaring på plagene	Effekt på helseproblem / identitet
Om å si det	
Respons	

Deretter drøftet vi disse foreløpige temaene, også opp mot hva vi våre opptegnelser av forforståelse viste at vi hadde forventet å finne, og sammenfattet det til følgende temaer som vi brukte som utgangspunkt for videre analyse (se tabell 3):

## Tabell 3

### Eksempel fra delprosjekt II – forslag til koder

Felles temaer etter forhandlinger (forslag til koder)
Relevans
Å si det – å gjøre det
Konsekvens – å bli sett, medisinsk

Eksempel fra delprosjekt III viser hvordan vi satte forhandlingene ut fra de foreløpige temaene om kvinnes mestringsstrategier direkte opp på en mer visuell måte (tabell 4). Den midtre kolonnen er felles tema vi drøftet oss fram til:

**Tabell 4**

**Eksempel fra delprosjekt III – forslag til koder**

<b>MB (foreløpige temaer)</b>	<b>FELLES (forslag til koder)</b>	<b>KM (foreløpige temaer)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Åpenhet (formidling, forberede seg, normalisere seg/ effekten av åpenhet: bedre for en selv, hjelper andre i nærmiljøet)</li> <li>• Legge ansvaret på motparten</li> <li>• Har aldri hatt problem, liker ikke båssetting</li> <li>• Stå i situasjonen (vet at man har rett – lesbisk er bra/ fortsetter kontakten selv om den er dårlig)</li> <li>• Psykologhjelp</li> <li>• Kristendom</li> <li>• Taklet det ikke</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taus indre selvbekreftelse - Tilstrekkelig å kjenne seg ok – han er dum – aldri hatt problem</li> <li>• Komme ut – (presentasjon – normalisering, liker ikke båssetting Jeg ble så sinna og sa det)</li> <li>• Langsiktige kameler – utholdenhet i manglende anerkjennelse</li> <li>• Søke støtte – profesjonell el annen</li> </ul>	<p>INDRE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jeg er OK</li> <li>• Psykolog</li> <li>• Det er hans problem</li> </ul> <p>YTRE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Overtydlig</li> <li>• Forklare</li> <li>• Bare være</li> <li>• Sinna</li> <li>• Vedvarende</li> </ul>

*2. Meningsbærende enheter – fra temaer til koder*

Dette analysetrinnet innebærer at man gjennomgår teksten systematisk setning for setning for å identifisere *meningsbærende enheter* som er relevante for problemstillingen. En meningsbærende enhet er en tekstbit som uttrykker kunnskap om det vi skal undersøke, datamaterialets minstenhet (93). Vi frasorterer og legger bort irrelevant tekst. Irrelevant tekst kan være for eksempel en enkeltstående setning

som ”bare ser meg omkring”, eller en lang historie om mislykket behandling av en kneskade der lesbisk orientering ikke engang ble omtalt. I vårt materiale består all tekst av utskrifter fra uttalelser fra deltakerne, materialet inneholder for eksempel ingen beskrivelser av observasjoner eller nonverbal kommunikasjon. Nå *koder* eller klassifiserer vi hver meningsbærende enhet og samler de enhetene som har sammenheng med et foreløpig tema i en gruppe – en *kodegruppe*. Denne prosessen innebærer en *dekontekstualisering*, som betyr at teksten blir delt opp i biter - meningsbærende enheter - som midlertidig blir tatt ut av sin opprinnelige sammenheng for å leses sammen med andre tekstbiter. Vi brukte ulike praktiske framgangsmåter for koding:

Fokusgruppeintervjuet i delprosjekt I ble skrevet ut i sin helhet på papir, og vi satt hver for oss og klippet ut meningsbærende enheter og sorterte dem i grupper slik vi mente de hørte sammen eller representerte det samme.

Det empiriske materialet i delprosjekt II inneholdt såpass mange historier (N = 128) at vi valgte å bruke dataprogrammet NVivo 7 for digital organisering og koding av data i analyseprosessen, men prosessen var i prinsippet det samme.

Imidlertid syntes vi ikke dataprogrammet lettet prosessen vesentlig, så i delprosjekt III, som også hadde færre historier (N = 64), gikk vi tilbake til manuell koding med papir og saks.

Da begge var ferdige med koding, sammenliknet vi gruppene og drøftet fram til vi var enige om hvordan hver meningsbærende enhet skulle kodes. Dette var en morsom prosess med flytting av papirbiter fram og tilbake og justering av hva vi forsto med de ulike kodegruppene.

Eksempel fra delprosjekt I:

Denne meningsbærende enheten ble kodet under kodegruppen *relevans*:

”... skal jeg informere nå eller skal jeg bare hoppe over det fordi det ikke er relevant? Slippe den der... liksom, fokus flytter seg litt fra magen, armen og sånn.”

Denne enheten ble kodet under kodegruppen *å si det*:

*”Man møter ofte at det blir tatt så for gitt, at det er det motsatte kjønn. Og det tror jeg nok legestudenter kan tenke litt på.”*

Denne enheten ble kodet under kodegruppen *konsekvens*:

*”Jeg sa at jeg har flyttet sammen med en kvinne, og at barna mine synes det er veldig rart, og eksmannen min stikker litt kjepper i hjulene for samarbeidet vårt og litt sånt da. Så spurte hun meg om ting, om jeg var åpen om det, i forhold til familie og på jobben og hva jeg selv trodde om hva andre mennesker sa og litt sånn, da. Det ble ikke noe... liksom, det var bare det at jeg fikk satt litt ord på ting. Det hjalp meg jo veldig, synes jeg. Men det satt langt inne å si det egentlig.”*

Eksempler fra delprosjekt III:

Denne meningsbærende enheten ble kodet under kodegruppen *taus indre selvbekreftelse*:

*”Hadde trygghet på at jeg hadde rett. At det er naturlig og ok å elske og begjære noen av eget kjønn. Uten denne troen ville alt vært vanskelig.”*

Denne ble kodet under kodegruppen *langsiktige kameler*:

*”Jeg fortsatte å ha kontakt med familien min etter å ha blitt utskjelt og utstøtt av min mor etter å ha kommet ut som lesbisk. Vi har nå et avmålt men ok forhold.”*

I denne prosessen ble kodene og kodegruppene vurdert, drøftet og omgjort, og de fikk mer dekkende overskrifter.

### 3. Kondensering – fra kode til mening

Ved dette trinnet i analysen tok vi for oss alle meningsbærende enheter i en kodegruppe. Hver kodegruppe ble delt opp i flere *subgrupper* som på ulike måter

representerte fasetter av denne kodegruppen. Fra hver subgruppe ble innholdet sammenfattet til en kortere tekst – *kondensat* -, der vi hele tiden tilstrebet å ivareta det meningsinnholdet som hver enkelt meningsbærende enhet opprinnelig sto i. Teksten for dette kondensatet ble i samsvar med systematisk tekstkondensering formulert i jeg-person for å påminne om at det fortsatt var deltakernes stemmer som skulle høres også på dette trinnet. Kondenseringsarbeidet innebar hele tiden å gå fram og tilbake (iterativt) mellom den kondenserte teksten og de meningsbærende enhetene fra råmaterialet.

Eksempel på kondensat fra kodegruppe *relevans* og subgruppe *kjennskap til sosiale forhold* fra delprosjekt I:

*Hvis jeg får en alvorlig sykdom er det naturlig at partneren min blir med til samtale hos legen, og at vi blir anerkjent som et par. Hvis jeg falt bevisstløs om, ville det vært viktig at legen visste hvem min partner var. Det er greit om legen allerede vet om det, fordi jeg da slipper å forklare at jeg er lesbisk selv om det ikke er relevant for sykdommen, i situasjoner der det for eksempel kommer spørsmål om hvem som skal ta seg av barna når jeg er syk. Da jeg fikk epilepsi skulle legen kartlegge om jeg hadde noen hjemme hos meg, og da ble det viktigere hvorvidt jeg hadde en partner enn hvilket kjønn den eventuelle partneren hadde hatt. Jeg flyttet sammen med en kvinne etter skilsmissen fra min mann, og jeg sa til legen at barna mine syntes det var veldig rart og eksmannen vil ikke samarbeide. Da jeg gikk gjennom et samlivsbrudd og derfor trengte en sykemelding, følte jeg det var naturlig å si at jeg levde med kvinner.*

Eksempel på kondensat fra kodegruppen *åpenhet* og subgruppe *åpen til hverdags* fra delprosjekt III:

*Det er ikke alltid lett å ikke være som alle andre. Men vanskelige situasjoner blir lettere fordi jeg selv er åpen og har en naturlig og hverdagslig holdning til min legning. Jeg har alltid valgt å være åpen for å kunne takle eventuelle problemer som andre måtte ha i forhold til meg, isteden for å forholde meg til*

*rykter. For meg er det viktig å spille med åpne kort og være meg selv. Har aldri holdt det skjult. Jeg gjør ikke stort nummer ut av det. Jeg ordlegger meg slik at jeg signaliserer at dette regner jeg med er helt greit, for eksempel som en bisetning i presentasjonsrunder på jobb eller i festtaler. Jeg har erfart at åpenhet gir åpenhet i retur. Tidligere har jeg opplevd at det kan være vanskelig å være i skapet, men sier jeg at jeg er lesbisk, slipper folk å lure. Når jeg har ro i situasjonen, får jeg ikke negativ tilbakemelding. Jeg retter opp andres tolkning av min samboers kjønn når jeg synes det er viktig. Min erfaring er at de som er imot homofile og lesbiske da kun i beskjeden grad lar sine æsj-følelser slippe til. Så kan jeg hente krefter i de positive tilbakemeldingene jeg får. Bare i noen få sammenhenger holder jeg en lav profil for ikke å såre noen.*

Til slutt valgte vi et ”gullsitat”, et reelt sitat som vi mente hadde potensial til å gi leseren en dypere forståelse av innholdet i hver subgruppe.

#### *4. Sammenfatning – fra kondensering til beskrivelser og begreper*

I dette siste trinnet ble kondensatene fra hver subgruppe koblet sammen, sammenfattet og omskrevet til kategorier i en *analytisk tekst*. Den analytiske teksten ble formulert i tredjeperson slik at vi som forskere tok et synlig ansvar for å gjenfortelle deltakernes historier. Teksten ble samtidig oversatt til engelsk. Prosessen kalles *rekontekstualisering*: Innholdet i de meningsbærende enhetene gjenfortelles på en måte som skal bidra til at sammenfatningen fortsatt ivaretar konteksten der de meningsbærende enhetene opprinnelig ble tatt ut fra. Vi valgte ut et sitat som på en god måte illustrerte innholdet i hver kategori. Denne analytiske teksten, med sitat som illustrasjon, representerte funnene i studien, og ble presentert under resultatdelen i artiklene.

Igjen kan vi følge prosessen i delprosjekt III:

Fjerde analysetrinn førte fram til tre kategorier som vi kalte *åpenhet, selvtillit og fordommer*. Imidlertid fortsatte analysen i skriveprosessen også etter at de fire

systematiske analysetrinnene var slutført. Det ble tydelig at selvtillit ikke egentlig var en egen kategori, men gikk igjen som en forutsetning i funnene i de to andre kategoriene. Jeg gikk tilbake til råmaterialet (de kodete meningsbærende enhetene fra teksten) for å sikre at det var forenlig med data å omgruppere slik. Hele tiden foregikk en dialog med veileder i form av en til tider intens e-post-kommunikasjon om denne utvidete analyseprosessen. Analysen førte fram til to resultat kategorier i delprosjekt III: *Disclosure and openness are means to counter anticipated prejudice* og *Maintaining dignity when prejudice appears*. Jeg gjengir dette på engelsk for at det skal være identisk med resultatpresentasjonen i artiklene, som er engelskspråklige.



## 4. RESULTATSAMMENDRAG

### Artikkel I

Bjorkman M, Malterud K.

***Being lesbian – does the doctor need to know? A qualitative study about the significance of disclosure in general practice***

Scand J Prim Health Care 2007; 25:58–62.

Hva betyr det for lesbiske kvinner at allmennlegen kjenner deres seksuelle orientering? Målsettingen med dette delprosjektet var å utforske lesbiske pasienters erfaringer med å fortelle om sin seksuelle orientering til allmennlegen; når de synes det er viktig å fortelle og når det ikke betyr noe, hvorfor de mener det er viktig og hva som kan gjøre det lettere å fortelle om sin lesbiske orientering. Seks lesbiske kvinner i alderen 28-59 år deltok i fokusgruppeintervju i 2005. Data ble analysert med systematisk tekstkondensering. I følge deltakerne var det aller viktigste ved å fortelle om sin lesbiske orientering å bli sett som den man er. Videre var det viktig å kunne kommunisere åpent om omstendigheter som for eksempel kjærlighetssorg og hvem som kan gi praktisk hjelp i hjemmet ved sykdom, og å kunne ta partneren med til konsultasjoner ved alvorlig eller kronisk sykdom. Informasjon om den lesbiske orienteringen kunne være medisinsk relevant ved problemstillinger rundt gynekologi, reproduksjon, seksuelt overførbare infeksjoner og depresjon.

Deltakerne sa at det viktigste legen kan gjøre for å legge til rette for åpenhet om seksuell orientering er å aldri ta for gitt at en pasient er heteroseksuell. Videre kan legen legge merke til om pasienten unngår å betegne sin kjæreste med kjønn – dette kan være en indikasjon på at kjæresten er av samme kjønn. Vanlige konsultasjonsteknikker som å være imøtekommende, gi øyekontakt, gi pasienten taletid, vise vennlighet og gi inntrykk av tilstrekkelig tid ble også ansett som viktig for å kunne åpne seg. Deltakerne bemerket det betydningsfulle i å oppleve en positiv tilbakemelding fra legen på informasjonen om at pasienten var lesbisk.

## Artikkel II

Bjorkman M, Malterud K.

### ***Lesbian women's experiences with health care: A qualitative study***

Scand J Prim Health Care 2009;27(4):238-43.

Hva slags erfaringer knyttet til seksuell orientering har norske lesbiske kvinner i møtet med helsevesenet? Målsettingen med dette delprosjektet var å lære av lesbiske kvinners erfaringer for å bidra til bedre kvalitet på helsetjenester for lesbiske. 128 skriftlige historier fra selvdefinerte lesbiske kvinner i alderen 18-60 år om møter med helsearbeidere ble innsamlet via en egen hjemmeside på internett i 2007. Data ble analysert med systematisk tekstkondensering. Vi fant tre ulike sider ved møtet med helsearbeidere som deltakerne anså som sentrale. Mange opplevde en manglende oppmerksomhet om at pasienter kan være noe annet enn heteroseksuelle. Det medførte unødvendige prosedyrer og situasjoner der kommunikasjon om den lesbiske orienteringen ble vanskelig for pasienten. Andre deltakere satte stor pris på at de hadde opplevd en lett og ledig tone i konsultasjonene. Helsearbeidernes holdning til det å være lesbisk var svært betydningsfull. En del informanter hadde opplevd at legen ble ukomfortabel, nedlatende eller hardhendt når de fortalte om sin lesbiske orientering. Noen leger fokuserte uproporsjonalt mye på den lesbiske orienteringen, enten ved sjenerende nysgjerrighet eller ved at det lesbiske ble ansett som årsak til alle plager pasienten presenterte. Noen psykoterapeuter ”behandlet” den lesbiske orienteringen istedenfor det psykiske problemet, andre avsluttet behandlingen brått da de fikk vite om det. Det var også positive historier der helsearbeideren ga støtte i komme-ut-prosessen, hjalp pasienten med å akseptere sin lesbiske orientering, trøstet ved tap av partner eller styrket pasienten når det var tøft å være åpen i lokalsamfunnet. *Medisinsk kunnskap* dreide seg hovedsakelig om gynekologiske problemstillinger. Noen leger feilinformerte om at lesbiske kvinner ikke trenger celleprøve fra livmorhalsen, andre manglet i følge deltakerne kunnskap om seksuelt overførbare sykdommer hos lesbiske kvinner.

## Artikkel III

Bjorkman M, Malterud K.

*Lesbian women coping with challenges of minority stress. A qualitative study*

Scand J Public Health 2012;40(3):239-44.

Hva slags strategier bruker lesbiske kvinner for å mestre utfordringer de møter i hverdagen som følge av sin seksuelle orientering? Målsettingen med dette delprosjektet var å utforske lesbiske kvinners strategier for å mestre minoritetsstress knyttet til sin seksuelle orientering, for å lære mer om hvordan allmennleger kan være med på å fremme helse ved å styrke pasienters egne ressurser. 64 skriftlige historier fra lesbiske kvinner i alderen 18-59 år om å takle vanskelige hendelser på gode måter ble innsamlet via en egen hjemmeside på internett i 2007. Data ble analysert med systematisk tekstkondensering. Vi fant at det å være åpen om den lesbiske orienteringen, samt hvordan man fortalte at man var lesbisk, representerte både utfordringer og mestringsstrategier for å sikre en positiv holdning fra omgivelsene. Mange deltakere var alltid åpne om sin orientering, en del fortalte om det ved spesielle anledninger. Uansett var det viktig å kommunisere informasjonen på en hverdagslig måte som både formidlet og forventet en positiv innstilling til det å være lesbisk. Få hadde fått negative tilbakemeldinger. Fordommer ble håndtert ved å ta igjen og kreve sin rett eller argumentere tilbake umiddelbart i situasjonen eller etter lengre tids overveielser, eller ved å avreagere inni seg ved å tenke på hva man burde ha svart eller gjort i situasjonen, eventuelt søke støtte hos familie og venner etterpå. Ved fordommer innen nær familie måtte den lesbiske kvinnen leve med fordommene for å opprettholde kontakten med familien og gjorde da forskjellige justeringer for å komme familien delvis i møte. Det viktigste funnet var at en sterk tro på at det å være lesbisk er naturlig, godt og likeverdig med det å være heteroseksuell - "lesbisk selvtillit" - er en mestringsstrategi i seg selv og en forutsetning for andre strategier. Lesbisk selvtillit gjorde deltakerne mindre avhengige av aksept fra andre for å ha det bra, det var viktig for å mestre fordommer i fjerne og nære relasjoner og en forutsetning for å mestre åpenhet på en god måte.



## 5. DISKUSJON

### Metodologiske og etiske vurderinger

Forskningsbasert kunnskap skal utvikles og systematiseres i samsvar med grunnleggende krav. Resultatene skal kunne vurderes av andre på grunnlag av observasjoner eller resonnementer (93). I dette avsnittet vil jeg kritisk reflektere over hvorledes forforståelse, forskningsdesign og praktiske forhold kan ha påvirket resultatene og den kunnskapen jeg etterspør i målsetningen.

#### *Intern validitet*

Her vil jeg drøfte om metodene vi har brukt er egnet til å frembringe svar på de spørsmål vi har stilt, altså intern validitet.

I delprosjekt I valgte vi å gjøre et *fokusgruppeintervju*, en forskningsmetode der en samler inn data som fremkommer ved interaksjon mellom deltakerne om et emne som er bestemt av forskeren (111). En deltakers fortelling kan minne en annen deltaker på situasjoner hun har opplevd og man får på denne måten flere historier om faktiske hendelser, eller deltakeren utfordres av de andre til å klargjøre og argumentere for sitt syn. For oss var gruppeprosessen viktigst når det gjaldt å assosiere til egne opplevelser, få aksept for å snakke om ting som kan ha vært tabu, fordi det kan være lettere å snakke om opplevelser hos legen i en gruppe av ”likemenn” framfor å sitte ansikt til ansikt med en ”outsider” (forskeren). Vi valgte å gi prioritet til det å få høre flere konkrete historier rundt det å fortelle om sin lesbiske orientering til allmennlegen, med ulike møter som kunne beskrives relativt kortfattet, framfor å gå i dybden. Individualintervju er bedre egnet for lengre historier, biografiske narrativer med et forløp over tid, eller hvis det for eksempel er emosjonelle forhold som skal utdypes og beskrives på en grundig måte (94). Imidlertid kan gruppeprosessen også representere en svakhet ved fokusgruppemetoden (111). Det kan utvikle seg en norm i den enkelte fokusgruppen som medfører at individer som har en annen mening ikke tør si det de mener. En vanlig innvending i forhold til fokusgrupper er at dette

designet representerer en tendens til konformitet (deltakerne vil ikke fortelle om private ting de kanskje ville ha fortalt om i individualintervju) og polarisering (deltakerne vil uttrykke seg på en mer ekstrem måte) innad i gruppa (111).

Fokusgruppeintervjuet i delprosjekt I bar ikke preg av polarisering, men det var spor av konformitet da deltakerne ikke ville diskutere videre spørsmålet om mulig skam ved å være lesbisk. At det er best å være åpen var kanskje en gruppenorm, men dette lå implisitt i forskningsspørsmålet og kan ha medført en selvseleksjon av deltakere med denne oppfatningen. Vår fokusgruppe var homogen med hensyn på en del demografiske parametre. Homogenitet fremmer en frittflytende samtale mellom deltakerne, mens en gruppe sammensatt av svært ulike deltakere kan hemmes av at man tar hensyn og legger bånd på seg i diskusjonen (111). Moderator sikret at alle deltakere uttalte seg. Gruppens størrelse var også innenfor de fleste anbefalinger på 6-10 deltakere (95-96, 111).

En mulig svakhet ved delprosjekt I er at vi har gjennomført kun ett fokusgruppeintervju. Flere grupper, fortrinnsvis med kvinner som var ulike fra dem vi har intervjuet (111), kunne ha styrket variabiliteten i funnene. Grunnen til at det ble kun ett intervju i delprosjekt I var vansker med rekruttering. Vi fikk ikke tak i flere deltakere gjennom de metodene vi benyttet for å rekruttere. Vi kunne ha rekruttert på en enda mer aktiv måte i etterkant av fokusgruppeintervjuet. Imidlertid syntes vi ved gjennomgang av data at vi allerede hadde fått svært interessant kunnskap med bred gyldighet (94). Vi hadde fått vite noe vi ikke visste fra før, og kunnskapen hadde høy klinisk relevans. Etter å ha undervist om temaet og holdt foredrag om delprosjekt I mener jeg at deltakernes rapporter om *at* det var viktig og *hvorfor* det var viktig å fortelle til legen om sin lesbiske orientering er nyttige og originale funn. I artikkel I argumenterte jeg med at disse kvinnene representerte et "best case scenario" i betydningen at dersom disse antatt ressurssterke kvinnene syntes det var vanskelig å fortelle om sin orientering til allmennlegen, ville også mindre selvsikre kvinner synes det samme. At det kan oppleves vanskelig å komme ut til legen er kjent fra tidligere forskning (72-73, 112), men den er utført i andre land. Delprosjekt I gir kunnskap om norske forhold. I ettertid kan vi se at noen av funnene bekreftes i delprosjekt II, for

eksempel at informasjon om en lesbisk orientering kan ha medisinsk relevans og at legens antatte holdning betyr mye for hvorvidt kvinnen kommer ut til legen.

*Internettbasert innsamling av empiriske data* i delprosjekt II og III har flere likheter med fokusgruppeintervju. Vi gikk ikke i dybden og vi fikk ikke opplysninger om tidsforløp, men vi fikk mange kortere historier om konkrete hendelser. Vi mistet interaksjonseffekten, verken andre deltakere eller forskerteamet påvirket det deltakeren fortalte ut over invitasjonens kontekstuelle føringer på websiden. Vi kunne ikke komme med spørsmål for å forfølge interessante spor eller oppklare uklarheter, også kalt dialogisk validering (93). Våre empiriske data fra disse to delprosjektene ga heller ingen indikasjoner på nonverbal kommunikasjon som vi ellers kunne observert i en intervjustudie. Sammenliknet med et fokusgruppeintervju kan man tenke seg at historiene ble mer intime ved at deltakeren hadde ro, anonymitet og trygghet da hun satt hjemme og skrev. Hun kunne tenke, endre, skrive mer eller gå tilbake i teksten før hun sendte bidraget av gårde. Internettdesignet favoriserte deltakere som var relativt komfortable med å skrive, men historienes svært varierende lengde reflekterer muligens at deltakerne likevel hadde varierende trening i å uttrykke seg skriftlig - enkelte bidrag besto av kun en setning eller to. Internett brukes på ulike måter i forskjellige forskningsdesign, men jeg har sett svært få andre forskningsartikler beskrive innhenting av kvalitative data med design som likner vårt (113). Noen forskere analyserer innholdet i blogger eller internettbaserte diskusjonsfora (114) der innholdet har blitt postet uavhengig av forskning. Man kan også se på effekten av internettbaserte tiltak, for eksempel med intervjuer via diskusjonsfora opprettet for anledningen (skriftlig dialog i sanntid eller asynkront) (115). Det er atskillig flere prosjekter med kvantitativt design som innhenter data via internett. Det er utviklet en sjekkliste for internettbaserte spørreundersøkelser, og vårt prosjekt oppfyller de fleste relevante krav her (116). Ut fra datamaterialet i delprosjekt II og III vurderer jeg metoden som gunstig. Den har gitt oss mange historier fra lesbiske deltakere med god demografisk bredde. Det er vanskelig å forestille seg en annen metode som ville ha gitt et like rikt materiale i Norge i dag.

Hjemmesiden ble stengt da det ikke hadde kommet nye bidrag på en stund, i tråd med rekruttering av bekvemmelighetsutvalg (97). Det er ikke alltid åpenbart når et datamateriale oppnår *metning*, altså når nye data ikke lenger tilfører ny innsikt om forskningsspørsmålet (117). Analysen og resultatene våre gir imidlertid argumenter for at de innsamlede data var tilstrekkelige for å belyse problemstillingen (118). Våre ambisjoner var ikke å få en uttømmende liste med beskrivelser av alle mulig tenkelige situasjoner. Malterud hevder at metningsbegrepet innebærer en oppfatning av at det foreligger en endelig og overskuelig mengde fakta om en problemstilling, mens den sosialkonstruksjonistiske postmoderne vitenskapsteorien som kvalitative metoder hviler på bestrider dette. Her sees kunnskap som delvis, midlertidig og avhengig av forskerens perspektiv. Det viktige er å innhente nok data til å få belyst problemstillingen (93).

En alternativ metode for innsamling av kvalitative data er observasjonsstudier. Det ville være umulig å få til i praksis - hvordan skulle vi kunne identifisere og overvære en legekonsultasjon eller vanskelig hendelse der pasienten var lesbisk og det hadde en betydning? Et annet metodepoeng er at vi i så fall ikke ville fått tilgang til deltakernes oppfatninger og tanker om det som skjedde – altså vårt viktigste fokus i dette prosjektet -, verken før, under eller etter legetimen eller den vanskelige hendelsen, ut fra observasjonsdata. I så fall måtte vi likevel i tillegg ha intervjuet aktørene.

Internettdesignet ga oss mange korte historier som belyste ulike sider av våre forskningstema. I dette designet har vi ikke tatt sikte på å innhente narrative data med handlinger som strakk seg over lengre tid, men prioritert øyeblikksbilder og kasuistikker samt deltakernes tanker og refleksjoner om dette. I denne typen data finner vi sjelden detaljer og dybde fra hver deltaker, men vi har fått variert informasjon om samme type hendelser fra flere individer. De fleste deltakerne fortalte om hva som skjedde i den enkelte situasjonen, noen fortalte også om hvordan det gikk neste gang i lys av det som skjedde første gang. Historiene omhandler erfaringer fra møter med legen, sykepleieren, vennen, naboen eller moren. En del deltakere fortalte om hvilke konsekvenser det hadde for videre bruk av helsevesenet eller forholdene i familien. Kvalitative forskningsmetoder anerkjenner at det finnes flere



gyldige versjoner av kunnskap (93). Vårt mål har ikke vært å kartlegge ulike sider eller fremstillinger av en og samme situasjon, og vi har heller ikke intervjuet behandlere, venner, familie og andre om deres versjon av det enkelte møtet. Vårt fokus har hele tiden vært å belyse situasjonen med utgangspunkt i lesbiske kvinners erfaringer.

Vi benyttet systematisk tekstkondensering for å analysere data. Grounded theory er også velegnet for tverrgående analyse, men målsettingen er å utvikle begrep fremfor beskrivelser, og datainnsamlingen skal være trinnvis etter analyse av foreliggende data (119). Vårt mål var deskriptive data, og rekrutteringsvanskene talte imot en trinnvis inklusjon av deltakere. Narrativ analyse (120) og diskursanalyse (121) er longitudinelle metoder som fokuserer på det som skjer over tid, og heller ikke egnet for analyse av vårt materiale i forhold til problemstillingene.

### ***Ekstern validitet***

Her vil jeg drøfte ”til hvilke sammenhenger våre funn kan gjøres gjeldende ut over den kontekst der vi har kartlagt dem”, altså ekstern validitet eller overførbarhet (93, 107). For å vurdere overførbarhet av funnene til andre lesbiske kvinner i Norge, lesbiske i andre land, andre stigmatiserte grupper og andre typer situasjoner enn de som studien omfattet, må vi se nærmere utvalgene som har bidratt med empiriske data i våre tre delprosjekter og hva slags situasjoner deltakerne har beskrevet.

I dette prosjektet har vi inkludert kvinner med selvdefinert lesbisk identitet. Fordi gruppen ”lesbiske kvinner” defineres på mange måter, og fordi og man ikke kjenner karakteristika for denne populasjonen som helhet (31), kan vi ikke vurdere på hvilken måte våre deltakere er like eller skiller seg fra ”alle” *lesbiske kvinner i Norge*.

Demografiske data fra deltakere i kvantitative studier kan bidra med perspektiver. I mange studier – riktignok basert på bekvemmelighetsutvalg - er lesbiske kvinner yngre, høyere utdannet, har bedre betalte jobber og flere bor i store byer sammenliknet med heterofile kvinner (122-123). Noen representative studier viser samme trend (30, 32), andre viser ingen slik forskjell fra heterofile kvinner (6, 8, 17). Den svenske (6) og den danske (35) levekårsstudien hadde både et representativt

utvalg og et bekvemmelighetsutvalg, og det var klare forskjeller mellom de to typene utvalg.

I en kvalitativ studie vil vi imidlertid ikke legge opp til representative utvalg, men tilstreber som regel et strategisk utvalg (93). Malterud skriver at et strategisk utvalg er sammensatt ut fra den målsetning at materialet har potensial til å belyse den problemstillingen vi vil ta opp. Patton kaller dette for ”purposive sampling” og inkluderer en rekke strategier for ulike problemstillinger (98). Utvalget, og dermed rekrutteringsprosessen, må passe til forskningsspørsmålet, understreker Patton. Ettersom vi ønsket å styrke den eksterne validiteten, var variasjonsbredde innen utvalget viktig, særlig i internettstudiene. Vi tilstrebet å få med ulike typer lesbiske kvinner som hadde ulike typer erfaringer. I alle tre delprosjekter (I + II + III) benyttet vi bekvemmelighetsutvalg.

I delprosjektene II og III foretok vi noen valg som hadde til hensikt å styrke variasjonsbredden i utvalget og kompensere for at vi ikke kunne etablere et strategisk utvalg: Rekruttering og innhenting av data over internett medførte at lesbiske over hele Norge kunne delta, både fra by og bygd. Vi brukte både homospesifikke arenaer og generelle arenaer for å vekke interesse for deltakelse. Hvilke kvinner kan ha blitt eksponert for invitasjonen? I mai – august 2007, da vi leide annonseplass, hadde *Gaysir* 45.000 unike brukere per uke (124). Kjønnfordeling kvinner/menn var 30/70 og gjennomsnittsalderen 30 år blant de 30.000 medlemmene (personlig meddelelse fra daglig leder ved Gaysir AS 23.02.12). I 2011 leser vi at 38 % av medlemmene på Gaysir har høyskole eller høyere utdanning, over 50 % har årslønn over 400.000 og 40 % bor i Oslo/Akershus (125). *LLH* hadde 2305 registrerte medlemmer i 2007. I 2011 var ca 1700 av medlemmene registrert i fylkeslagene i og rundt de fire største byene. *Aftenpostens morgenutgave*, der studien ble omtalt på forsiden, hadde i 2007 723.000 lesere (126). I 2011 sier Aftenposten dette om leserne: 49 % er kvinner, 58 % er bosatt i Oslo og Akershus og 56 % er i alderen 40-70 år. I 2010 og 2011 lyttet 3 av 4 nordmenn til *radio* en gjennomsnittsdag. Lytterandelen har heller sunket enn steget sammenliknet med 2007. NRK P1, der jeg ble intervjuet, har klart den største markedsandelen, over 50 %. Andelen som lytter til radio stiger med alderen,

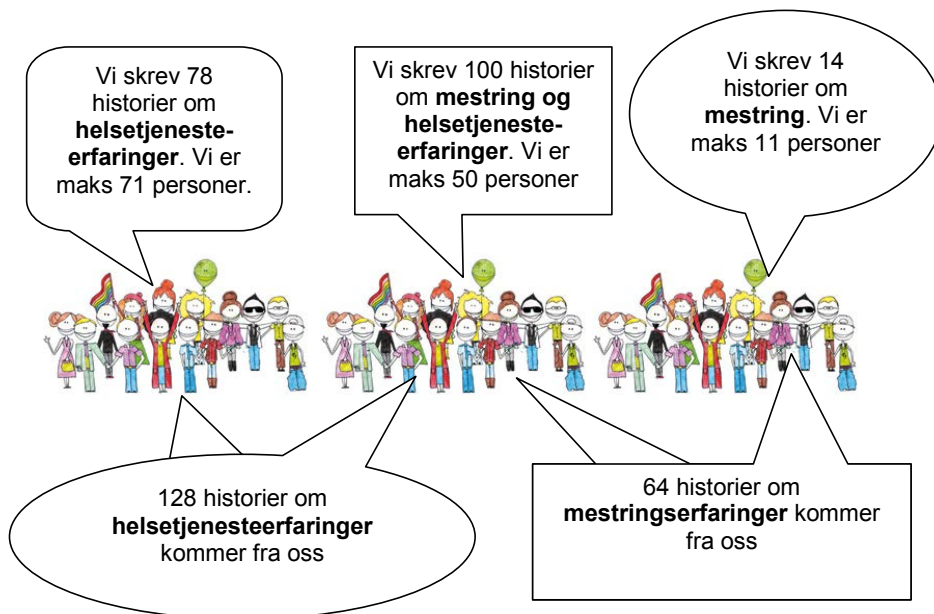
med spesielt mange lyttere over 60 år (127). Den internettbaserte datainnsamlingen medførte også høy grad av anonymitet, og vi dessuten tatt ekstra hensyn til anonymitet ved å lage brede demografiske kategorier samt sørge for automatisk sletting av deltakernes IP-adresser. Ved slik å sikre anonymitet er det mulig at vi har fått med flere deltakere som ikke er åpne om sin orientering enn vi ellers ville fått. Graden av åpenhet hos deltakerne spurte vi ikke om, men en del av historiene inneholder informasjon som tyder på at deltakerne var ulike også med hensyn til dette. SSBs statistikk viste at bruken av internett i hjemmet allerede i 2007, da data ble innsamlet, var høy; drøyt 70 % av norske hjem hadde bredbånd (128), slik at de hadde enkel tilgang til både å bli eksponert for invitasjon og delta i vår studie. Likevel kan det internettbaserte designet ha redusert deltakelsen blant eldre kvinner. I aldersgruppene opp til 55 år var det 80-90 %, mens blant de over 65 år var det kun 25 %, som brukte internett daglig eller ukentlig i 2007 (129). Likevel har vi fått svar fra en betydelig andel kvinner over 50 år. Til sammenlikning kan nevnes at den svenske levekårsundersøkelsen fra 2005, der et representativt utvalg av befolkningen i alderen 16-84 år ble spurt, valgte å legge bort svar fra deltakere over 65 år fordi det var så få som oppga en ikke-heteroseksuell orientering (6). I den norske levekårsundersøkelsen sier forfatterne at ” Blant personer 67 år og over er det svært få som har plassert seg i noen av disse kategoriene.” (8).

Vi inkluderte 182 svar i analysen. Mange deltakere svarte på spørsmål for delprosjekt II og III i samme svarskjema, andre skrev bare om en type erfaring. Vi har i tabellen sammenfattet demografiske data knyttet til historiene, ikke ut fra personene. Jeg illustrerer dette i figur 4 (se neste side).

Ved presentasjonen av hvert delprosjekt for seg, som i de publiserte artiklene, har vi funnet det riktig å presentere demografien for deltakere tilhørende de respektive historiene, fordi ikke alle deltakere svarte på begge forskningsspørsmål og vi ikke kunne gå ut fra at de to utvalgene var like. Når vi ser samlet på deltakerne i delprosjekt II og III blir det mindre interessant å fokusere på de små forskjeller som finns dem imellom.

## Figur 4

### Forholdet mellom historier og personer i det empiriske materialet for delstudiene II og III



[Tegningen er hentet fra boka "Gay Kids. Kule barn som også finnes" (Abstrakt Forlag, Oslo 2008) omarbeidet, og gjengitt med forlagets tillatelse. ]

I begge delprosjekt er det flere yngre, flere med høy utdanning, færre studenter og pensjonister, færre med barn og færre gifte eller samboende sammenliknet med et representativt utvalg av den generelle kvinnelige befolkning i Norge. Vi har en såpass høy andel svarskjema med manglende demografiske opplysninger at det påvirker tallene særlig for utdanning og arbeid. Imidlertid er ikke sammenlikningen med den generelle befolkningen et stort poeng; opplysningene er tatt med for å kontekstualisere utvalget, ikke for å vurdere om det er representativt. Vi ser av tabell 1 i kapittel 3 at vi har fått bidrag fra et bredt utvalg deltakere hva gjelder alle parametre vi har spurt om. I ettertid kan jeg se at de demografiske opplysningene kanskje har blitt viet for stor plass i artiklene siden informasjonen likevel bare skal

brukes til å gi leseren et inntrykk av utvalgene. En kort beskrivelse i teksten hadde muligens vært nok.

Avhandlingen skiller ikke mellom *ulike grupper av lesbiske kvinner*. For eksempel har vi ikke fått belyst kohorteffekt og interseksjonalitet, delvis fordi designet ikke var spesielt egnet til å løfte det fram og delvis fordi materialet ikke ga informasjon om disse aspektene.

Våre funn kan nok også ha gyldighet for mange *lesbiske kvinner i land som likner Norge* angående kvinners stilling i samfunnet, den generelle aksepten for lesbisk orientering og en liknende organisering av helsevesenet. Det vil være land som de øvrige nordiske land og kanskje Nord-Europa, Canada, Australia, New Zealand og deler av USA. Jo større sosiale og kulturelle ulikheter, jo mer usikkerhet må vi regne med angående overførbarheten av funnene. Studier fra USA (73, 112) og Australia (130) kommer til liknende konklusjoner angående å fortelle om sin orientering til legen (disclosure) (delprosjekt I) og møter med helsevesenet (II) mens det er svært få studier som har undersøkt og presentert positive mestringserfaringer.

Overførbarhet til andre relevante grupper er også en aktuell dimensjon av ekstern validitet. Jo større ulikhetene er, jo mer usikker blir overførbarheten. Flere studier peker på ulikheter mellom lesbiske og *bifile kvinner* (27), men funnene fra delprosjekt II om møter med helsevesenet vil kunne ha gyldighet for kvinner som ikke er eksklusivt heterofile men heller *ikke definerer seg som lesbiske*, for eksempel i situasjoner der legens spørsmålsrekke medfører at pasienten må fortelle at hun har kvinnelig seksualpartner. *Homofile menn* kan møte andre reaksjoner enn lesbiske kvinner. Flere studier peker på at homofile menn forteller om sin seksuelle orientering til legen sjeldnere enn lesbiske kvinner (35, 72). Den representative norske undersøkelsen om holdninger til lesbiske kvinner, homofile menn, bifile kvinner og menn og transpersoner fra 2008 avdekker at flere menn er negative til homofile menn enn til lesbiske kvinner (65). Det er også sannsynlig at menns mestringsstrategier skiller seg fra kvinners mestringsmåter (131). Mennesker med *annen etnisk bakgrunn* eller hudfarge er synlige som en minoritet, og de risikerer ikke

å bli ekskludert fra familien eller ansett som unormale på grunn av sin minoritetsstatus, slik lesbiske kvinner kan oppleve.

Funnene våre kan ha overførbarhet til *andre typer møter mennesker imellom*.

Formelle og maktasymmetriske møter på sosialkontor eller NAV kan ha trekk som likner på legekonsultasjonen. Uformelle møter i dagliglivet med familie, venner og kolleger der man forteller om sider ved seg selv som risikerer fordømmelse fra motparten kan likne de situasjoner våre deltakere har beskrevet, også når det ikke handler om seksuell orientering.

### ***Refleksivitet***

Med refleksivitet menes hvordan forskerens motiver, forforståelse, posisjon og perspektiver påvirker forskningsprosessen og dens resultater (93). Jeg vil her redegjøre for de aspekter ved meg selv som jeg anser har hatt størst betydning for forskningsprosessen – å være lesbisk, å være allmennlege, å ha et pasientsentrert og salutogent perspektiv.

I dette prosjektet har det hatt en betydning for forskningsspørsmål, design og rekruttering at både jeg selv og min veileder KM er lesbiske. Forut for de empiriske delprosjektene hadde vi omfattende feltkunnskap i forhold til hvilke spørsmål som kunne være relevante og hvordan de best kunne formuleres i forhold til den sosiale og kulturelle konteksten, god kjennskap til arenaer for rekruttering og personlige kontakter for å få tilgang til disse. Dermed trengtes ikke lesbiske konsulenter eller en pilotstudie for å bli kjent med feltet. Ved å framstå som lesbiske forskere kunne deltakerne lettere få tillit til at vi oppfatter og fremstiller det lesbiske på en positiv måte og ikke som et avvik. På denne måten kan vår posisjon bidra til ærlighet og åpenhet. Dette utgangspunktet har sannsynligvis også vært en styrke i forhold til å kunne forfølge tema i intervjuet og utforske subtile tråder i det informantene sa ved å spørre mer om det vi oppfattet som relevant (96).

På den annen side kan det å være lesbisk selv representere feltblindhet - at vi ikke ser aspekter fordi det er hverdagslig for oss - kanskje tar vi negative ting for gitt eller ser

dem som positive fordi det gjelder oss selv også. Kanskje tror vi at vi forstår hva deltakerne mener med visse utsagn uten å sikre oss hva de egentlig betyr. Selv om man har det til felles at man er lesbisk, kan man være forskjellige på mange måter. Det finnes mange måter å leve lesbisk på og å forholde seg til betydningen av sin seksuelle orientering. Vår forforståelse gir også en risiko for at vi kan projisere egne følelser inn i deltakernes utsagn (132).

Imidlertid informerte vi ikke eksplisitt på noe stadium om seksuell orientering innen forskerteamet. Dermed kan vi både ha gått glipp av fordeler med å være lesbisk, særlig hva gjelder rekruttering og tillit i intervjusituasjonen, eller vi kan ha motvirket ulemper som at deltakerne forteller det de tror vi vil høre eller de tror er homopolitisk korrekt (132). På den annen side har vi mange ganger fått kommentarer som indikerer at det er en vanlig antakelse at de som forsker på lesbiske er det selv. Noen deltakere kan ha kjent til KMs posisjon fra før gjennom årelang eksponering i media, andre kan ha ment at vi ser lesbiske ut på bildene. På den annen side syntes kanskje noen det hadde vært lettere å delta dersom de visste at forskerne sto lengre fra temaet.

At alle analyser er gjennomført av to forskere i samarbeid kan motvirke at tolkningene blir for personlige og snevre. Der den ene tar en ting for gitt eller ser påfallende positivt på en hendelse, kan den andre ha et motsatt standpunkt og man får diskusjon og nye perspektiv i fortolkningen. Det er en viss aldersforskjell mellom KM og meg, det kan ha betydning via kohorteffekten, altså at vi har vokst opp i ulike historiske perioder med ulike posisjoner for lesbiske kvinner og homofil orientering.

Avhandlingen er skrevet ut fra et allmennt medisinsk perspektiv. Min medisinske utdanning og erfaring er en viktig basis for min forforståelse og mine tolkningsposisjoner. Det samme gjelder for veileder KM. Jeg analyserer altså data med legebrellene på. En psykolog ville kanskje ha gått i dybden hos hver enkelt deltaker og sett henne i et langtidsperspektiv, en samfunnsplanlegger hadde kanskje fokusert på økonomiske betingelser og rammeforhold og en sosiolog hadde kanskje undersøkt konsultasjonen som et relasjonelt system ut fra den nøytrale observatørens posisjon. Jeg ser spesielt etter perspektiver som kan lære meg noe nytt om lege-

pasientforholdet, konsultasjonen, kommunikasjonen eller behandlingen av lesbiske pasienter. Jeg er en del av problemstillingen ved at jeg møter pasienter som representerer målgruppen og utgjør halvparten av møtet med legen. Et viktig mål for denne avhandlingen er å bidra til positiv endring i medisinsk praksis. Min forskning har fokus på nytteverdien for oss som fagfolk med spesiell vekt på det som skjer i den allmenntilleggs konsultasjonen.

Jeg har vært allmennlege i 18 år, og det har gitt meg innsikt i det menneskelige på en egen måte. Allmennleger får ofte et intimt og personlig forhold til enkeltmennesker. Vi ser mennesker over lang tid, med et spekter av problemstillinger hos samme person, og det skjer sjelden i annenlinjetjenesten. Erfaringsbasen har påvirket måten jeg kommuniserer på. Jo lenger jeg har vært i praksis, jo større respekt har jeg fått for at mennesker er ulike. Jeg har sett at allmennlegen kan ha stor betydning for en pasient, kanskje særlig som samtalepartner og støtte, men også at legens betydning er begrenset. Det er pasientens liv og kropp som vil være avgjørende for hvordan det går. Jeg har merket meg mestringsstrategiers innvirkning på sykdom og levd liv, og sett at det er mer effektivt å styrke pasientens gode strategier fremfor å fokusere på sykdom og problem. KM har i årevis hatt utstrakt kunnskap om og fokus på salutogenese og styrking av helsen hos marginaliserte grupper i både teori, egen forskning og egen legepraksis. For sterk betoning av det mestrende perspektivet kan medføre at man undervurderer belastninger og vanskeligheter som følger av minoritetsstress, men som jeg har redegjort for ovenfor er minoritetsstress og redusert helse godt belyst i andre forskningsprosjekter.

### ***Etiske utfordringer***

Alle tre delprosjekter er godkjent av Regional komité for medisinsk forskningsetikk Vest-Norge (nå Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk vest). Kvale skriver at etiske avgjørelser må tas gjennom hele forskningsprosessen (117). Prosjektet bør ha potensial til å bedre situasjonen for menneskene som det forskes på i tillegg til å produsere kunnskap i vitenskapelig forstand. Deltakerne må få informasjon om studiens hensikt og utforming, mulige konsekvenser for den enkelte



og de må gi sitt samtykke til deltakelse. Konfidensialitet må sikres gjennom hele prosessen, fra rekruttering og intervju til oppbevaring av informasjon og presentasjon av resultat. Kvale understreker at en eventuell transkribering av muntlig materiale skal utføres sannferdig og presist og analysen skal preges av respekt og lojalitet overfor deltakernes utsagn (117). Vi har i løpet av forskningsprosessen lagt stor vekt på å ivareta disse forholdene. Jeg vil løfte fram de punktene jeg anser som viktigste etiske utfordringer i arbeidet med denne avhandlingen.

*Konfidensialitet* er spesielt viktig for lesbiske deltakere. Jeg ønsket å inkludere også lesbiske deltakere som ikke har en høy grad åpenhet om sin seksuelle orientering. Jeg har ikke spurt etter eller målt grad av åpenhet, men utsagn av typen ”Dette er for øvrig den eneste gangen jeg har fortalt en lege om min seksuelle legning” (fra historie 63 i delprosjekt II og III) tyder på variasjonsbredde. Graden av konfidensialitet var høy – vi innhentet ikke det som Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) klassifiserer som personidentifiserbare opplysninger i delprosjekt II og III. Ved et fokusgruppeintervju, som i delprosjekt I, vil deltakeren måtte være åpen overfor forskerne og de andre deltakerne. Bare det å delta i et fokusgruppeintervju med lesbisk orientering som tema, gjør at man blir identifisert som lesbisk av moderator, sekretær og øvrige gruppedeltakere. Vi hadde her ingen sikkerhet for, men anmodet på det sterkeste om, at andre deltakere ikke fortalte videre om hverandres tilstedeværelse eller refererte andres utsagn.

Analysen har vi utført etter gjeldende standard for kvalitativ forskning og systematisk tekstkondensering (93, 107). Imidlertid har jeg, som *lesbisk selv*, et spesielt etisk ansvar for å innta metaposisjoner, særlig i analysen, for at ikke min egen forforståelse skal overdøve bidragene fra deltakerne. ”Feltblindhet og manglende refleksivitet er en opplagt risiko, der nærheten til stoffet kan bety at forskeren mister evnen til å se alternative tolkninger, negative konklusjoner eller skjeveffekter av egen posisjonering eller atferd”, skriver Malterud (93). Man må være bevisst på hvordan egne erfaringer med problemstillingen påvirker fortolkningen av deltakernes erfaringer (133). Det er både styrker og svakheter ved at en som er lesbisk selv forsker på andre lesbiske. Man kunne for eksempel tenke seg at jeg ønsket å fokusere på det positive og

styrkende ved å være lesbisk for å underbygge eller øke en positiv forståelse av meg selv. Likevel tror jeg at mine refleksjoner gjennom arbeidet som allmennlege bidrar sterkere til den salutogene vinklingen, på tvers av for eksempel seksuell orientering, etnisitet og utdanningsnivå – for meg ser det ut til at mestringsmåten har større innvirkning på hvor godt man har det enn selve sykdommen. Min lesbiske orientering har kanskje heller fått meg til å lete etter bredde, jeg blir nysgjerrig på andre lesbiske kvinners opplevelser, om de har erfaringer som skiller seg fra mine.

Jeg har også opplevd det som en etisk forpliktelse å ikke bidra til å forsterke mye av den eksisterende elendighetstenkning i forskning om lesbiske og helse. Mange faktorer, deriblant forskningsbasert kunnskap, er med på å forme den rådende kulturelle holdningen til lesbiske kvinner og deres selvforståelse. Jeg håper at avhandlingen kan bidra til å bedre situasjonen for og gi styrke til lesbiske kvinner. De publiserte artiklene blir lest av andre leger, og min forskning har gjort det mulig for meg å forelese om temaet og bidra med kunnskap og innspill til andre som jobber med helserelaterte spørsmål hos lesbiske. Avhandlingen er dermed et bidrag til en kulturell virkelighetsforståelse som er under kontinuerlig revurdering og som i mange år har løftet fram de negative sider ved å være lesbisk.

Imidlertid kan noen av konklusjonene kanskje være av tveegget natur. Ved å vektlegge mestringsstrategier hos den enkelte kan det virke som *ansvaret* for å ha et godt liv legges på individet. Det er viktig for meg å fastholde eller tydeliggjøre at det er samfunnets syn på lesbisk orientering som er problematisk, ikke de lesbiske enkeltkvinnenes håndtering. Videre kan fokuset på åpenhet og lesbisk selvtilit bidra til å konsolidere en homopolitisk konsensus der individer som hadde foretrukket å være heterofile eller ikke ønsker å komme ut i ”alle” sammenhenger kan bli marginalisert og føle skam og mislykkethet.

## Resultatdiskusjon

Analysen viser at det å være lesbisk er noe kvinnen aktivt må forholde seg til. Hun må bestemme hvorvidt hun skal opplyse andre om sin seksuelle orientering, og hun

må kanskje forklare eller forsvare det lesbiske overfor omverdenen. I neste omgang må hun ta imot og bearbeide omverdenens reaksjon eller passe på sin væremåte slik at det lesbiske ikke vises, avhengig av om hun kommer ut eller ikke. Det hele har et iterativt preg: Prosessen finner sted igjen og igjen ved at kvinnen stadig møter nye mennesker og miljøer. Også diskusjoner med familiemedlemmer om det lesbiskes berettigelse ser ut til å gjentas. Slik kunnskap er viktig for allmennlegen fordi minoritetsstress kan påvirke helsen, og fordi legen representerer en viktig side av den kulturen som den lesbiske må komme ut til og motta reaksjoner fra.

***Hun må hele tiden må forholde seg til hvordan hun vil fremstille seg selv som lesbisk***

Analysen viser hvordan lesbiske kvinner kan være svært bevisste på hvordan de forholder seg til omverdenen. Vi har utforsket hva kvinnene tenker rundt det å fortelle om sin orientering til allmennlegen, hva som skjer når de kommer ut til helsepersonell og hvorledes de bruker måten å fortelle på som et middel til å øke sjansen for en positiv reaksjon og aksept fra omverdenen. Deltakerne i våre delprosjekter beskriver hvordan de foretar en *lønnsomhetsanalyse* hver gang spørsmålet om å komme ut dukker opp: Hva er omkostningene og hva er gevinsten ved å være åpen i denne situasjonen? Analysen fra delprosjekt I forteller om hvordan deltakerne prøver å forutsi legens holdning til lesbiske kvinner før de bestemmer seg for hvorvidt de skal fortelle om sin orientering – komme ut i møte med legen. Det samme er vist i flere tidligere studier (72, 134-135). At kvinnene sjelden møtte negative reaksjoner fra allmennlegen kan bety at de var flinke til å forutsi legens reaksjon, men det kan også bety at de fleste leger ikke er negative til lesbiske. Det ser ut til å være en større andel negative reaksjoner i eldre studier (136-137) enn i nyere studier (122, 135, 138). Det har sannsynligvis sammenheng med at leger i tråd med befolkningen generelt i økende grad har et positivt syn på lesbiske kvinner (64, 66-67). I de fleste nyere studier er det kun et mindretall av deltakerne som rapporterer at de har møtt negative reaksjoner fra legen sin (134), men det er ikke entydig (139).

Det som jeg har kalt *lønnsomhetsanalyse* i denne avhandlingen beskrives av andre forfattere mer som *risikoanalyse*. De skildrer lesbiske kvinners overveielser angående risiko, mens lite sies om fordeler ved å komme ut til legen, selv om mange rapporterer at det er viktig (73). En australsk intervjustudie av 20 lesbiske barnefamilier illustrerer dette: Årvåkenheten var ytterligere skjerpet og åpenheten enda mer selektiv for å sikre at barna ikke skulle få dårligere behandling på grunn av mors lesbiske orientering (130). Resultatene fra delprosjekt I fokuserer på gevinsten ved å komme ut til legen. Å kunne være seg selv i møte med legen ble understreket som det aller viktigste for våre deltakere. En parallell finnes i en amerikansk studie av lesbiske idrettsutøvere i collegemiljø, der deltakerne oppga ”ærlighet” og ”å være ekte” som viktige motiv for å komme ut overfor lagvenninner (140). Min avhandling bidrar med ny kunnskap ved å vise hvordan deltakerne opplever at kommunikasjonen med legen kan bedres når de står fram som lesbiske, dessuten med konkrete eksempler på problemstillinger der dette kan innebære medisinsk relevant informasjon.

I delprosjekt II finner vi liknende motiver blant lesbiske kvinner for å komme ut med sin seksuelle orientering i møte med en helsearbeider: Å være seg selv, forklare kontekst, medisinsk relevans, ærlighet. Vi får også kunnskap om hva som skjer i situasjoner der deltakerne ikke hadde ikke tenkt å fortelle om sin lesbiske orientering, men ble nødt til det ut fra sykepleierens eller legens spørsmålsrekke. Det skjedde gjerne på legevakt, eksempelvis når kvinnen søkte lege på grunn av magesmerter. Dialogen kunne bli omtrent slik: ”- Er du i et forhold? - Ja. - Bruker dere prevensjon? - Nei. - Er du gravid? - Nei. - Har du tatt en graviditetstest? - Nei. - Hvordan kan du da være sikker på at du ikke er gravid?” Kvinnen følte seg da nødt til å fortelle om sin lesbiske orientering for å unngå direkte løgn. Denne måten å bli tvunget til å komme ut på kunne finne sted i situasjoner der kvinnen var ekstra sårbar som for eksempel under en gynekologisk undersøkelse. Selv om deltakerne ellers ikke hadde problemer med åpenhet, ble det beskrevet som vanskelig å måtte fortelle om sin seksuelle orientering i en slik sammenheng. Som en deltaker så treffende sa det: ”Vanligvis har man jo femten ulike snappy kommentarer til den type spørsmål, men det er ikke lett å være eplekjekk i en gynekologstol”. Imidlertid er det rapportert i tidligere studier at

åpenhet og fornøydhet hos lesbiske kvinner kan styrkes dersom legen spør om seksuell orientering (135). I delprosjekt II om lesbiske kvinners helsetjenesteerfaringer fikk vi ingen historier der legen hadde spurt direkte om seksuell orientering, men det var en rekke historier som beskrev tvungen åpenhet. Dette er en tydelig illustrasjon av heteronormativitet uttrykt som tatt-for-gitt-het, ved at helsearbeideren tok for gitt at pasienten var heterofil og fratok pasienten kontroll over og regi på det å komme ut.

Resultatene fra delprosjekt III beskriver lesbiske kvinners forhold til åpenhet omkring sin seksuelle orientering først og fremst utenfor helsevesenet. Vi spurte ikke spesifikt etter åpenhet i forskningsspørsmålet, men dette temaet ble rapportert av mange deltakere både som et utfordrende aspekt ved det å være lesbisk men også løsningen på problemene. Det kunne være lettere å fortelle om den seksuelle orienteringen og forholde seg til reaksjoner enn å holde den skjult, mente de. Ikke bare er det å fortelle om sin orientering en iterativ prosess, det å holde den skjult krever også stadige tiltak og en kontinuerlig bevissthet omkring oppførsel og språk. Hverdagslivets spørsmål om å komme ut eller ikke for lesbiske kvinner og homofile menn ble i en amerikansk studie utforsket ved hjelp av dagboknotater. Deltakerne beskrev 0-10 situasjoner der de måtte ta stilling til om de skulle fortelle om sin orientering i løpet av den 14-dagers perioden registreringen foregikk (141). Dette minner om strategien med å være åpen som en fast rutine, som våre deltakere fortalte om, men i dagboksstudien var selve måten å komme ut på ikke et tema. Deltakerne var mer fornøyde med seg selv på slutten av de dagene de hadde vært åpne når anledningen bød seg. ”*Visibility management*” ble lansert som begrep i en amerikansk intervjustudie med 20 ungdommer (142). Deltakerne beskrev hvordan de vurderte om de ville fortelle om sin seksuelle orientering, hvordan de gjorde det og til hvem, og hvordan de fulgte med på hvilken effekt informasjonen hadde i ulike miljøer. De regulerte ordvalg, klær og musikksmak for å ha kontroll over åpenhet og skjulthet. Ungdommene handlet imidlertid ut fra en vurdering av risikoen ved å komme ut, mens våre deltakere aktivt søkte å påvirke omgivelsenes reaksjoner ved hjelp av måten de kom ut på. Også i to studier om homofile, lesbiske og bifile legestudenter og leger var identitetshåndtering knyttet til risikovurdering og skadebegrensning framfor påvirkning av omverdenen

(143-144). I en nyere amerikansk studie fortalte 18 ressurssterke afroamerikanske lesbiske og bifile kvinner at de brukte både åpenhet, skjulthet, konfrontasjon og opplysning som strategier på arbeidsplassen (145). I en svensk studie fortalte lesbiske og homofile sykepleiere om hvordan de brukte åpenhet for å forebygge homonegativitet på arbeidsplassen (60), slik deltakere i våre studier også gjorde. En annen undersøkelse fra USA viste at spørsmålet om å komme ut eller ikke kunne oppfattes som stressende for lesbiske kvinner, men det å være åpen styrket ikke opplevelsen av mestring eller stressreduksjon. (49).

Deltakerne i våre delprosjekter beskrev noe vi kan kalle en *åpenhetskompetanse*, som omfatter et repertoar på hvordan man tilkjenner sin lesbiske orientering for å minimere negative tilbakemeldinger og øke sjansen for aksept. En engelsk kvalitativ studie av ungdommer rapporterte om en klar sammenheng mellom opplevd homonegativitet og selvdestruktiv atferd. Ungdommene var tydelige på at det å være åpen om sin seksuelle orientering for dem var forbundet med stolthet, mens det å skjule den var forbundet med skam. Åpenhet ble beskrevet som et middel til å avvise fordommer, uavhengig av eller kanskje på tross av internalisert homonegativitet (146).

Ser vi på våre egne funn i forhold til eksisterende forskning med støtte i Goffmans teorier om stigma som et relasjonelt fenomen (147), blir følgende hypotese aktuell: Er det slik at en norm må ”vedtas” av begge parter for å være gyldig? Er det slik at hvis den lesbiske kvinnen avviser forestillingen om at en lesbisk orientering er dårligere enn en heterofil orientering, er det vanskeligere for den heterofile å uttrykke negative holdninger? Er det slik at det å komme ut med sin seksuelle orientering med den største selvfølgelighet kommuniserer at den lesbiske avviser ”kontrakten” om heteronormativitet, slik at det blir lettere for den heterofile å være positiv?

Tidligere forskning indikerer altså at det å stå fram med sin seksuelle orientering faller sammen med bedre helse og helseatferd (større deltakelse i screeningundersøkelser) (122, 134), mindre internalisert homofobi (5), mer sosial støtte og psykologisk velvære (141), og økt personlig vekst (5, 91). Ingen av disse

studiene har imidlertid en slik design at kausalitet kan påvises, og man kan ikke si sikkert i hvilken retning sammenhengen går: Gir for eksempel det å stå fram mer sosial støtte eller er det lettere å komme ut når man allerede har mye sosial støtte? (141). Er det lettere å stå fram når det er større grad av aksept i miljøet rundt en, eller gir det å komme ut større grad av aksept slik våre deltakere berettet (5)?

Dette er funn som kan ha betydning for klinisk praksis. Det er ofte viktig for lesbiske pasienter å kunne være åpen overfor legen og det kan være svært betydningsfullt om legen kan gi pasienten en positiv åpenhetserfaring. Videre bør legen alltid huske at enhver ny pasient kan være noe annet enn heterofil, men samtidig at man ikke bør spørre etter seksuell orientering i situasjoner der pasienten er ekstra sårbar. Det beste er om legen kan legge opp til at den lesbiske pasienten har regien og bestemmer om og når hun skal komme ut.

### ***Hun må hele tiden motta og forholde seg til omverdenens reaksjoner***

Deltakerne i våre delprosjekter har beskrevet et vidt spekter fra svært negative til svært positive reaksjoner fra omverdenen på deres lesbiske orientering. De forteller om hvordan de har opplevd å bli latterliggjort, frosset ut av familien, at behandling har blitt brått avsluttet, mangel på kunnskap om helseforhold, pågående nysgjerrighet og en generell usynlighet. På den annen side forteller de også historier om hvordan de har opplevd anerkjennelse, aksept, klar støtte i vanskelige tider, korrekt medisinsk informasjon og å bli møtt og inkludert på en hverdagslig og avslappet måte. Mange studier fra helsevesenet beskriver et liknende spekter av lesbiske pasienterfaringer. En studie fra britisk svangerskapsomsorg fra 2001 demonstrerte reaksjoner som spenner fra god aksept til direkte ytringer om at lesbiske ikke burde få barn, dessuten en utbredt heteronormativitet med til dels irrelevante spørsmål (148). En studie fra USA forteller om hvordan eldre lesbiske hadde møtt både positive og negative reaksjoner, og ofte opplevd at legen ikke hadde god nok kunnskap (149). Flere studier rapporterer imidlertid at de fleste lesbiske hadde positive erfaringer med sin lege (72, 135, 150-151).

I Sverige opplevde homofile og lesbiske pasienter at sykepleiere ble redde for å ikke oppføre seg korrekt når de sto fram med sin seksuelle orientering – helsepersonellet ble usikre og dette påvirket kommunikasjonen negativt (53). Pasientenes partnere følte at de ikke ble anerkjent som ”ordentlige” partnere (53). Deltakerne i delprosjekt II fortalte imidlertid om både positive og negative erfaringer med å inkludere partneren i møte med helsevesenet. I to andre svenske artikler rapporterte lesbiske mødre fra svangerskapsomsorgen at jordmødre kunne bli flau eller vise manglende kunnskap om lesbiske slik at fokus på svangerskapsomsorgen ble skadelidende (152-153). Norske jordmødre ga uttrykk for et positivt syn på lesbiske mødre i en fersk studie, men uttrykte også ambivalens og engstelse i møte med lesbiske pasienter. (154). I delprosjekt II fortalte deltakere om opplevelser der legen hadde endret oppførsel på en ubehagelig måte når de kom ut som lesbiske. Noen leger ble plagsomt nysgjerrige, andre ble tydelig ubekvemme og usikre. Denne nysgjerrigheten har jeg ikke sett omtalt i andre studier. Deltakerne beskrev at legen hadde spurt nærgående og irrelevante spørsmål om deres erfaringer med sex med menn, sexlivet med sin kvinnelige partner og deres komme-ut-prosess eller rollefordeling i samlivet. I resultatene fra delprosjekt II har vi også eksempler på hvordan det lesbiske kan bli ignorert: Selv etter at de hadde opplyst om sin lesbiske orientering opplevde flere deltakere at legen insisterte på å ta graviditetstest, en fikk informasjon om prevensjon av utskrivende jordmor etter fødsel og en annen måtte gjennomgå opplysninger om muligheter for behandling av barnløshet og adopsjon da hun fikk konstatert endometriose (dette var flere år før lesbiske i Norge fikk adgang til behandling for barnløshet). I en engelsk studie med et stort bekvemmelighetsutvalg hadde en av ti opplevd at informasjonen om lesbisk orientering ble ignorert (139).

En rekke studier har undersøkt holdninger hos helsepersonell i forhold til lesbiske og homofile pasienter. Lesbiske og homofile risikerte å møte fordommer hos britiske psykiatere (155-156), fysioterapeuter i Puerto Rico hadde manglende kunnskap og demonstrerte toleranse fremfor respekt (157), lesbisk eller homofil orientering hos pasienten gjorde det vanskeligere for allmennleger å snakke om problem relatert til seksuell helse (158-159). Røndahl har gjort flere studier i Sverige blant sykepleiere og hjelpepleiere, og har funnet at de fleste sykepleiere og hjelpepleiere hadde en



positiv holdning til homofile og lesbiske (160), men også at et stort mindretall hadde homofobe holdninger og ville ha valgt bort å gi sykepleie til homofile pasienter hvis det var mulig (161).

Tre svenske intervjustudier med leger har belyst at heteronormativitet bidrar til å gjøre lesbiske kvinner usynlige i møtet med allmennlegen (162-163) og med gynekologen (164). En undersøkelse blant nordiske gynekologer som arbeider med barnløshet viste likevel at flertallet var positive til at lesbiske kvinner får barn med donorsæd (165). Deltakerne i våre delprosjekter pekte på hvordan heteronormativiteten gjør det lesbiske til en annerledeshet som må løftes fram og gjøres til en sak hvis den skal være synlig og bli gyldig. Det kunne være belastende i seg selv, uavhengig av legens holdning til lesbiske, sa de. ”Å være synlig lesbisk er i alle sammenhenger å ta på seg et arbeid som kan bli for slitsomt, et arbeid som ofte innebærer å være «selvlysende»” sier den norske psykologen Ohnstad. (166). Mange av våre deltakere formidlet at dette var spesielt krevende i rollen som pasient. Deltakerne i Spidsbergs undersøkelse kalte det ”å være et tema”, noen ganger ”et påfallende ikke-tema” (167).

En stor del av deltakerne i delprosjekt I og II fortalte at de ikke våget å ta for gitt at motparten var positiv. Frykten for negativ reaksjon (forventet homonegativitet) kan være uforholdsmessig sterk i forhold til hvor mye negativitet den enkelte faktisk har møtt (60). I delprosjekt I beskrev deltakerne frykt for negative reaksjoner uten at vi fikk vite detaljer om dette, sannsynligvis fordi forskningsspørsmålet var vinklet mot det positive og styrkende perspektivet. Deltakere i alle tre delprosjekt beskrev imidlertid lettelse når informasjon om det lesbiske ble tatt imot på en positiv måte, noe som kan være et indirekte uttrykk for forventet homonegativitet.

Takknemligheten over en positiv respons har også Spidsberg funnet og forundret seg over (167). I delprosjekt II beskrev noen deltakere hvordan de var blitt usikre eller tenkt at legen var negativt innstilt hvis legen forholdt seg helt nøytral til informasjonen om seksuell orientering. Tilsvarende funn er rapportert i andre studier. (112, 148). Å hele tiden vite at en negativ reaksjon kan komme, og å måtte forholde seg til den, kan være belastende. Situasjoner der det er vanskelig å forutsi utfallet oppleves gjerne som mer stressende enn der et bestemt utfall har stor sannsynlighet

(75). Kanskje er det grunnen til at en beregning av legens sannsynlige reaksjon (73) er en viktig komponent i lesbiske kvinners lønnsomhetsanalyse? Dette kan være en parallell til det stressforskere kaller daglig mas (engelsk: "daily hassles"), som kan være vel så store kilder til stress i det lange løp som store livshendelser (75).

Disse funnene understreker betydningen av at legen bør bruke et kjønnsnøytralt språk inntil pasientens orientering er kjent. Når en pasient forteller at hun er lesbisk, bør legen signalisere en positiv holdning til lesbisk orientering. Det er også nyttig klinisk kompetanse å ha noe kunnskap om det vi kan kalle lesbiskespesifikke helseforhold.

### ***Lesbisk selvtilit kan styrke motstandskraften mot minoritetsstress***

I delprosjekt III spurte vi både etter utfordringer ved å være lesbisk og etter deltakernes eksempler på løsninger i møte med disse utfordringene. Deltakerne beskrev eksempler på hendelser som kunne være vanskelige fordi de var lesbiske:

- Spørsmålet om å komme ut eller ikke
- Hvordan opplyse andre om den lesbiske orienteringen
- Forholde seg til nedsettende uttalelser eller handlinger
- Forholde seg til usynligheten og heteronormativiteten
- Forholde seg til homonegativitet i familien og i andre viktige relasjoner

Selv om vi i delprosjekt I og II ikke spurte direkte etter vanskelige hendelser, fikk vi også der mye informasjon om samme temaer. Utfordringer ved å være lesbisk er kartlagt i andre undersøkelser (23, 49-51). Disse studiene rapporterer om indre konflikt rundt egen seksualitet, internalisert homofobi og vanskeligheter med femininitet og maskulinitet. I delprosjekt III sa et par deltakere at de tidligere hadde hatt vanskeligheter med å akseptere at de var lesbiske, men at de hadde blitt hjulpet av psykoterapi. I fokusgruppediskusjonen i delprosjekt I sa en deltaker at "det er jo en dråpe skam oppi dette", men fikk ikke støtte av de andre og temaet ble ikke utdypet. Kanskje ble temaet forlatt fordi det i mange kretser regnes som homopolitisk ukorrekt å innrømme at man skammer seg over å være lesbisk?

Kan det bli en dobbelt belastning å måtte skjule eller fornekte sin internaliserte homonegativitet overfor andre lesbiske? Hvis det er riktig, finns det også andre normer eller forventninger som blir en byrde andre lesbiske indirekte legger på en? For eksempel mente noen av våre deltakere at åpenhet alltid er best – kan det bli et tyngende krav?

I delprosjekt III var det flere deltakere som fortalte om hvordan de måtte forholde seg til vedvarende homonegativitet i egen familie og gjøre tildels dramatiske kompromisser for å kunne opprettholde kontakt. Vi finner tilsvarende beskrivelser av negative holdninger hos familiemedlemmer til lesbiske kvinner i tidligere forskning (57-59, 69, 168). Familiens betydning demonstreres ytterligere i en nyere studie fra USA med utvalg på 177 lesbiske, homofile og bifile kvinner og menn fra en representativ, vektet befolkningsundersøkelse (169). Nær 3/4 hadde fortalt om sin seksuelle orientering til foreldrene, og av dem hadde 2/3 fått sosial og emosjonell støtte. Det var økt forekomst av rus og depresjon og dårligere selvrapportert helse hos de kvinnene som ikke hadde fortalt sine foreldre om sin seksuelle orientering, og hos de som hadde fortalt dette men opplevde manglende aksept fra foreldrene.

I delprosjekt III etterspurte vi gode mestringsmåter i møte med vanskelige hendelser, og deltakerne beskrev erfaringer knyttet åpenhet om den lesbiske orienteringen, måten det lesbiske gjøres kjent på og verdighet når fordommer påtreffes. Verdighet kunne opprettholdes ved å argumentere for respekt eller kreve sin rett, eller ved å forsterke tanker og følelser om at det er bra å være lesbisk. Vår analyse viser at det vi kaller *lesbisk selvtillit* kan utgjøre en grunnleggende mestringsstrategi - en nødvendig forutsetning for å utøve positiv mestring i møte med utfordringene jeg har beskrevet ovenfor. Lesbisk selvtillit beskrives av deltakere i delprosjekt III som trygghet på at det er naturlig og godt å elske og begjære noen av eget kjønn. En deltaker fortsetter: ”Uten denne troen ville alt vært vanskelig”. De av deltakerne i delprosjekt III som fortalte at de hadde fått hjelp til bedre selvaksept ved psykoterapi, fortalte også at dette var en forutsetning for å greie å stå i fordomsfulle familierelasjoner uten å bli psykisk syk.

Lesbisk selvtilitt er ikke synonymt med fravær av internalisert homonegativitet, det er en kraft til å føle seg vel til tross for heteronormativitet og homonegativitet. Vi har ikke kartlagt den psykiske helsen hos deltakerne i våre delprosjekter, og vår design ga ikke grunnlag for konklusjoner om hvorvidt helsen ble påvirket av deltakernes mestringsstrategier. Vårt fokus var å beskrive mestringen i seg selv.

De aller siste årene er det kommet noen få studier som fokuserer på *faktorer som kan beskytte* mot psykiske plager grunnet minoritetsstress, altså studier med et salutogent utgangspunkt (74). Mustanski fant for eksempel at støtte fra venner og familie var korrelert med mindre psykiske plager hos homofile, lesbiske og bifile ungdommer i USA (71). En fersk italiensk studie utforsket vennskap og forskjeller mellom homofile gutter og lesbiske jenter i alderen 14-22 år (170). Konklusjonen ble at det å ha en heterofil bestevenn og det å ha fortalt om sin seksuelle orientering til bestevennen korrelerte med lavere nivå av internalisert homofobi. Noen få av deltakerne i våre delprosjekter omtalte betydningen av sosial støtte ved at de søkte støtte fra familie og venner i etterkant av situasjoner der de hadde møtt fordommer men ikke greid å kreve respekt. Imidlertid etterspurte vi vanskelige hendelser og kunne ikke forvente å få historier om ensidig positive forhold eller reaksjoner. Ingen av våre deltakere nevnte tilknytning til homomiljø eller interesseorganisasjon i motsetning til flere amerikanske studier der det oppgis som en positiv mestringsstrategi (49, 91).

De fleste av studiene med salutogent perspektiv har fokusert på ytre faktorer som reduserte uhelse eller fremmet helse. Vår analyse har avdekket egenskaper ved den lesbiske kvinnen selv som bidrar til positiv mestring. En stor nasjonal representativ befolkningsundersøkelse i USA undersøkte assosiasjoner mellom opplevd diskriminering, respons på diskriminering og psykiske lidelser hos de ulike minoritetene afroamerikanere, latinamerikanere, kvinner, lesbiske, homofile og bifile (171). De som ikke aksepterte diskriminering og fortalte om diskrimineringen til andre hadde mindre psykiske plager enn de som aksepterte situasjonen stilltiende. En studie av homofile og bifile menn viste det samme, men den viste også at opplevd diskriminering hadde ulik effekt på helseparametre hos mennesker med ulikt

utdanningsnivå (172). Vår analyse viste også at det å argumentere tilbake eller kreve sin rett samt søke støtte hos andre kunne være gode mestringsstrategier.

For noen kan *fornektelse* være en mestringsstrategi, konkluderte den engelske jordmoren Lee i sin kvalitative studie (173). Deltakerne fortolket negativitet fra behandlere som forårsaket av andre forhold enn deres lesbiske orientering. Kanskje vi finner spor av det samme i den norske levekårsundersøkelsen (8), der 9 % av de lesbiske deltakerne rapporterte diskriminering på grunn av seksuell orientering, mens 31 % av de lesbiske mot 7 % av heterofile kvinner og menn rapporterte diskriminering av andre årsaker. Er det slik at individer med ikke-heterofil identitet opplever større grad av diskriminering uten at årsaken lar seg så lett påvise, spør forfatterne. Vi oppfattet det ikke som fornektelse men som aktiv neglisjering når enkelte av våre deltakere mente at det å overse negative slengbemerkinger kunne være en god mestringsstrategi. De tidligere omtalte engelske ungdommene (146) reduserte også hendelsenes betydning som en mestringsstrategi. Forfatterne kalte det ”å rutinegjøre” vold og trakasserier. Gjør det mindre vondt om man nekter for at det gjør vondt, reduserer det sjansen for å bli utsatt for vold en annen gang ved at man virker sterk utad, eller er fornektelsens funksjon å opprettholde selvrespekt?

Min avhandling konkluderer med at lesbisk selvtilit kan ha avgjørende betydning for positiv mestring av minoritetsstress. Dette er ikke vist tilsvarende i tidligere forskning. Leger kan bidra til lesbisk selvtilit ved å gi tydelig anerkjennelse av den lesbiske orienteringen og klart støtte den enkelte kvinnes strategier for å håndtere minoritetsstress.



## 6. KONKLUSJON

Samlet leder analysen i denne avhandlingen fram til følgende hovedfunn:

- Lesbiske kvinner må hele tiden forholde seg til hvordan de vil fremstille seg selv som lesbiske. Åpenhetskompetanse kan bedre lesbiske kvinners mestring av minoritetsstress vedrørende åpenhet.
- Lesbiske kvinner må hele tiden motta og forholde seg til omverdenens reaksjoner. Verdighet kan bevares i alle situasjoner ved å opprettholde og kommunisere lesbisk selvtillit.
- Også i dagens Norge opplever lesbiske kvinner minoritetsstress som gir utfordringer i forhold til mestring. Lesbisk selvtillit kan styrke kvinnenens motstandskraft mot minoritetsstress.

Disse funnene danner grunnlag for følgende konkrete anbefalinger for klinisk praksis:

- Husk at enhver ny pasient kan være noe annet enn heterofil.
- Gjør det til en vane å bruke kjønnsnøytralt språk.
- La pasienten ha regien på å komme ut.
- Signaliser at du anerkjenner den lesbiske orienteringen.
- Skaff deg kjennskap til hva slags minoritetsstress lesbiske kvinner kan oppleve.
- Bygg oppunder lesbisk selvtillit.





## 7. FRAMTIDIG FORSKNING

I min avhandling har jeg dokumentert en rekke uttrykk for at vi i Norge i dag fortsatt lever i et heteronormativt samfunn. Dette innebærer at alle lesbiske kvinner kan oppleve minoritetsstress, om enn av ulik grad. Nyere internasjonal forskning av forsvarlig vitenskapelig kvalitet tyder på at de aller fleste lesbiske kvinner har utmerket psykisk og fysisk helse og lever gode liv. En hypotese er derfor at de aller fleste lesbiske kvinner mestrer godt det de måtte oppleve av minoritetsstress.

Likevel viser min egen og andres forskning at noen har det vanskelig på grunn av sin lesbiske orientering. Dette reiser nye forskningsspørsmål:

- Hvem er de og hva sliter de med?
- Hva slags hjelp eller tiltak trenger de?
- Hvordan nå fram til dem?

I analysen har jeg identifisert noen mestringsmåter som lesbiske kvinner selv vurderer som gode. Dette reiser nye forskningsspørsmål:

- Hvordan kan slike strategier læres bort eller formidles på en måte som er nyttig for dem som opplever betydelige utfordringer knyttet til sin lesbiske orientering?
- Kan god selvfølelse og selvtillit angående annerledeshet tilsvarende bidra til bedre mestring også for mennesker fra andre marginaliserte grupper enn lesbiske kvinner?



## REFERANSER

1. Institute of Medicine. The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people: Building a foundation for better understanding. Washington DC: The National Academies Press; 2011.
2. Berlant L, Warner M. Sex in public. In: Berlant L, editor. *Intimacy*. Chicago, IL & London: University of Chicago Press; 2000. p. 311-30.
3. Hegna K. Homo? Betydningen av seksuell erfaring, tiltrekning og identitet for selvmordsforsøk og rusmiddelbruk blant ungdom.: NOVA; 2007.
4. Ridolfo H, Miller K, Maitland A. Measuring sexual identity using survey questionnaires: How valid are our measures? *Sexuality Research and Social Policy*. 2012;1-12.
5. Cox N, Dewaele A, van Houtte M, Vincke J. Stress-related growth, coming out, and internalized homonegativity in lesbian, gay, and bisexual youth. An examination of stress-related growth within the minority stress model. *Journal of Homosexuality*. 2010;58(1):117-37.
6. Roth N, Bostrom G, Nykvist K. Homosexuellas, bisexuellas och transpersoners hälsosituation. Åtterrapporing av regeringsuppdrag att undersöka och analysera hälsosituationen bland hbt-personer.: Statens Folkhälsoinstitut; 2005.
7. Cochran SD, Mays VM. Relation between psychiatric syndromes and behaviorally defined sexual orientation in a sample of the US population. *Am J Epidemiol*. 2000 Mar 1;151(5):516-23.
8. Normann TM, Gulløy E. Seksuell identitet og levekår. Evaluering av levekårsrelevans og datafangst. Rapport 13/2010. Oslo: Statistisk Sentralbyrå; 2010.
9. Eliason MJ, DeJoseph J, Dibble S, Deevey S, Chinn P. Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Queer/Questioning Nurses' Experiences in the Workplace. *Journal of professional nursing : official journal of the American Association of Colleges of Nursing*. 2011;27(4):237-44.
10. Brotman S, Ryan B, Jalbert Y, Rowe B. The impact of coming out on health and health care access: The experiences of gay, lesbian, bisexual and two-spirit people. *J Health Soc Policy*. 2002;15(1):1-29.
11. Bauer GR, Jairam JA. Are lesbians really women who have sex with women (WSW)? Methodological concerns in measuring sexual orientation in health research. *Women & Health*. 2008;48(4):383-408.
12. Young RM, Meyer IH. The trouble with "MSM" and "WSW": Erasure of the sexual-minority person in public health discourse. *Am J Public Health*. 2005;95(7):1144-9.
13. King M, Semlyen J, Tai SS, Killaspy H, Osborn D, Popelyuk D, et al. A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry*. 2008;8:70.
14. Kaestle CE, Ivory AH. A forgotten sexuality: Content analysis of bisexuality in the medical literature over two decades. *Journal of Bisexuality*. 2012;12(1):35-48.

15. Boehmer U, Bowen DJ, Bauer GR. Overweight and obesity in sexual-minority women: evidence from population-based data. *Am J Public Health*. 2007 Jun;97(6):1134-40.
16. Meyer IH, Dietrich J, Schwartz S. Lifetime prevalence of mental disorders and suicide attempts in diverse lesbian, gay, and bisexual populations. *Am J Public Health*. 2008 Jun;98(6):1004-6.
17. Conron KJ, Mimiaga MJ, Landers SJ. A population-based study of sexual orientation identity and gender differences in adult health. *American Journal of Public Health*. 2010;100(10):1953-60.
18. Reed SJ, Miller RL, Valenti MT, Timm TM. Good gay females and babies' daddies: Black lesbian community norms and the acceptability of pregnancy. *Culture, Health & Sexuality*. 2011;13(7):751-65.
19. Johnson KL, Ghavami N. At the crossroads of conspicuous and concealable: What race categories communicate about sexual orientation. *PLoS One*. 2011;6(3).
20. Fish J. Navigating queer street: Researching the intersections of lesbian, gay, bisexual and trans (LGBT) identities in health research. *Sociological Research Online*. 2008;13(1):12.
21. Barne- og likestillingsdepartementet. Bedre livskvalitet for lesbiske, homofile, bifile og transpersoner 2009-2012. In: Barne- og likestillingsdepartementet, editor. Oslo: Departementenes serviceavdeling; 2008.
22. Balsam KF, Molina Y, Beadnell B, Simoni J, Walters K. Measuring multiple minority stress: The LGBT people of color microaggressions scale. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*. 2011;17(2):163-74.
23. Iwasaki Y, Ristock JL. The nature of stress experienced by lesbians and gay men. *Anxiety Stress Coping*. 2007 Sep;20(3):299-319.
24. Bowleg L, Burkholder G, Teti M, Craig ML. The complexities of outness: psychosocial predictors of coming out to others among Black lesbian and bisexual women. *J LGBT Health Res*. 2008;4(4):153-66.
25. David S, Knight BG. Stress and coping among gay men: Age and ethnic differences. *Psychology and Aging*. 2008;23(1):62-9.
26. Ebin J. Why bisexual health? *Journal of Bisexuality*. 2012;12(2):168-77.
27. Schick V, Dodge B. Introduction to the special issue: Bisexual health: Unpacking the paradox. *Journal of Bisexuality*. 2012;12(2):161-7.
28. Bostwick W. Assessing bisexual stigma and mental health status: A brief report. *Journal of Bisexuality*. 2012;12(2):214-22.
29. Bostwick WB, Boyd CJ, Hughes TL, McCabe SE. Dimensions of sexual orientation and the prevalence of mood and anxiety disorders in the United States. *American Journal of Public Health*. 2010;100(3):468-75.
30. Tjepkema M. Health care use among gay, lesbian and bisexual Canadians. *Health Rep*. 2008 Mar;19(1):53-64.
31. Malterud K, Bjorkman M, Flatval M, Ohnstad A, Thesen J, Rortveit G. Epidemiological research on marginalized groups implies major validity challenges; lesbian health as an example. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2009;62(7):703-10.

32. Sandfort TG, Bakker F, Schellevis FG, Vanwesenbeeck I. Sexual orientation and mental and physical health status: Findings from a Dutch population survey. *Am J Public Health*. 2006 Jun;96(6):1119-25.
33. Barne- og familiedepartementet. Levekår og livskvalitet for lesbiske og homofile i Noreg. Stortingsmelding 25. In: Barne- og familiedepartementet, editor. Oslo2001.
34. Johnson AM, Mercer CH, Erens B, Copas AJ, McManus S, Wellings K, et al. Sexual behaviour in Britain: partnerships, practices, and HIV risk behaviours. *Lancet*. 2001 Dec 1;358(9296):1835-42.
35. Gransell L, Hansen H. Lige og ulige? Homoseksuelle, biseksuelle og transkønnedes levevilkår. København: CASA; 2009.
36. Case P, Austin SB, Hunter DJ, Manson JE, Malspeis S, Willett WC, et al. Sexual orientation, health risk factors, and physical functioning in the Nurses' Health Study II. *J Womens Health (Larchmt)*. 2004 Nov;13(9):1033-47.
37. Cochran SD, Mays VM, Alegria M, Ortega AN, Takeuchi D. Mental health and substance use disorders among Latino and Asian American lesbian, gay, and bisexual adults. *J Consult Clin Psychol*. 2007 Oct;75(5):785-94.
38. Tang H, Greenwood GL, Cowling DW, Lloyd JC, Roeseler AG, Bal DG. Cigarette smoking among lesbians, gays, and bisexuals: How serious a problem? (United States). *Cancer causes & control : CCC*. 2004 Oct;15(8):797-803.
39. Gruskin EP, Greenwood GL, Matevia M, Pollack LM, Bye LL. Disparities in smoking between the lesbian, gay, and bisexual population and the general population in California. *Am J Public Health*. 2007 Aug;97(8):1496-502.
40. McCabe SE, Hughes TL, Bostwick WB, West BT, Boyd CJ. Sexual orientation, substance use behaviors and substance dependence in the United States. *Addiction*. 2009 Aug;104(8):1333-45.
41. Hughes T, Szalacha LA, McNair R. Substance abuse and mental health disparities: Comparisons across sexual identity groups in a national sample of young Australian women. *Social Science & Medicine*. 2010;71(4):824-31.
42. Heck JE, Sell RL, Gorin SS. Health care access among individuals involved in same-sex relationships. *Am J Public Health*. 2006 Jun;96(6):1111-8.
43. Kerker BD, Mostashari F, Thorpe L. Health care access and utilization among women who have sex with women: Sexual behavior and identity. *J Urban Health*. 2006 Sep;83(5):970-9.
44. Cochran SD, Mays VM, Sullivan JG. Prevalence of mental disorders, psychological distress, and mental health services use among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *J Consult Clin Psychol*. 2003 Feb;71(1):53-61.
45. Bakker FC, Sandfort TG, Vanwesenbeeck I, van Lindert H, Westert GP. Do homosexual persons use health care services more frequently than heterosexual persons: Findings from a Dutch population survey. *Soc Sci Med*. 2006 Oct;63(8):2022-30.
46. Meyer IH. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychol Bull*. 2003 Sep;129(5):674-97.

47. Solarz AL. Lesbian health: Current assessment and directions for the future. Washington, D. C. : Institute of Medicine (U. S.). Committee on Lesbian Health Research Priorities - National Academy Press; 1999.
48. Pascoe EA, Smart Richman L. Perceived discrimination and health: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*. 2009;135(4):531-54.
49. Hequembourg AL, Brallier SA. An exploration of sexual minority stress across the lines of gender and sexual identity. *J Homosex*. 2009;56(3):273-98.
50. Lewis RJ, Derlega VJ, Berndt A, Morris LM, Rose S. An empirical analysis of stressors for gay men and lesbians. *J Homosex*. 2001;42(1):63-88.
51. Cox N, Vanden Berghe W, Dewaele A, Vinke J. General and minority stress in an LGB population in Flanders. *J LGBT Health Res*. 2008;4(4):181-94.
52. Anderssen N, Hellesund T. Heteronormative consensus in the Norwegian same-sex adoption debate? *J Homosex*. 2009;56(1):102-20.
53. Rondahl G, Innala S, Carlsson M. Heterosexual assumptions in verbal and non-verbal communication in nursing. *J Adv Nurs*. 2006 Nov;56(4):373-81.
54. Herek G. Beyond "Homophobia": Thinking about sexual prejudice and stigma in the twenty-first century. *Sexuality Research and Social Policy*. 2004;1(2):6-24.
55. Hudson WW, Ricketts WA. A strategy for the measurement of homophobia. *Journal of Homosexuality*. 1980 1980/11/17;5(4):357-72.
56. Grønningsæter AB, Lescher-Nuland BR. Lesbiske, homofile og bifile arbeidstakere i storbyen. Undersøkelse blant ansatte i Bergen kommune. Fafo-rapport 2010:33. Oslo: Fafo; 2010.
57. Beeler J, DiProva V. Family adjustment following disclosure of homosexuality by a member: themes discerned in narrative accounts. *J Marital Fam Ther*. 1999 Oct;25(4):443-59.
58. Gramling LF, Carr RL, McCain NL. Family responses to disclosure of self-as-lesbian. *Issues Ment Health Nurs*. 2000 Oct-Nov;21(7):653-69.
59. Saltzburg S. Learning that an adolescent child is gay or lesbian: the parent experience. *Soc Work*. 2004 Jan;49(1):109-18.
60. Rondahl G, Innala S, Carlsson M. To hide or not to hide, that is the question! Lesbians and gay men describe experiences from nursing work environment. *J Homosex*. 2007;52(3-4):211-33.
61. Baiocco R, D'Alessio M, Laghi F. Binge drinking among gay, and lesbian youths: The role of internalized sexual stigma, self-disclosure, and individuals' sense of connectedness to the gay community. *Addictive behaviors*. 2010;35(10):896-9.
62. Austin EL, Irwin JA. Age differences in the correlates of problematic alcohol use among southern lesbians. *J Stud Alcohol Drugs*. 2010 Mar;71(2):295-8.
63. Berghe WV, Dewaele A, Cox N, Vincke J. Minority-specific determinants of mental well-being among lesbian, gay, and bisexual youth. *Journal of Applied Social Psychology*. 2010;40(1):153-66.
64. Polling Report. Law and Civil Rights. Same-sex marriage, gay rights. 2012 [cited 2012 3 May 2012]; Available from: [www.pollingreport.com/civil.htm](http://www.pollingreport.com/civil.htm).

65. Anderssen N, Slåtten H. Holdninger til lesbiske kvinner, homofile menn, bifile kvinner og menn og transpersoner (LHBT-personer). En landsomfattende representativ spørreundersøkelse 2008. Bergen2008.
66. Hollekim R, Slaatten H, Anderssen N. A nationwide study of Norwegian beliefs about same-sex marriage and lesbian and gay parenthood *Sexuality Research and Social Policy*. 2012;9(1):15-30.
67. Hegna K, Kristiansen HW, Moseng BU. Levekår og livskvalitet blant lesbiske kvinner og homofile menn Oslo: NOVA; 1999.
68. Vaughan M, Waehler C. Coming out growth: Conceptualizing and measuring stress-related growth associated with coming out to others as a sexual minority. *Journal of Adult Development*. 2010;17(2):94-109.
69. Mayock P, Bryan A, Carr N, Kitching K. Supporting LGBT lives: A study of mental health and well-being. Dublin: National Office for Suicide Prevention 2008.
70. Rossi NE. "Coming out" stories of gay and lesbian young adults. *Journal of Homosexuality*. 2010;57(9):1174-91.
71. Mustanski B, Newcomb ME, Garofalo R. Mental health of lesbian, gay, and bisexual youths: A developmental resiliency perspective. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*. 2011;23(2):204-25.
72. Neville S, Henrickson M. Perceptions of lesbian, gay and bisexual people of primary healthcare services. *J Adv Nurs*. 2006 Aug;55(4):407-15.
73. Hitchcock JM, Wilson HS. Personal risking: Lesbian self-disclosure of sexual orientation to professional health care providers. *Nursing research*. 1992 May-Jun;41(3):178-83.
74. Antonovsky A. *Unraveling the mystery of health*. Washington: Jossey-Bass Inc.; 1987.
75. Lazarus RS FS. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer; 1984.
76. Folkman S, Moskowitz JT. Coping: Pitfalls and promise. *Annu Rev Psychol*. 2004;55:745-74.
77. Bandura A. Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*. 1982;37(2):122-47.
78. Rüsç N, Corrigan PW, Wassel A, Michaels P, Olschewski M, Wilkniss S, et al. A stress-coping model of mental illness stigma: I. Predictors of cognitive stress appraisal. *Schizophrenia Research*. 2009;110(1-3):59-64.
79. Rüsç N, Corrigan PW, Wassel A, Michaels P, Olschewski M, Wilkniss S, et al. Ingroup perception and responses to stigma among persons with mental illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2009;120(4):320-8.
80. Umaña-Taylor AJ, Updegraff KA. Latino adolescents' mental health: Exploring the interrelations among discrimination, ethnic identity, cultural orientation, self-esteem, and depressive symptoms. *Journal of Adolescence*. 2007;30(4):549-67.
81. Benkert R, Peters RM. African American women's coping with health care prejudice. *Western Journal of Nursing Research*. 2005 November 1, 2005;27(7):863-89.

82. Brondolo E, Brady ver Halen N, Pencille M, Beatty D, Contrada R. Coping with racism: a selective review of the literature and a theoretical and methodological critique. *Journal of Behavioral Medicine*. 2009;32(1):64-88.
83. Forsyth J, Carter RT. The relationship between racial identity status attitudes, racism-related coping, and mental health among Black Americans. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*. 2012;18(2):128-40.
84. Teti M, Martin AE, Ranade R, Massie J, Malebranche DJ, Tschann JM, et al. "I'm a keep rising. I'm a keep going forward, regardless". *Qual Health Res*. 2012 April 1, 2012;22(4):524-33.
85. Archibald P, Dobson-Sydnor K, Daniels K, Bronner Y. Explaining African-Americans' depressive symptoms: A stress-distress and coping perspective. *Journal of Health Psychology*. 2012 April 11, 2012.
86. Posluszny DM, Baum A, Edwards RP, Dew MA. Posttraumatic growth in women one year after diagnosis for gynecologic cancer or benign conditions. *Journal of Psychosocial Oncology*. 2011;29(5):561-72.
87. deRoos-Cassini TA, de St. Aubin E, Valvano A, Hastings J, Horn P. Psychological well-being after spinal cord injury: Perception of loss and meaning making. *Rehabilitation Psychology*. 2009;54(3):306-14.
88. Kraemer B, Wittmann L, Jenewein J, Schnyder U. 2004 Tsunami: Long-term psychological consequences for Swiss tourists in the area at the time of the disaster. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2009;43(5):420-5.
89. Tedeschi RG, Calhoun LG. Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*. 2004;15(1):1-18.
90. Vaughn AA, Roesch SC, Aldridge AA. Stress-related growth in racial/ethnic minority adolescents. *Educational and Psychological Measurement*. 2009 February 1, 2009;69(1):131-45.
91. Bonet L, Wells BE, Parsons JT. A positive look at a difficult time: a strength based examination of coming out for lesbian and bisexual women. *J LGBT Health Res*. 2007;3(1):7-14.
92. Flatval M, Malterud K. Helsefremmede erfaringer hos lesbiske. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2009 Dec 3;129(23):2476-8.
93. Malterud K. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning - en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget; 2011.
94. Malterud K. *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo, Norway: Universitetsforlaget; 2012.
95. Kitzinger J. Qualitative research. Introducing focus groups. *BMJ*. 1995 Jul 29;311(7000):299-302.
96. Culley L, Hudson N, Rapport F. Using focus groups with minority ethnic communities: Researching infertility in British South Asian communities. *Qual Health Res*. 2007 Jan;17(1):102-12.
97. Luborsky MR RR. Sampling in qualitative research: Rationale, issues, and methods. *Research on aging*. 1995;17(1):89-113.



98. Crabtree BF MW. Clinical research. A multimethod typology and qualitative roadmap. In: BF Crabtree WM, editor. *Doing qualitative research*. Second ed. Thousand Oaks California: Sage Publications Inc.; 1999.
99. Couper MP. Issues of representation in eHealth research (with a focus on web surveys). *Am J Prev Med*. 2007 May;32(5 Suppl):S83-9.
100. StatistiskSentralbyrå. Kønns- og aldersforskjeller ved bruk av IKT 2008; Available from: <http://www.ssb.no/samfunnsspeilet/utg/200802/08/index.html>.
101. StatistiskSentralbyrå. Nye definisjoner av utdanningsnivåer. 2006; Available from: [http://www.ssb.no/vis/magasinet/slik\\_lever\\_vi/art-2006-09-14-01.html](http://www.ssb.no/vis/magasinet/slik_lever_vi/art-2006-09-14-01.html).
102. Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag. HUNT 2, spørreskjema 1. Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet; Available from: [http://www.ntnu.no/c/document\\_library/get\\_file?uuid=c6786f4d-6175-459c-a80a-5d4268cc166e&groupId=10304](http://www.ntnu.no/c/document_library/get_file?uuid=c6786f4d-6175-459c-a80a-5d4268cc166e&groupId=10304).
103. StatistiskSentralbyrå. Utdanningsnivå i befolkningen. Statistisk sentralbyrå; 2006 [updated 140906]; Available from: <http://www.ssb.no/emner/04/01/utniv/arkiv/tab-2006-09-14-07.html>.
104. StatistiskSentralbyrå. Folkemengde etter alder, kjønn, sivilstand og statsborgerskap. 2008 [100612]; Available from: <http://www.ssb.no/folkemengde/arkiv/tab-2008-03-13-34.html>.
105. StatistiskSentralbyrå. Befolkningsstatistikk. Befolkning og areal i tettsteder, 1. januar 2011. 2011; Available from: <http://www.ssb.no/befsett/>.
106. StatistiskSentralbyrå. Barnløse menn ved 50-årsalder og kvinner ved 45-årsalder. 2008; Available from: <http://www.ssb.no/samfunnsspeilet/utg/200805/03/tab-2008-12-08-01.html>.
107. Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet*. 2001 Aug 11;358(9280):483-8.
108. Giorgi A. Sketch of a psychological phenomenological method. In: Giorgi A, editor. *Phenomenology and psychological research*. Pittsburg PA: Duquesne University Press; 1985. p. 8-22.
109. Malterud K. Shared understanding of the qualitative research process. Guidelines for the medical researcher. *Fam Pract*. 1993 Jun;10(2):201-6.
110. Larun L. Analyselogg som virkemiddel for refleksivitet i kvalitative studier. *Michael*. 2010;7(Supplement 9).
111. Morgan D. *Focus groups as qualitative research*. Thousand Oaks California: SAGE; 1997.
112. Boehmer U, Case P. Physicians don't ask, sometimes patients tell: Disclosure of sexual orientation among women with breast carcinoma. *Cancer*. 2004 Oct 15;101(8):1882-9.
113. Kanzaki H MK, Takemura T, Nobuyuki A. Development of web-based qualitative and quantitative data collection systems: Study on daily symptoms and coping strategies among Japanese rheumatoid arthritis patients. *Nursing and Health Sciences*. 2004;6(3):229-36.

114. Stone SD. Patient concerns posthaemorrhagic stroke: A study of the Internet narratives of patients with ruptured arteriovenous malformation. *Journal of Clinical Nursing*. 2007;16(2):289-97.
115. Fox FE, Morris M, Rumsey N. Doing Synchronous Online Focus Groups With Young People. *Qual Health Res*. 2007 April 1, 2007;17(4):539-47.
116. Eysenbach G. Improving the quality of web surveys: The checklist for reporting results of internet e-surveys (CHERRIES). *Journal of medical Internet research*. 2004;6(3).
117. Kvale S. *InterViews*. An introduction to qualitative research interviewing. Thousand Oaks: SAGE Publications; 1996.
118. Hamberg K, Johansson E, Lindgren G, Westman G. Scientific rigour in qualitative research—Examples from a study of women's health in family practice. *Fam Pract*. 1994 June 1, 1994;11(2):176-81.
119. Glaser B, Strauss A. *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. . New York: Aldine de Gruyter; 1999.
120. Reissman CK. *Narrative analysis*. Newbury Park California: Sage Publications; 1993.
121. Potter J, Wetherell M. *Discourse and social psychology: Beyond attitudes and behaviour*. London: Sage; 1987.
122. Diamant AL, Schuster MA, Lever J. Receipt of preventive health care services by lesbians. *Am J Prev Med*. 2000 Oct;19(3):141-8.
123. Austin EL, Irwin JA. Health behaviors and health care utilization of southern lesbians. *Womens Health Issues*. 2010 May-Jun;20(3):178-84.
124. TNSGallup. Toppplisten internett 2007. [cited 2012 March 1th]; Available from: <http://rapp.tns-gallup.no/Default.aspx?aid=9072261>.
125. GaysirAS. Info for annonsører. [cited 2012 March 1th]; Available from: <http://www.gaysir.no/om/index.cfm?sbm=2>.
126. TNSGallup. Avisbarometer 2008. [cited 2012 March 1th]; Available from: <http://www.tns-gallup.no/?did=9076948>.
127. TNSGallup. Årsrapport radio 2011. [cited 2012 March 1th]; Available from: <http://www.tns-gallup.no/?aid=9076856>.
128. StatisticsNorway. Andel som hadde tilgang til ulike elektroniske tilbud i hjemmet. 1999-2010. . 2011 [cited 2012 February 29]; Available from: <http://www.ssb.no/emner/07/02/30/medie/ttab-2011-03-31-01.html>.
129. StatisticsNorway. Norwegian Media Barometer 2009. Oslo: Statistics Norway; 2010 [updated 10/04/12; cited 2010 10/06/10]; Available from: [http://www.ssb.no/english/subjects/07/02/30/medie\\_en/](http://www.ssb.no/english/subjects/07/02/30/medie_en/).
130. McNair R, Brown R, Perlesz A, Lindsay J, De Vaus D, Pitts M. Lesbian parents negotiating the health care system in Australia. *Health Care Women Int*. 2008 Feb;29(2):91-114.
131. Hollnagel H, Malterud K, Witt K. Men's self-assessed personal health resources. Approaching patients' strong points in general practice. *Fam Pract*. 2000;17:529-34.

132. LaSala M. When interviewing "family". In: Meezan W MJ, editor. Handbook of research with lesbian, gay, bisexual, and transgender populations. New York, USA: Routledge; 2009.
133. Savage J. Participative observation: Standing in the shoes of others? *Qual Health Res.* 2000 May 1, 2000;10(3):324-39.
134. Steele LS, Timmouth JM, Lu A. Regular health care use by lesbians: a path analysis of predictive factors. *Fam Pract.* 2006 Dec;23(6):631-6.
135. Geddes VA. Lesbian expectations and experiences with family doctors. How much does the physician's sex matter to lesbians? *Can Fam Physician.* 1994 May;40:908-20.
136. Cochran SD, Mays VM. Disclosure of sexual preference to physicians by black lesbian and bisexual women. *The Western journal of medicine.* 1988 Nov;149(5):616-9.
137. Stevens PE. Lesbian health care research: a review of the literature from 1970 to 1990. *Health Care Women Int.* 1992 Apr-Jun;13(2):91-120.
138. White JC, Dull VT. Health risk factors and health-seeking behavior in lesbians. *Journal of women's health / the official publication of the Society for the Advancement of Women's Health Research.* 1997 Feb;6(1):103-12.
139. Stonewall. Prescription for change: Lesbian and bisexual women's health check 2008.: Stonewall; 2008; Available from: [http://www.stonewall.org.uk/documents/prescription\\_for\\_change.pdf](http://www.stonewall.org.uk/documents/prescription_for_change.pdf).
140. Stoelting S. Disclosure as an interaction: Why lesbian athletes disclose their sexual identities in intercollegiate sport. *Journal of Homosexuality.* 2011;58(9):1187-210.
141. Beals KP, Peplau LA, Gable SL. Stigma management and well-being: The role of perceived social support, emotional processing, and suppression. *Personality and Social Psychology Bulletin.* 2009 July 1, 2009;35(7):867-79.
142. Lasser J, Tharinger D. Visibility management in school and beyond: a qualitative study of gay, lesbian, bisexual youth. *J Adolesc.* 2003 Apr;26(2):233-44.
143. Risdon C, Cook D, Willms D. Gay and lesbian physicians in training: a qualitative study. *CMAJ.* 2000 Feb 8;162(3):331-4.
144. Riordan DC. Interaction strategies of lesbian, gay, and bisexual healthcare practitioners in the clinical examination of patients: Qualitative study. *BMJ.* 2004 May 22;328(7450):1227-9.
145. Bowleg L, Brooks K, Ritz SF. "Bringing home more than a paycheck:" An exploratory analysis of Black lesbians' experiences of stress and coping in the workplace. *J Lesbian Stud.* 2008;12(1):69-84.
146. McDermott E, Roen K, Scourfield J. Avoiding shame: young LGBT people, homophobia and self-destructive behaviours. *Cult Health Sex.* 2008 Nov;10(8):815-29.
147. Goffman E. Stigma. Notes on the management of spoiled identity. New Jersey USA: Prentice-Hall Inc.; 1963.
148. Wilton T, Kaufmann T. Lesbian mothers' experiences of maternity care in the UK. *Midwifery.* 2001 Sep;17(3):203-11.
149. Politi M, Clark M, Armstrong G, McGarry K, Sciamanna C. Patient-provider communication about sexual health among unmarried middle-aged and older women. *Journal of General Internal Medicine.* 2009;24(4):511-6.

150. Boehmer U, Case P. Sexual minority women's interactions with breast cancer providers. *Women Health*. 2006;44(2):41-58.
151. Senreich E. The effects of honesty and openness about sexual orientation on gay and bisexual clients in substance abuse programs. *Journal of Homosexuality*. 2010;57(3):364-83.
152. Rondahl G, Bruhner E, Lindhe J. Heteronormative communication with lesbian families in antenatal care, childbirth and postnatal care. *J Adv Nurs*. 2009 Nov;65(11):2337-44.
153. Larsson A-K, Dykes A-K. Care during pregnancy and childbirth in Sweden: Perspectives of lesbian women. *Midwifery*. 2009;25(6):682-90.
154. Spidsberg BD, Sørlie V. An expression of love – Midwives' experiences in the encounter with lesbian women and their partners. *Journal of Advanced Nursing*. 2012;68(4):796-805.
155. Bartlett A, King M, Phillips P. Straight talking: An investigation of the attitudes and practice of psychoanalysts and psychotherapists in relation to gays and lesbians. *Br J Psychiatry*. 2001 Dec;179:545-9.
156. Phillips P, Bartlett A, King M. Psychotherapists' approaches to gay and lesbian patients/clients: A qualitative study. *Br J Med Psychol*. 2001 Mar;74 Part 1:73-84.
157. Burch A. Health care providers' knowledge, attitudes, and self-efficacy for working with patients with spinal cord injury who have diverse sexual orientations. *Phys Ther*. 2008 Feb;88(2):191-8.
158. Hinchliff S, Gott M, Galena E. 'I daresay I might find it embarrassing': General practitioners' perspectives on discussing sexual health issues with lesbian and gay patients. *Health Soc Care Community*. 2005 Jul;13(4):345-53.
159. Khan A, Plummer D, Hussain R, Minichiello V. Does physician bias affect the quality of care they deliver? Evidence in the care of sexually transmitted infections. *Sex Transm Infect*. 2008 Apr;84(2):150-1.
160. Rondahl G, Innala S, Carlsson M. Nurses' attitudes towards lesbians and gay men. *J Adv Nurs*. 2004 Aug;47(4):386-92.
161. Rondahl G, Innala S, Carlsson M. Nursing staff and nursing students' emotions towards homosexual patients and their wish to refrain from nursing, if the option existed. *Scand J Caring Sci*. 2004 Mar;18(1):19-26.
162. Westerstahl A, Bjorkelund C. Challenging heteronormativity in the consultation: A focus group study among general practitioners. *Scand J Prim Health Care*. 2003 Dec;21(4):205-8.
163. Westerstahl A, Segesten K, Bjorkelund C. GPs and lesbian women in the consultation: Issues of awareness and knowledge. *Scand J Prim Health Care*. 2002 Dec;20(4):203-7.
164. Andersson D, Westerstahl A. Gynekologer om lesbiska kvinnor--en intervjustudie. Risk att lesbiska kvinnor far samre bemotande och behandling. *Lakartidningen*. 2000 Dec 6;97(49):5796-800.
165. Lampic C, Skoog Svanberg A, Sydsjö G. Attitudes towards gamete donation among IVF doctors in the Nordic countries—Are they in line with national legislation? *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*. 2009;26(5):231-8.

166. Ohnstad A. Menneskeretter for homofile og lesbiske. Retten til å bevege seg fritt. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, Vol 46, nummer 12, 2009, side 1191-1193. 2009;46(12):1191-3.
167. Spidsberg BD. Vulnerable and strong--Lesbian women encountering maternity care. *J Adv Nurs*. 2007 Dec;60(5):478-86.
168. Giddings LS, Smith MC. Stories of lesbian in/visibility in nursing. *Nurs Outlook*. 2001 Jan-Feb;49(1):14-9.
169. Rothman EF, Sullivan M, Keyes S, Boehmer U. Parents' supportive reactions to sexual orientation disclosure associated with better health: Results from a population-based survey of LGB adults in Massachusetts. *Journal of Homosexuality*. 2012;59(2):186-200.
170. Baiocco R, Laghi F, Di Pomponio I, Nigito CS. Self-disclosure to the best friend: Friendship quality and internalized sexual stigma in Italian lesbian and gay adolescents. *Journal of Adolescence*. 2012;35(2):381-7.
171. McLaughlin KA, Hatzenbuehler ML, Keyes KM. Responses to discrimination and psychiatric disorders among Black, Hispanic, female, and lesbian, gay, and bisexual Individuals. *American Journal of Public Health*. 2010;100(8):1477-84.
172. Huebner DM, Davis MC. Perceived antigay discrimination and physical health outcomes. *Health Psychology*. 2007;26(5):627-34.
173. Lee E, Taylor J, Raitt F. 'It's not me, it's them': How lesbian women make sense of negative experiences of maternity care: A hermeneutic study. *Journal of Advanced Nursing*. 2011;67(5):982-90.