MALMÖ HÖGSKOLA

Hälsa och samhälle
Juni 2009

…SOM ATT SLICKA PÅ EN REGNKAPPA

EN KVANTITATIV STUDIE AV KVINNOR SOM HAR SEX MED KVINNOR OCH SEXUELLT ÖVERFÖRBARA SJUKDOMAR/SÄKRARE SEX.

Suzann Larsdotter

Handledare: Ronny Tikkanen

Magisteruppsats
Masterprogrammet i Sexologi
15 hp
juni 2009

Malmö högskola
Hälsa och samhälle
205 06 Malmö
e-post: info@hs.mah.se

… SOM ATT SLICKA PÅ EN REGNJACKA

EN KVANTITATIV STUDIE AV KVINNOR SOM HAR SEX MED KVINNORS OCH SEXUELLT ÖVERFÖRBARA SJUKDOMAR/SÄKRARE SEX.

Suzann Larsdotter

Larsdotter, Suzann, …som att slicka på en regnjacka. En kvantitativ studie av kvinnor som har sex med kvinnor och sexuellt överförbara infektioner/säkrare sex.
Magisteruppsats i sexologi 15 hp. Malmö högskola: Hälsa och Samhälle, 2009.

Abstract

The background to this thesis is that we know very little about lesbian and bisexual women's sexual health in Sweden, particularly in relation to sexually transmitted infections (STI) and their transmissions.
An internet-based questionnaire with self-selected participants targeted to the group WSW (Women who have Sex with Women) has been implemented. An international survey on the subject shows that the WSW has sexually transmitted infections. This is also in line with the results in this study. The most common sexually transmitted infection in the survey is chlamydia which 12.3 percent have had. This is a remarkably high figure in comparison with international studies. There are a number of barriers to WSW developing safer sex strategies. Many described a heteronormative response and very low level of knowledge in the health-care.
Also WSW themselves have no or little knowledge on the subject. Prevention messages to the group, WSW is often about to use dental dams and very few in practice and in the case where it is used, it has only a very limited function.
The majority of women in the study have had sexual contact with both men and women, this applies to both lesbian and bisexually women.

In a theoretical analysis, it is possible to discern a conflict between the postmodern and the modern understanding of love and sexuality. This conflict does not exist only on an interpersonal / cultural level but also on a intrapsychic level of humans.

Keywords: WSW, women who have sex with women, lesbians, bisexual women, STI, sexually transmitted infections, safer sex.

Jag vill rikta ett varmt och innerligt

TACK

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

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

...även till min kära tonåringar som med tålamod accepterat att morsan bedrivit den mesta tiden framför datorn senaste halvåret. Ett särskilt TACK till Robin för att du korrekturläst.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Abstract **2**

INLEDNING **6**

Syfte 6
Frågeställningar 6
Definition av sexuell läggning. 7

Metod **8**

Metoddiskussion 10
Kvantitativ metod – webbenkät 10
Etiska reflektioner 12

Ett queerfeministiskt perspektiv på kvinnlig sexualitet. **13**

Heteronormativitet 13
Könsmaktsperspektiv på kvinnlig sexualitet 13
Homosexuella begär 14
Falloscentrism 16
Kvinnlig sexualitet osynliggjord 17

KSK OCH STI – VAD SÄGER FORSKNINGEN? **19**

Får KSK sexuellt överförbara infektioner? 19
Sexuellt överförbara infektioner orsakade av virus 19
Herpes Simplex, HSV 19
Hiv 20
Humant papillomvirus (HPV-virus). 20
HPV virus hos kvinnor som har sex med kvinnor. 21
Sexuellt överförbara infektioner orsakade av bakterier 21
Bakteriell vaginos 21
Klamydia 21
Övrigt 22
Candida 22
Trikomonas 22
Prevalens 22

Teori **24**

En förändrad sexosofi 24
Simon och Gagnons scriptteori 24
Plastisk sexualitet och uppluckring av det romantiska kärlekskomplexet. 25
En ny syn på trohet 25
En större öppenhet att leva som hbt-person. 26

Analys av enkäten. **27**

Kvinnorna i enkätstudien 27
Hinder för KSK att utveckla säkrare sex strategier. 29
Heteronormativt bemötande och okunskap inom hälso- och sjukvård. 29
Dålig information 31
Vilken information vill KSK ha? 33
Kvinnor som har sex med kvinnor som har sex med män, (KSKM) 34

Föreligger en skillnad avseende säkrare sexstrategi om man tänker ha sex med en man eller kvinna? 39
Internaliserad homofobi eller uttryck för en queer livsstil?....39
Säkrare sex strategier hos KSK. 42
Om barriärskydd - slicklappar 43
Utsätter sig kvinnor som har sex med kvinnor för risker att smittas av sexuellt överförbara infektioner? 45
Sexuella praktiker hos KSK. (Hur gör lesbiska när de skall ha sex egentligen?) 48
Sex med andra utanför en etablerad parrelation. 51
Har KSK diskuterat hur man skall förhålla sig till risk för hiv/STI överföring vid sexuella handlingar utanför relationen?....52

Sammanfattning och avslutande diskussion 55

Tabell och diagramförteckning 57

Tabeller 57
Diagram 57

Käll- och litteraturförteckning 58

Källor från Internet 63

Bilagor 65

Bilaga 1: Enkätens utformning och svarsfrekvens. 65
Bilaga 2: Bild från Socialstyrelsens decemberkampanj. 76
Bilaga 3. Bild från Noaks Ark Skåne, ”Alla kan få hiv”. 77

INLEDNING

Vi vet väldigt lite om homo- och bisexuella kvinnors sexuella hälsa i Sverige. Forskning runt MSM finns i betydligt högre utsträckning beroende på att detta är en utsatt grupp gällande hivöverföring.

När KSK nämns i sammanhang med säkrare sex så blir det vanliga rådet rutinmässigt att använda slicklapp, från många håll. Jag har under några år helt ovetenskapligt frågat runt i gruppen KSK om någon använder slicklapp för att skydda sig mot STI och ingen har sagt ja. Tvärtom är alla mycket kritiska och en kvinna sade ”*neej, det är att som att slicka på en regnjacka*.”

Jag arbetar som hiv och hälsohandläggare på RFSL förbundet och är en del av hbt-samhället. I mina både professionella och privata kontakter möts jag ofta av en okunskap men stor vilja till att lära sig mer om vilka sexuellt överförbara infektioner som överförs mellan kvinnor vilket jag önskar och vill kunna ge mer klara och tydliga besked runt.

Den första svenska studien som kom var Elsa-Leena Rydings studie från Junoenheten på Karolinska sjukhuset i Stockholm 1992. RFSL:s hivkansli gjorde i ett samarbetsprojekt med RFSL rådgivningen 1997 en enkätstudie av lesbiska och bisexuella kvinnor i Stockholm. Lena Moegelin, läkare vid lesbiska mottagningen i Stockholm har gjort en jämförande studie mellan patienterna på lesbiska mottagningen och en vanlig mottagning 2005 och 2008 kom en uppsats från Göteborgs universitet om kvinnor som har sex med kvinnor.

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

December 2008 publicerar Socialstyrelsen en affisch[1] med två kvinnor som kysser varandra. Texten på affischen lyder ”Haft oskyddat sex? Testa dig!”. Vid kontakt med Socialstyrelsen kan de inte uppge vad som är oskyddat sex bland KSK eller vad de specifikt behöver testa sig för (Se bilaga nr 2).

I 2 § hälso- och sjukvårdslagen står att ”målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på *lika villkor* för *hela befolkningen.* Uppnås detta verkligen mot gruppen KSK?

Syfte

Studiens syfte är att beskriva och analysera sexuella kontakter hos kvinnor som har sex med kvinnor med fokus på säkrare sex.

Frågeställningar

1. Genom litteraturstudier över forskning av överföring av STI mellan kvinnor besvara frågan om KSK behöver tänka på ”säkrare sex”?

[1] http://www.socialstyrelsen.se/Amnesord/folkhalsa/HIV-STI/specnavigation/Publikationer/informationsmaterial.htm
(”Affisch 2 om oskyddat sex riktad till KSK”)

2. Genom litteraturstudier av aktuell forskning undersöka om kvinnor som har sex med kvinnor utsätter sig för risker att smittas av sexuellt överförbara infektioner?

3. Genom litteraturstudier och enkät undersöka vilka eventuella hinder som finns hos KSK för att utforma säkrare sex strategi?

4. Genom en enkätstudie undersöka om KSK har någon tanke/strategi kring säkrare sex och hur ser de i så fall ser ut? Skiljer sig strategin åt om de avser att ha sex med en kvinna, man eller transperson?

5. Genom enkätstudien undersöka om KSK som lever i någon form av etablerad kärleksrelation diskuterat hur man bör förhålla sig till risk för hiv/STI överföring vid sexuella handlingar utanför relationen?

Definition av sexuell läggning.

Hur man definierar sexuell läggning är en omtvistad fråga i olika forsknings-studier. Den vanligaste metoden som används för att bedöma personers sexuella läggning är att låta deltagare själv identifiera sig. Sexuell läggning kan karaktäriseras av beteende (vilket kön man väljer att ha sex med), affektiva faktorer (attraktion eller lust) och kognitiva (identitet) dimensioner som kan men behöver inte överlappa varandra. Detta kan variera under en persons livstid. Att särskilja sexuell praktik från sexuell läggning och identitet är något som flertalet forskare lyfter fram som ett angeläget ämne i fråga om risk för överföring av hiv/STI (Arend, 2003). Forskare har noterat att betydligt färre individer identifierar sig som homo- och bisexuella än de som har en samkönad attraktion, fantasier och beteenden (Friedman et al., 2004; Savin-Williams, 2005). Det finns många sätt att definiera icke exklusivt heterosexuella kvinnor; lesbiska, bisexuella, queer, homosexuella mm. Forskare brukar kategorisera kvinnor som har sex med kvinnor (KSK), kvinnor som har sex med män (KSM), eller kvinnor som har sex med både män och kvinnor (KSKM) snarare än med sexuell läggning.

Användning av KSK och MSM har kritiserats utifrån att dessa begrepp kan leda till felaktiga resultat då en sammanslagning av två olika populationer som lesbiska och bisexuella vilka kan vara mycket olika socialt och beteendemässiga sätts samman till en grupp (Richardson, 2000). Genom att använda KSK och MSM så anses (1) att självdefinierade identitetskategorier hos enskilda personer och medlemmar i sexuella minoritetsgrupper undermineras, (2) uppmärksamheten flyttas från den sociala dimensionen av sexualiteten som är avgörande för förståelse av sexuell hälsa, och detta (3) döljer delar av det sexuella beteende som är viktiga för forskning och intervention gällande folkhälsan (Young & Meyer, 2005).

Data från flera studier tyder på att könsidentitet och sexuella beteenden inte är kongruenta varför jag har valt att använda mig av begreppet KSK men i enkätstudien efterfråga kvinnors egen definition.

Metod

Första och tredje frågeställningarna kommer att besvaras i huvudsak genom litteraturstudier. Resterande frågeställningar är kvantifierbara, dvs det går att mäta huruvida kvinnorna har någon form av tanke/strategi runt säkrare sex, omfattning av kommunikation mellan partners och om det råder en skillnad i fråga om tankar runt säkrare sex utifrån vilket kön det är på en sexpartner. Mätning kan ske genom att tilldela variablerna olika talvärden. Därmed passar en kvantitativ metod bra för att undersöka dessa. Jag väljer att göra detta genom en självselekterad webbaserad enkät. Resultatet kommer således inte grunda sig på ett representativt urval.

Eftersom det är viktigt att studien når KSK så placerades den webbaserade enkäten publiceras på RFSL (Riksförbundet för homosexuellas, bisexuellas och transpersoners rättigheter) hemsida. RFSL är den största organisationen i Sverige som jobbar för HBT personers rättigheter.

Jag har valt att använda ett öppet erbjudande om att besvara enkäten och den har varit tillgänglig för de kvinnor som befinner sig på de mötesplatser jag valt ut. Minsta svarsfrekvens bestämdes till 400 svar men jag eftersträvade att få så många svar som möjligt. Sammanlagt svarade 802 personer på enkäten. Vid en reliabilitetsgranskning där jag konsekvenskontrollerade svaren lades två respondenters svar åt sidan pga eventuellt oseriösa inslag.
För att nå potentiella respondenter inom hela åldersspannet så har jag medvetet skickat enkäten till olika individer och grupper.
Den primära metoden som använts är den så kallade snöbollsmetoden; frågan rullar vidare likt en snöboll till andra personer inom gruppen man vill undersöka. Snöbollssampling används vanligtvis vid kvalitativa studier samt vid ”dolda populationer” som där personer antas känna varandra. I analogi med en snöboll, som blir större ju längre den rullar, fås mer information ju fler informanter som nås av frågan. Snöbollsmetoden har använts genom att jag har skickat mail till KSK i min närhet och sedan bett dem vidarebefordra mailet med länk till undersökningen till sina kontakter.

Enkäten fanns ute från 090412 – 090505. Jag har försökt att ha en länk tillgänglig på webbplatser som besöks av målgruppen. Information har funnit på webbplatserna ”Tjejsex”.[2] En klubb vid namnet ”kvinnor som har sex med kvinnor- enkät” har skapats på FB, Facebook.[3] En grupp med samma namn ”kvinnor som har sex med kvinnor – enkät” har startats och lagts ut på Qruiser.com. Det är Nordens största community som riktar sig till homo/bisexuella och transpersoner med över 100 000 medlemmar och 250 000 unika besökare per månad.[4].

[2] Tjejsex är en nystartad sida som främst riktar sig till heterosexuella tjejer som vill ha sex med tjejer.

[3] Facebook är en nätgemenskap där olika privatpersoner kan registrera sig och skapa ett konto. I april 2009 uppskattades att de hade över 200 miljoner medlemmar världen över och växer snabbast av alla sociala nätverk och communities.

[4] Qruiser har just nu 105 281 aktiva medlemmar (senast uppdaterad 2009-04-23). Av dessa är 29 910 tjejer/kvinnor. Vid ca sju tillfällen har jag köpt 8 h ”spotlight plats” i Qruisers högerspalt för att öka antalet besök på klubben och marknadsföra enkäten. Sökning har skett vid ett antal tillfällen på homo och bisexuella kvinnor 15-100 år som är inloggade vid tillfället. Jag har då jag skickat meddelande till inloggade kvinnor och frågat om de vill delta i enkäten.

Jag har även fått ca 20-30 mail till mig personligen med respons och där uppger den absoluta majoriteten att de är positiva och tycker att det är mycket bra att fokus sätts på KSK gruppens sexuella hälsa.

Dessutom skickades information om enkäten ut via e-postlistor för polyamorösa[5] respektive relationsanarkister[6] och via genuslistan vilket är en e-poslista för genusfrågor. Information om enkäten har också gått till samtliga RFSL-föreningar i Sverige. En artikel med länk till undersökningen har också funnits på RFSL:s hemsida.

Eftersom enkäten inte gör anspråk på att beskriva ett representativt urval av KSK-gruppen så anser jag att snöbollsmetoden är fullgod för att uppfylla studiens syfte. Jag har eftersträvat att få kontakt med en så bred population åldersmässigt som möjligt och personer som definierar sig med olika sexuella läggningar och kvinnor som både definierar sig som monogama och ickemonogama. Utöver detta har jag vinnlagt mig om att specifikt ”snöbolla” till exempelvis gruppen äldre personer.

När man använder sig av snöbollsmetoden är det av stor vikt att definiera de egenskaper som styr valet av respondenter. De kriterier som mina respondenter behövde uppfylla för att kunna delta i enkäten var att de identifierade sig som kvinna och någon gång hade haft sex med en annan kvinna.

Det finns metodmässiga problem med att göra en internetbaserad enkät där urvalet är självselekterat. Ett sådant problem är att det inte går att generalisera resultaten till en större population. Andra problem är att det inte går att på något sätt kontrollera lämnade svar, exempelvis att en respondent verkligen haft uppgivna sexuellt överförbara infektioner. Jag har försökt att åtgärda detta genom att reliabilitetsgranska materialet och ta bort svar som verkar vara oseriösa vilket resulterade i att två svar lades åt sidan. metod har använts tidigare inom sexualitetsforskningen mot MSM-gruppen. (Tikkanen, 2008).

Att använda sig av datoradministrerade frågeformulär har både för och nackdelar. En fördel är att det är ett enkelt och billigt sätt att administrera enkäter. En enkät värnar individens integritet. Genom att välja att lägga enkäten via Webropols enkätverktyg kan anonymitet utlovas, inga IP-nummer registreras och det går inte att spåra vem som svarat på enkäten. Nackdelen är att samma person kan fylla i samma enkät flera gånger och därför skrev jag uttryckligen att den endast skall fyllas en gång per person.

En nätbaserad enkät riktar sig till personer som har viss datavana vilket kan påverka urvalet. Det krävs också en viss förmåga till läsförståelse. Det sistnämnda kan förebyggas genom att använda lätt svenska och undvika svåra ord. Det är också viktigt att förklara mångtydiga begrepp som exempelvis sex (Weinhart, et al. 1999). En person kunnig på lätt svenska granskade enkäten innan publicering.

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

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

Metoddiskussion

Det existerar ett epistemologiskt krav på att forskningsdata skall vara kvantitativ för att kunna användas i jämförelser. Stora mängder data hanteras tekniskt lättare med statistiska dataprogram. Ett viktigt krav är också att forskarsamhället, allmänheten eller statliga organ ofta kräver hårda kvantifierade fakta för att framstå som vetenskapligt trovärdig (Kvale, 1997). Utifrån detta kan jag se tre skäl till att göra en kvantitativ studie:

Jag vill ha ett stort underlag för att undersöka hur kvinnor som har sex med kvinnor tänker och förhåller sig till säkrare sex.

Jag vill undersöka i vilken omfattning data från min undersökning är i överensstämmelse med tidigare både nationell och internationell forskning på området.

Min erfarenhet ligger också i linje med vad Kvale uttrycker; att det är lättare att presentera kvantitativa resultat för exempelvis bidragsgivare till medel för hiv/STI -prevention.

Jag kan dock tycka att det är problematiskt att den positivistiska kunskapen fortfarande premieras i fråga om exempelvis resursfördelning. Kunskap runt icke kvantifierbara bakomliggande orsaker är också en viktig kunskap i den sexologiska/ samhällsvetenskapliga forskningen.

Nackdelen med den kvantitativa metoden är att den inte säger något om upplevelse, uttryck och förståelse runt hur personer tänker och kommunicerar.

Enligt mitt sätt att förhålla mig till vetenskaplig metod så tar jag avstånd från en renodlad positivism där människan analyseras utifrån en sträng reduktionism. Studier av mänskligt beteende måste bygga på metoder och förståelse av den mänskliga komplexiteten.

Kvantitativ metod – webbenkät

Innan enkäten publicerades på Internet så gjorde jag en förstudie för att justera frågeformuläret. Ett antal personer har fått besvara enkäten och därefter kommenterat eventuella frågor som man upplevt vara problematiska på något sätt. Testpersonerna ombads även kommentera enkätens tekniska och operativa utformning. Utifrån kommentarerna reviderades det enkäten.

En fördel med att använda en webbaserad enkät är att underlaget registreras direkt och kan därmed sedan direkt exporteras in för bearbetning i programvaran Statistical Package for the Social Science, SPSS. Som jag tidigare nämnt så reliabilitetsgranskades underlaget innan analys och två direkt oseriösa svar rensades bort. En metod att mäta reliabiliteten är att genomföra en TR (test-retest reability) där samma enkät utförs två gånger på samma person för att säkerställa kongruens. Detta är dock en alltför omfattande sak att utföra varför jag istället avser att ställa viktiga frågor flera gånger med olika formuleringar samt infallsvinklar för att därigenom försäkra mig om att informanterna förstått frågan och ger liknande svar på samma frågeställning (Weinhardt. et al. 1999).

Resultatet redovisas med frekvenstabeller, medelvärden, standardavvikelser och medianvärden. I frekvenstabellerna redovisas antalet observationer för varje talvärde hos variabeln. Eventuellt bortfall kommer att redovisas

Regressionsanalys kan vara en lämplig metod för att gå vidare med fler analyser av det insamlade materialet. Jag hoppas att få möjlighet att fortsätta undersöka KSK sexuellt risktagande då man kan visa hur en eller flera oberoende variabler har betydelse för att predika utfallet på en annan variabel (beroende variabel), se liknande analyser i (Tikkanen, 2008). Regressionsanalyser kan presenteras genom oddskvoter, vilken kan översättas med hur starkt risken för något beror på något annat, exempelvis på hur en säkrare sex strategier ändras beroende på om personen avser att ha sex med en kvinna, man eller transperson. Detta är en utmärkt metod att faktiskt undersöka flera av mina frågeställningar.

För att statistiskt säkerställa skillnader mellan svar kommer chi-2 test att användas. Chi-2 testet undersöker om fördelningar i skillnader är signifikant skilda och genom att testa detta går det att få en indikation om eventuella skillnader är slumpmässiga eller inte (Edling & Hedström, 2003). När jag i texten uppger att något är signifikant statistiskt så bygger detta på ett chi-2 test. P-värdet (som visar statistisk signifikans) räknas enkelt ut av SPSS. Ett lågt p-värde innebär att de troliga är att det observerade inte är beroende av slumpen. Signifikansnivån brukar ligga på 0,05 dvs att det är mindre än 5 procent risk är att skillnaderna man ser i tabellen inte beror på slumpen.
Det är viktigt att påpeka att ett statistiskt signifikant samband inte nödvändigtvis är ett socialt eller vetenskapligt viktigt samband (Edling, Hedström, 2003).

Detta är en kvantitativ studie men några frågor i enkäten har haft ett öppet svarsalternativ och fått en omfattande svarsfrekvens vilket möjliggjort en mer kvalitativ analys på dessa områden. En fråga som haft en öppen design handlade om vilka säkrare sexstrategier respondenterna har och dessa svar har använts för att belysa tankar runt säkrare sex hos gruppen. Svaren på sista frågan[7] där deltagarna fritt kunnat formulera sig runt förbättringar gällande den sexuella hälsan för KSK har kategoriserats in i fyra områden och analyserats.

Validitet innebär att de data som är insamlad verkligen har giltighet för syftet med undersökningen (Edling & Hedström, 2003). Gällande enkäten så handlar validiteten om att frågeställningarna uppmätts på rätt sätt. För att öka chanserna till detta har jag använt mig av samma frågor vilka återfinns i tidigare vetenskapligt beprövade undersökningar, bland annat den stora sexvaneundersökningen från 1986. Då dessa frågor genomgått granskning bör detta leda till en högre validitet. Vissa av svaren på frågorna kan då jämföras med tidigare resultat.

Reliabiliteten kan påverkas av olika faktorer; mätinstrumentet, forskaren som utför mätningen, omgivningen samt de som svarat på enkäten. Inom kvantitativ forskning är reliabilitet lika med reproducerbarhet. Det är viktigt att noggrant beskriva hur man gått tillväga gällande urval, tillvägagångssätt och databearbetning.

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

Vad gäller känsliga ämnen såsom sexualitet är det svårt att avgöra om svaren vilka deltagarna ger i en enkätundersökning motsvarar den verkliga situationen. En enkät kan vara en mycket lämplig metod då man vill få kunskap om handlingar vilka kan vara laddade för den enskilde (Tikkanen, 2008).

Etiska reflektioner

I ”Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning” finns fyra huvudkrav. Nedan kommer jag att redogöra på vilket sätt jag avser att förhålla mig till dessa;

Deltagarna i webbenkäten kommer att informeras om syftet med undersökningen. *Informationskravet* innebär att det i webbenkäten finns information om syftet redan i inledningstexten och frivillighet betonas. I relation till *samtyckeskravet* så informeras även alla om att deltagande är helt frivilligt. Deltagarna kommer att vara från 15 år och uppåt. *Konfidentialitetskravet* är mycket viktigt när det handlar om en studie som berör sexualiteten. Namn, plats, specifikt yrke, specifik ort, specifikt etniskt ursprung kommer ej att redovisas för att försäkra deltagarnas anonymitet. Deltagarna får noggrann information om att deras svar kommer att behandlas konfidentiellt och att svaren är helt anonyma. Frågor runt hur och vilka sexuellt överförbara infektioner som smittar mellan kvinnor och rädsla för att bära på en STI kan uppkomma vid ifyllandet av enkäten. Telefonnummer till mig som hiv och hälsohandläggare på RFSL fanns därför i slutet av enkäten om frågor uppstått. *Nyttjandekravet* innebär att deltagarna också informeras om att uppgifter som framkommit främst kommer att användas för avsedd studie. Internationellt sett är kvinnor vilka har sex med kvinnor en grupp som har låg kunskap om hur man kan skydda sig mot STI och vilka STI som kan överföras kvinna till kvinna. Flera tidigare studier har visat att exempelvis kunskap om behovet att gå på regelbundna cellprovs- kontroller är låg bland gruppen. Ifall min studie visar på samma resultat kan den förhoppningsvis användas som grund för att motivera ett stärkt preventivt arbete mot gruppen KSK. Resultatet kan delges vårdpersonal som generellt har en låg kunskap inom detta område genom. Detta kan bl a ske genom RFSL:s utbildningsverksamhet.

Jag kommer inte att kunna hävda en allmän generaliserbarhet för min studie då den inte är utförd på representativt urval. Genom att använda webbaserad enkät når jag enbart dem som är inne på Internet och har viss kunskap om hur man hanterar datorer. Vilka generella slutsatser kan då dras utifrån materialet? Kommer resultatet vara beroende av kontexten som jag hämtat mina informanter ifrån? Jag kommer att prova mina resultat mot om slutsatserna enbart kan anses representativa för den specifikt undersökta gruppen. Genom att undersöka om mitt resultat överensstämmer med tidigare forskning inom området kan jag få en uppfattning om möjligheten att generalisera.

Ett queerfeministiskt perspektiv på kvinnlig sexualitet.

En del av min teoretiska utgångspunkt är hämtad utifrån en queerfeministisk teoribildning, vilket skapar en analyskategori som jag använder för att underbygga sammanhang.

Den feministiska forskningen problematiserar maktförhållandet mellan könen. En förekommande kritik mot feministisk forskning är att man närmar sig med en väldigt uttalad förförståelse. Feminister delar dock en allmän kritik mot den traditionella vetenskapen och menar att den hyllade objektiviteten kan vara en fiktion och maskerar forskningens perspektiv och dess politiska roll.

Heteronormativitet

Heteronormativitet är ett viktigt begrepp för min analys. Här utgår jag ifrån Tiina Rosenbergs definition vilken lyder att ”heteronormativitet är ett antagande om att alla är heterosexuella och att det naturliga sättet att leva är heterosexuellt.” (Rosenberg, 2002).

Begreppet heteronormativitet åsyftar i forskningssammanhang ”de institutioner, strukturer, relationer och handlingar som vidmakthåller heterosexualitet som något enhetligt, naturligt och allomfattande.” Heteronormativitet grundar sig på synen på binär könsuppfattning och en hegemonisk heterosexuell norm. (Rosenberg, 2002). Det anses som självklart att vara heterosexuell och de som inte lever upp till normen riskerar att bli osynliggjorda, marginaliserade och stigmatiserade.

Könsmaktsperspektiv på kvinnlig sexualitet

Hur kan vi förstå att det finns begränsat med forskning om kvinnor som har sex med kvinnor internationellt i allmänhet och nationellt i synnerhet? Hur kan det komma sig att sjukvårdspersonal har mycket begränsad kunskap i området? Hur kan osynliggörandet av lesbisk sexualitet fortgå?

Utifrån ett könsmaktsperspektiv kan vi förstå att sexualiteten är inte bara en fråga om fysisk njutning och kontakt mellan kroppar utan kan även betraktas utifrån ett socialt fenomen vilket har ett nära samband med maktrelationer. Grundantagandet är att kön och makt både är och varit förknippade med varandra kulturellt, historiskt och samhällsmässigt sett. Att vara KSK ifrågasätter heteronormativiteten i samhället. Den visar på att det finns en sexualitet bortom mannen. Det betyder i sin tur att kvinnan inte är ett passivt sexuellt objekt, utan ett aktivt sexsubjekt.

Genom 1960- och 1970-talets kvinnorörelse skapades en politisering av lesbiska över hela västvärlden. Det skedde en radikalisering av lesbiskhet och många valde också att engagera sig i den nya kvinnorörelsen. Röster höjdes för att kvinnor skulle bli lesbiska av politiska skäl. Det var ur detta radikalfeminismen föddes. (Rosenberg, 2006) Radikalfeminismen menar att kvinnor är förtryckta utifrån sitt kön. Förtrycket yttrar sig genom att män förtrycker kvinnor både i familjen och strukturellt i samhället. Det är heteronormativiteten som både upprätthåller och orsakar förtrycket av kvinnor. Kvinnor erotiserar underordning och män skall tända på att vara överordnade. Mäns kontroll av kvinnor tar yttringar i

kvinnomisshandel, porr och prostitution. Lesbiska kvinnor förtrycks därför att det utgör ett hot mot den manliga kontrollen över kvinnors kroppar (Gemzöe 2005). I början av 1980-talet uppstod en kritik mot den radikalfeministiska analysen. Kritiken handlade om att radikalfeministerna var för lite sexbejakande och fokuserade för mycket på farorna med sexualiteten. Genom detta sätt att agera kunde dikotomin kring kvinnors sexualitet som passiv och underordnad samt mäns sexualitet som aktiv och aggressiv upprätthållas. The Barnard Sexuality Conference 1982 ses som en milstolpe när bl a Carole S. Vance anordnade konferensen ”Pleasure and Danger”. Syftet var att utforma en feministisk strategi vilken minskar faror för kvinnor i sexualiteten samt utvidgar kvinnors möjligheter till njutning och ett försök till att formulera en egen syn på kvinnors sexuella njutning. Konferensen möttes av stora protester från porrmotståndare. Efter konferensen ökade polariseringen. Sedan 1980-talet har det funnits en konflikt i kvinnorörelsen som bottnar sig olika syn på kön och sexualitet. Detta fick en tydlig urladdning också i Sverige vid den numera legendariska debattaftonen på Kvinnohuset i Stockholm. Det var en diskussionsafton med temat ”Feminism – Queer: motsättning eller inte? I början av kvällen restes krav på att den transsexuella Erica Zander skulle kastas ut från lokalen dit enbart ”äkta kvinnor” hade tillträde. Det blev en het debatt och några rasande medlemmar på Kvinnohuset lämnade lokalen i protest över att Zander fick kvarstanna. Ulrika Dahl, fil dr och lektor vid Södertörns högskola, beskriver konfliktens kärnfrågor som synen på vad kön är och om den separatistiska strategin som en del av det feministiska arbetet. Queerfeminismen ser kön som en icke stabil, relationell och föränderlig identitet som ständigt är i process och inte är en fast kategori (Rosenberg, 2006).

Homosexuella begär

Teoretiskt har diskussionen om kön och sexualitet tagit sin fortsättning i queerteorin. Queer är både som politisk rörelse och teori ett begrepp vilket uppmärksammar olika företeelser i samhället med koppling till genus, sexualitet och makt snarare än att arbeta för att likställa homosexualitet och heterosexualitet. Queer handlar ytterst om brott och kritik och inte om identitet, handling och/eller person, vilket skapar svårigheter att definiera begreppet. Queer är inte en allmän motståndsidentitet för människor som inte passar in i normen. Queer har alltid sin förankring i den exkluderande heterosexuella normen och i relation till kön samt sexualitet.

Queer-rörelsen bygger sin teori på i Judith Butler och andra postmoderna teoretiker. Den heterosexuella matrisen är ett centralt begrepp hos Butler (1990) och är en hegemonisk diskursiv modell där genus förutsätter rätt kropp som måste utgå från ett stabilt kön. Dessa två kön är varandras motsatser och definieras hierarkiskt genom den obligatoriska heterosexualiteten. "Rätt" genus garanteras av den heterosexuella begärsriktningen. Genom detta system skapas föreställningen om en ursprunglig natur. Genom att straffa avsteg och belöna inordning i de normativa rollerna skapas identiteter som agerar utefter sina föreskrifter och utför specifika handlingar som upprepas tills vi förväxlar orsak med verkan. Människor som agerar på ett sätt där genus inte följer av kön eller där begärets handlingar inte följer av vare sig kön eller genus ses som avvikande och fel men i detta finns en subversiv kraft menar Butler. Hon menar att upproret finns inbundet i förbudets logik. När det som ter sig som verkligt sätts i kontrast till någonting overkligt kan det verkliga hamna i kris (Butler, 1990). Tvåsamheten tar sin grund från detta och reproducerar en föreställning om heterosexualitet, att det finns en

grundläggande skillnad mellan könen och arbetsdelning bör ske utifrån detta. Det ideala blir parförhållande. Detta drabbar inte bara heterosexuella utan även homosexuella. Grunden i Butlers teori bygger på att olikheter mellan könen inte kan utgå ifrån en biologisk olikhet. Hon förordar att det inte finns någon distinktionen mellan kön och genus utan att detta alltid är performativt konstituerat. Hon bygger på ett antagande om att verkligheten skapas diskursivt, dvs. genom specifika sätt att tala om, uppfatta och konstruera den sociala världen. Det inte finns något kön som föregår ett genus och därmed blir genus alltid ett görande. Genus är något man gör tillsammans med andra (Butler, 2005).

Pia Lundahl har beskrivit hur lesbiska identiteten konstitueras och tolkas i enlighet med tillgängliga representationer. För de intervjuade kvinnorna är den lesbiska identiteten ihopkopplad med sexualitetens förläggande i en relation. Att särskilja sexualiteten från en relation ses som ett mer manligt agerande. Sexualiteten kopplas också till en norm om monogami. Kvinnorna ger uttryck för att sexualiteten har en hel del restriktioner både till form och innehåll. Sexualitetens betydelse tonas ner och andra värden som gemenskap, vänskap och trygghet betonas. Kvinnorna beskriver att det sexuella intresset så småningom falnar och relationen har en tendens att övergå till att mer likna ett väninneförhållande. Samtidigt beskriver informanterna att det är ett av skälen till att relationerna så småningom tar slut (Lundahl, 1998).

Bisexualitet har setts som en fas i en målinriktad komma ut process. Att vara bisexuell uppfattas hos vissa vara ett mellanled i utvecklingen att bli sant lesbisk. Frågan om bisexualitet hos lesbiska har varit laddad. I Lundahls avhandling framkommer att informanterna strävar efter stabila beständiga och ordnade identiteter. Kvinnor som går från att vara lesbiska till att definiera sig som bisexuella betraktas som ”avfällingar”. Det sker en tabuisering av heterosexuella känslor hos lesbiska (Lundahl, 2001).

Den homosexuella utvecklingshistorien eller – motståndshistorien – är en vanligt förekommande företeelse inom hbt–världen, detta innefattar historien om hur ”jag kom ut ur garderoben” dvs. förstod och artikulerade min särart gentemot omgivningen. Dessa historier bär ofta drag av att huvudpersonen kämpar emot ett yttre tvång i form av normer och social kontroll och befriar sig från detta och kommer ut. Ut kommer någon form av autentiskt jag. Detta är ett uttryck för en essentialistisk utgångspunkt där sexualiteten är något genuint. Den homosexuella rättighetsrörelsen har sedan 1980-talet drivit frågan om jämlikhetskrav som exempelvis samkönade äktenskap, rätten att adoptera, insemination mm. Två personer av samma kön skall ha rätt att bilda en konventionell familj. Kritiken mot detta har bestått i att det i mycket liknar de vita heterosexuella medelklassens tvåsamhetsnorm och avvikande sexuella praktiker exkluderas. Detta har fått en motståndsrörelse i form av queerrörelsen (Laskar, 2003).

Butler genom Rosenberg (2005) menar tvärtom att identitetskategorier tenderar att bli instrument för regimer; som ett redskap för förtryckande strukturers normaliserande kategorier eller samlingspunkt för frigörelseriktad kamp mot just det förtrycket. Kategorier behövs men blir också till konstanta hinder. Vem eller vad blir synligt när någon kommer ut? Kan sexualiteten förbli sexualitet om den utsätts för transparens och uppenbarelse eller blir något ändå dolt bakom den öppna fasaden? Vad är de avgörande faktorerna för att betecknas ha en lesbisk sexuell läggning? Är det specifika lesbiska erfarenheter, lesbiskt begär eller

lesbisk sexualitet? Butler konstaterar att det inte finns något samlat svar på den frågan utom möjligtvis en gemensam erfarenhet av hur homofobi slår mot kvinnor. Genom att påstå att det finns en specificitet hos lesbisk sexualitet upprätthålls den heterosexuella matrisen eftersom specificiteten etableras genom att den inte finns utanför eller bortom. Det politiska problemet blir inte att hävda en specifik lesbisk sexualitet eller framhålla den sekundära statusen utan istället rikta blicken mot det som privilegierar heterosexualiteten som ursprung. Detta kräver en omvärdering av drag och andra former av sexuella tvärriktningar som bekräftar den inre komplexiteten hos en lesbisk sexualitet (Rosenberg, 2005).

Även inom hbt-rörelsen finns ett monogamt ideal och Ulrika Dahl, menar att den lesbiskhet som är accepterad i dagens Sverige präglas av monogama partnerskapsrelationer med barn (Rosenberg, 2006).

I en norsk undersökning (Pedersen, 2005) analyserades homosexualitet som ett multidimensionellt fenomen där både handlingar, begär och identitet ingick. Data från denna undersökning visade att lesbiska kvinnors erfarenheter, intresse och identitet vävs samman med heterosexuella aktiviteter på ett annat sätt än hos män. Intervjuerna i studien visar också på en mindre rädsla för homosexualitet och glidande övergångar mellan väninnebaserad intimitet och sexualitet samt bisexuellt experimenterande som ett tillskott till ett annars heterosexuellt levnadssätt. I detta avseende finns en stor könsskillnad då en man som har en erotisk kontakt med en annan man överskrider en tabugräns för en ”normal mansroll”. Studien visar att tjejerna hade sin sexuella debut med en person av samma kön tre år senare än killarna och de blev klara över sin sexuella läggning senare. Tjejerna inledde ofta sin tonårssexualitet med killar under tiden killar ofta hade sina första sexuella erfarenheter med andra killar. Intervjudata visade att tjejer hade ett större sexuellt utrymme för att flirta och vara med andra tjejer (väninnor). Bisexualitet var tämligen accepterat men att leva lesbiskt var svårare att acceptera. Om tjejerna blev förälskade eller fick djupare känslor för en annan tjej blev det ”farligare”. Så länge kvinnan inte utvecklar djupare emotionella kontakter till en annan kvinna tillåts intimare erotisk kontakt utan att det hotar hennes heterosexualitet och femininitet. Det manliga heterosexuella begäret ser ut att omsluta även kvinnor som har sex med kvinnor, detta är inte minst synligt i heterosexuell pornografi riktat till män.

Analysen av studien inbegriper en mycket intressant frågeställning som handlar om queerteorin kamouflerar skam och identitetsproblematik. Det som ytligt betraktas som queer kanske egentligen inrymmer osäkerhet och ambivalens gällande den egna sexuella läggningen och samkönad förälskelse. (Pedersen, 2005). Kan det vara så att begreppet queer är ett sätt att inte behöva komma ut som lesbisk/bisexuell?

Falloscentrism

Det som främst representerar manlig sexualitet är penisen detta trots att män också har en rad andra erogena zoner. Penisen skall antingen direkt eller via metaforer ge bilder av något hårt, styr och upprest. Fallosen är kraftfull och mäktig symbol för den manliga sexualiteten och en metafor för makt och mystik. Penisen har också setts som den aktiva, den som penetrerar. Det är inte vaginan som aktivt tar och håller penisen i ett heterosexuellt samlag (Hirdman, 2008).
Män socialiseras tidigt in i glorifiering av det manliga könsorganet och redan som liten pojke får han ofta höra om snoppens funktion och betydelse under tiden

kvinnor lite diffust får veta att hon har en ”framstjärt”. Hennes könsorgan hyllas inte alls.

Könsbundna identiteter antas ofta vara givna på förhand utifrån de dikotoma uppdelningen mellan könsorgan: penis motsvarar manlighet och slidan (eller avsaknad av en penis) motsvarar kvinnlighet. I en studie om samband mellan slida och könsbunden identitet talade kvinnor om kön och identitet och bekräftade sambandet mellan att ha en vagina och vara en kvinna. I kvinnors tal om sin vagina och identitet har den sexuella funktionen en nyckelposition. Heterosexuella sexkontakter ses som den centrala funktionen vilket vaginan är skapad utifrån. Vaginan hade också en reproduktiv funktion specifikt i relation till menstruation och ett barns födelse. Även barnlösa kvinnor associerade till den reproduktiva förmågan hos kvinnan och detta visar den förhärskande idén om kvinnlighet och moderlighet som två synonyma begrepp. Studien av kvinnorna visade de två traditionella roller som kvinnan i väst har; att vara sexuellt tillgänglig för män (specifikt via giftermål) och att vara mödrar till de kommande generationerna (Braun & Wilkinson, 2005).

Fler forskare bekräftar att vår kultur är oerhört fokuserad på coitus och fallos i sexualiteten och det finns en rad antaganden som ligger latent: Coitus är den sexuella akten, allt annat är förspel eller inte riktigt sex. Vår kultur föraktar sexuella relationer som utesluter coitus. (Gudorf, 1994) Ett exempel på detta kan man läsa på websidan; Gynekologi.info där man under " Så fungerar det kvinnliga underlivet" kan läsa om de inre blygdläpparnas funktion;
"*De inre blygdläpparnas naturliga och finurliga funktion är att svullna vid sexuell upphetsning och bilda en mjuk fuktig tratt som leder penis rätt vid samlag."*
(http://www.gynekologi.info/safungerarkvinnansunderliv.html, 081204)
Det kvinnliga könsorganets funktion reduceras till att fylla en funktion för det heterosexuella samlaget.

Queerteoretikern Judith Butler menar dock att den lesbiska fallosen symboliskt kan vara en arm, en hand, en tunga, ett knä, ett finger eller ett lår. Denna scen rubbar logiken och icke-motsägelser. Genom att tillskriva lesbianism en falloscentrism lyckas Butler förklara vikten av en heterosexistisk logik att fallos endast symboliseras av det manliga könsorganet. (Edenheim, 2006)

Kvinnlig sexualitet osynliggjord

Sexologins grundare och däribland Freud har konstruerat en modell av sexualiteten som har blivit svår att frångå. Den har byggt på en norm som varit heterosexuell, reproduktiv, manlig och där kvinnlig sexualitet setts som något sekundärt eller i relation till den manliga. Den kvinnliga sexualiteten har sett som passiv och underordnad i en dikotomi till den överordnade och aktivt manliga sexualiteten. Den kvinnliga sexualiteten sågs som den mörka kontinenten av Freud. Synen på kvinnan var fram till 1800-talet präglad av en tanke om att den kvinnliga kroppen helt enkelt var en inåtvänd variant av den manliga. Lesbiska kvinnors sexualitet har varit mycket problematisk då den har varit autonom från manlig inblandning (Weeks, 2003). Det finns en ickedefinition av kvinnligt samkönat begär. Lesbianism intar en *abjekt* position dvs blir vare sig subjekt eller objekt (Edenheim, 2005). Den kvinnliga homosexualiteten nämndes knappt i utredningarna som föregick lagändringen 1944 då homosexualitet avkriminaliserades. De som utredde lagändringen hade dålig kunskap om kvinnors homosexualitet. De såg skillnad mellan manlig och kvinnlig

homosexualitet där kvinnlig homosexualitet karakteriserades av kyssar och smek och manlig av erektion och ejakulation. Strafflagsberedningen skickade ut en enkät vilken till två tredjedelar besvarades av kvinnor. Bakgrunden var en vilja att undersök huruvida den kvinnliga homosexualiteten innehöll samhällsfarliga element (Lundahl, 2001).

Hite-rapporten kan ses som en milstolpe i kvinnors kamp för att få tillgång till sin egen sexualitet. Den kom 1976 och baserades på en enkät med 3000 kvinnor och kom ur ett behov av att fråga kvinnor själva hur de upplever sin sexualitet. Hennes undersökning visade att av de 82 procent som onanerade uppgav 95 procent att de kunde få orgasm närhelst de ville. Tidigare hade kvinnans sexualitet setts som ett gensvar på mannens sexualitet och sexuella handlingar. 144 kvinnor (8 procent) i Hiterapporten föredrog att ha sex med kvinnor, ytterligare 73 förklarade att de var bisexuella och 84 andra hade haft sexuellt umgänge med både män och kvinnor. Hite såg att orgasmfrekvensen var högre i lesbiska relationer än i heterosexuella och lesbiska. Sexualumgänget var också i genomsnitt längre. Shere Hite uttrycker förvåning över att kvinnorna i hennes undersökning ofta nämnde sitt intresse för sexuellt umgänge med andra kvinnor även när detta inte efterfrågades. Många kvinnor beskriver också en slags kvalitetsskillnad mellan sex med en man och en kvinna.

”*Det är alltid mer omväxlande att älska med en kvinna än med en man, och det fysiska handlandet är mer ömsesidigt. Visserligen kysser man och smeker samma ställen på kroppen, men det känns så mycket intensivare när det är en kvinna som gör det*” (Hite, 1976).

I senare utredningar finns en tendens att beskriva lesbianism som passivt och nästintill asexuellt. En utredning avviker och det är adoptionsutredningen från 2001. Där behandlas i första hand lesbiska som mödrar och enbart sporadiskt tas homosexuella män upp som fäder. Att definiera lesbiska som mödrar dock ett sätt att kategorisera in kvinnorna i den mest kvinnliga och asexuella positioner som finns – moderskapet (Edenheim, 2005).

Sexualiteten och parförhållanden har länge varit nära sammanlänkande. Sexuella aktiviteter har reglerats genom att sammankopplas med olika befästa relationsformer som t ex äktenskapet. För ett halvt sekel sedan var äktenskapet nära förknippat med sexualiteten och först 1971 togs de särskilda regler som gällt barn som fötts utanför äktenskapet bort. I exempelvis Simon and Gagnons bok ”Sexual Conduct” från 1973 finns en självklar sammankoppling mellan vuxensexualitet och äktenskap. Det har dock skett stora förändringar avseende samlevnadsformer och familjemönster under de senaste decennierna.

I Fanny Ambjörnsson studie ”I en klass för sig” var eleverna i den undersökta skolan tveksamma huruvida lesbiska tjejers sexuella erfarenheter verkligen kan ses som sex. Tveksamheten kvarstod även då det fanns öppet lesbiska tjejer som både var erfarna och öppet talar om sina erfarenheter. Ambjörnsson analys är att tystnaden kan vara ett resultat av en välvilja hos allmänheten att inte göra ”sak” av det men konstaterar dock att det är denna ”välvilliga tystnad” som upprätthåller heterosexuella normer och osynliggör andra sexualiteter (Ambjörnsson, 2006).

KSK OCH STI – VAD SÄGER FORSKNINGEN?

Behöver KSK tänka på säkrare sex? Utsätter sig KSK för risker att smittas av STI? För att kunna besvara dessa frågor har jag gjort en forskningsöversikt på sexuellt överförbara infektioner som förekommer hos gruppen KSK. Jag har även studerat omfattning och prevalens.

Får KSK sexuellt överförbara infektioner?

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

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

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

* *Omfattas av smittskyddslagen.*

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

Sexuellt överförbara infektioner orsakade av virus

Herpes Simplex, HSV

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

Läppherpes smittar via saliv, kyssar etc. Herpesvirus smittar också via sex och virus kan då överföras till könsorganen från munnen eller underlivet.

Virusutsöndringen i saliv kan pågå i många veckor efter en primär tandköttsinfektion, medan patienter med primärinfektionen genitalt vanligen är smittsamma i 1–2 veckor. Inkubationstiden anges vanligen vara 2–20 dygn.

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

Hiv

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

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

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

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

Humant papillomvirus (HPV-virus).

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

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

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

Livmoderhalscancer drabbar omkring 450 kvinnor i Sverige varje år och cirka 150 kvinnor dör av sjukdomen. Förutsättningen för att livmoderhalscancer ska

utvecklas är att livmoderhalsen infekterats med ett eller flera HPV. Från primär HPV-infektion till fullt utvecklad cancer kan det ta mycket lång tid, ofta mer än 20 år. Bland de cancerframkallande (onkogena) virustyperna är HPV16 och HPV18 vanligast och beräknas orsaka ca 70 procent av all livmoderhalscancer, medan HPV6 och HPV11 orsakar ca 90 procent av alla fall av könsvårtor. HPV-typer kan infektera slemhinnor kring könsorgan, livmoderhals, vagina, vulva, ändtarm och tonsiller hos kvinnor (Läkemedelsförmånsnämnden, 2008).

HPV virus hos kvinnor som har sex med kvinnor.

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

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

Sexuellt överförbara infektioner orsakade av bakterier

Bakteriell vaginos

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

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

Klamydia

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

Klamydia omfattas av smittskyddslagen, vilket innebär att den är anmälningspliktig och att sjukvården måste utföra smittspårning utifrån varje nytt fall.[8]

[8] Smittskyddslagen. SFS 2004:168.

Genital klamydiainfektion är symtomlös i 50-70 procent av infektionerna och självläker i stor utsträckning. Detta innebär att många som smittas med klamydia inte märker inte att de har infektionen. Eventuella symtom yttrar sig främst med sveda/klåda när man kissar, beroende på inflammation i urinröret.
Kvinnor drabbas oftare av komplikationer än män. Äggledarinflammation är en inte sällan återkommande komplikation vid klamydia. Studier visar att 10–30 procent av klamydiainfektioner i cervix utvecklas till salpingit = äggledarinflammation (Westrom & Eschenbach, 1999).
10–20 procent av kvinnor med salpingit får utomkvedshavandeskap eller blir infertila pga nedsatt eller blockerad passage i äggledarna. En äggledarinflammation efter klamydia är den vanligaste orsaken till infertilitet på grund av nedsatt eller blockerad passage i äggledarna (Westrom, Joesoef, Reynolds, Hagdu & Thompson, 1992).

Övrigt

Candida

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

Trikomonas

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

Prevalens

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

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

I en stor studie från USA med 6935 självidentifierade lesbiska från alla amerikanska delstater uppgav 17 procent att de haft en diagnos av en eller flera i sitt liv (Diamant et al, 2000).

I en undersökning från London visade det sig att en majoritet av KSK rapporterades ha en sexuell historia med män (82 procent). Bakteriell vaginos och Candida var de vanligaste diagnoserna (31,4 procent respektive 18,4 procent). Genitala vårtor, genital herpes och trikomonas var mer sällan diagnosticerat (1,6

procent respektive 1,1 procent och 1,3 procent). Klamydia och gonorréinfektioner mer sällsynt (0,6 procent respektive 0,3 procent) och fanns endast hos kvinnor som hade haft sex med män (Bailey et al., 2003).

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

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

I en annan amerikansk studie med 7929 kvinnor kommit fram till att 17,2 procent någon gång haft en sexuellt överförbar infektion. De vanligaste rapporterade sexuellt överförbara infektionerna var trikomonas (6,0 procent), genitala eller anala vårtor (4,8 procent), klamydiainfektion (4,6 procent), herpes analt eller vaginalt (3,3 och gonorré (1,62 procent). Mindre än 1 procent av de svarande rapporterade en historia av syfilis (0,3 procent) eller hivinfektion (0,1 procent) (Diamant et al., 1999).

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

I en studie från Brasilien med 145 KSK framkom att 38 procent haft en tidigare STI; trikomonas 3.8 procent, bakteriell vaginos 33,8 procent, Klamydia 1,8 procent, hepatit B 7 procent, hepatit C 2,1 procent, onormalt smear prov 7.7 procent, humant papillomvirus 6.2 procent och HIV 2.9 procent (Pinto el al., 2005).

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

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

Teori

Denna uppsats har ett socialkonstruktivistiskt perspektiv där sexuella handlingar får en mening genom sitt sociala sammanhang. I huvudsak utgår jag från Simon & Gagnons script-teori och Giddens teorier om den plastiska sexualiteten och uppluckringen av kärleksideologin.

En förändrad sexosofi

Den svenska sexosofin[9] har konstruerats utifrån en två rådande script vilket är *kärleksideologi* och *heteronormativitet*. Kärleksideologin delar upp handlingar i bra beteenden (sex inom ett monogamt kärleksförhållande) och dåliga beteenden (rekreativt sex eller sex utanför ett kärleksförhållande) (Helmius, 2000). Sex har i Sverige under lång tid sammankopplats med äktenskapet men sedan ett några decennier tillbaka kan man se att denna koppling sakta håller på att lösas upp till förmån för en mer plastisk sexualitet.[10] Flersamma relationer, KK (knullkompis) och fler antal sexpartners under livet är uttryck för detta. Attitydförändringarna har en motsvarighet i en faktisk förändring i människors sexuella beteenden. Det finns mycket som pekar på att heteronormativiteten problematiseras i allt högre utsträckning och ses inte längre som ofrånkomligt tvingande, det börjar finnas en allt större öppenhet för att leva utanför normen. Sexualiteten är inte något privat som händer bara mellan två personer utan är till mycket stor del en social konstruktion av samhällets era, rådande ideologier och kultur.

Simon och Gagnons scriptteori

Scriptteorin tar sin utgångspunkt från att sexualiteten uppstår och formas i samspel och i växelverkan mellan individens privata normer och upplevelser, den sociala kontext hon befinner sig i och de övergripande samhälleliga, tidstypiska normerna. Den har en socialkonstruktivistisk utgångspunkt där det sexuella förhållningssättet och beteendet anses vara kulturellt betingade. Sexualiteten ses som en produkt av historiska förändringar, sociala konstruktioner och olika sätt att socialt organisera sexualiteten. Scripten är inte desamma historiskt och kulturellt vilket medför att alla måste göra individuella anpassningar.

Scripten svarar på följande frågor; Vem får man ha sex med? Vad är sexuellt acceptabelt? När är det rätt att ha sex? Var är det tillåtet att ha sex? Varför har vi sex? Scripten ska lösa två problem; dels ge tillåtelse från jaget för att hänge sig åt sexuellt beteende, dels få tillgång till de upplevelser som det åtråvärda eller begärda beteendet är förväntat att ge (Nilsson, Schönnesson 1994).

Simon och Gagnon talar om tre olika nivåer av script: kulturella script, interpersonella script och intrapsykiska script. Kulturella script, omfattar de samhälleliga, kollektivt övergripande normerna som styr hur vi förväntas agera sexuellt. De interpersonella scripten organiserar relationer mellan människor och finns med när en person utformar en identitet som passar med önskade förväntningar. Intrapsykiska script visar hur individen bör handla och reagera i en bestämd situation och vad man finner vara sexuellt njutningsfyllt. Vid interaktioner med andra måste individen utveckla strategier för att uppfylla sina egna sexuella önskningar och planer, samtidigt som man tar hänsyn till andras

[9] Sexosofi betyder på vilket sätt varje kultur och samhälle skapar samt utvecklar sina sexuella värderingar, normer och attityder.
[10] Se Giddens när det gäller begreppet ”plastisk sexualitet”.

reaktioner, både förväntade och faktiska. Möjligheten att lösa en situation som innehåller en brist på överensstämmelse mellan det abstrakta scenariot och den konkreta situationen måste lösas genom inrättandet av interpersonella skript. Detta är en process som enligt Simon & Gagnon omvandlar personer från att vara exklusiva aktörer till att bli nya manusförfattare. När komplexa konflikter och eller oklarheter uppstått i en mindre grupp ställs mycket större krav på de aktörerna än vad som kan uppnås genom de interpersonella script.
Simon & Gagnon pekar också på att i det postmoderna samhället konstrueras sexualiteten i högre grad utifrån de intrapsykiska scripten, vilket ger fler möjligheter till olika sorters sexualitet (Simon & Gagnon, 1984).

Plastisk sexualitet och uppluckring av det romantiska kärlekskomplexet.

De stora förändringar avseende samlevnadsformer och familjemönster under de senaste decennierna kan förstås utifrån ett av Giddens (2001) centrala begrepp ”den plastiska sexualiteten” dvs att sexualiteten skiljs från den sedan länge nära sammankopplingen med fortplantning och släktskap. Den plastiska sexualiteten har möjliggjort för både kvinnor och homosexuella att mer öppet få leva ut sin sexualitet. Den plastiska sexualiteten är en förutsättning för möjligheten att ha relationer utanför en etablerad parrelation. Giddens formulerar övergången från den romantiska kärleken till den sammanflödande kärleken med att ju mer den sammanflödande kärleken konsolideras som en möjlighet mister den romantiska kärleken i betydelse fråga om att hitta en speciell person och en speciell relation. I motsats till den romantiska kärleken är inte den sammanflödande kärleken nödvändigtvis monogam. Relationen behöver inte var ”tills döden skiljer oss åt” utan bara så länge bägge parter får något ut av den. I icke-heterosexuella relationer diskuteras avvikelser från den monogama normen oftare och är något man gemensamt kommer fram till. Ett antal kvinnor som lever i samkönade relationer sägs sakna de episodiska sexuella kontakter som män kan erbjuda men som är ovanligare bland kvinnor och därför fortsätter man ha sexuella kontakter med män. (Giddens, 2001) Förr innebar monogami att man skulle ha en enda partner under hela sitt liv men den mest representativa samlevnadsnormen i Sverige idag är förmodligen seriell monogami, dvs. att man har flera olika relationer under sin livstid men att man är trogen inom varje enskild relation.

Ett nytt fenomen börjar diskuteras i forskningen någon gång vid millennieskiftet, det är sk KK-relationer (Forsberg, 2009).
Giddens menar att den subversiva kraft som finns inom den romantiska kärleken har länge hållit under kontroll genom att koppla kärlek med äktenskap och moderskap samt genom att också skapa och vidmakthålla en föreställning om att sann kärlek varar för evigt. Tillfälliga sexuella kontakter ses ofta som ett sätt att undvika intimitet men Giddens hävdar att detta erbjuder en möjlighet att främja och vidareutveckla densamma. Episodiska sexuella kontakter mellan homosexuella män på en bastuklubb kan uttrycka en jämlikhet som saknas i de flesta heterosexuella relationer - även tillfälliga kontakter (Giddens, 2001).

En ny syn på trohet

Giddens pekar på en strukturell motsägelse mellan den rena relationen och begreppet trohet. För att kunna utveckla trohet måste individen ge av sig själv till den andra, personen behöver ge ett löfte om att relationen skall vidmakthållas under obestämd tid (jfmr med äktenskapslöftena i den svenska vigselceremonin). Ett av särdragen hos den rena relationen är att den mer eller mindre fritt kan

avslutas av den ena eller andra parten när som helst. Den rena relationen kräver förtroende och förutsätter att den andra är pålitlig och kan beviljas en kredit som inte kräver ständig kontroll men som kan inspekteras med jämna mellanrum om det skulle behövas. I den rena relationen är skyldigheter någon som kan revideras i förhandlingar mellan partnerna och det blir inte fråga några absoluta etiska principer. I en värld som präglas av den plastiska sexualiteten och den rena relationen måste monogamin och trohetsbegreppet omarbetas till andra uttryck för trohet och förtroende. Om tillfälliga sexuella kontakter inte leder till att någon form av kontrollbeteende kan den utvecklas och utgöra en positiv form grund till njutning och tillfredsställelse (Giddens, 2001). Detta är helt i överensstämmelse med synen på polyamorösa/flersamma relationer/KK-relationer vilka kan ses som en vidareutveckling av intimitet och relationer i ett postmodernt samhälle. Dessa relationer kan ses som en vidareutveckling av kärleksrelationer som bygger på valmöjlighet, åtrå, förtroende och vara ett komplement till traditionella val.

En större öppenhet att leva som hbt-person.

Homosexualitet avkriminaliseras i Sverige 1944 och då användes istället en sjukdomsdiagnos, först 1979 togs sjukdomsklassificeringen bort. Sedan dess har det hänt mycket och hbt-personers rättigheter i samhället har stärkts. Möjligheterna till detta kan ses i ljuset av den plastiska sexualitetens framväxt då den homosexuella relationen är helt skild från fortplantning och homosexuella kvinnors sexualitet organiseras enligt Giddens nästan uteslutande i enlighet med den rena relationens konsekvenser. Det plastiska sexuella gensvaret kan befrias från yttre tvångsmässiga rester och istället inta möjligheter för självupptäckande och byggande av en annan moral. Giddens betonar starkt det reflexiva jagets olika valmöjligheter. Den moderna reflexiviteten blir en del av jaget som individen hela tiden måste förhålla sig till och ansvara över. Kroppen blir en bärare av självidentiteten och integreras i de olika livsstilsbeslut individen gör (Giddens, 2001). Idag definierar många KSK sig utifrån sin sexuella läggning och även i fråga om vilken relationsform de väljer att leva i, exempelvis polyamorös. Polyamori kan vara ett sätt för människor att utveckla kapaciteten att förstå olika delar av sig själva och kan bidra till att människor hittar nya delar av sin identitet.

Analys av enkäten.

Jag har valt att kalla min enkät för *KSK-enkäten 2009*. Det finns MSM-enkäter som publiceras med jämna mellanrum men idag finns ingen motsvarighet för KSK. Enkäten lades ut via företaget Webropols enkätverktyg. Den fanns ute mellan 090412 – 090505.

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

Kvinnorna i enkätstudien

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

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

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

Drygt hälften (48,5 procent) definierar sig som homosexuella och 30,5 procent som bisexuella. Det är tydligt i undersökningen att sexuell identitet och läggning är en komplex fråga, drygt 11 procent definierar sig inte som homo, bi eller heterosexuell. Andra förekommande definitioner är bland annat; biemotionell, emotionellt heterosexuell och sexuellt bisexuell (tänder på både tjejer och killar, men har aldrig varit kär i en tjej), heterosexuell men blir ibland attraherad av kvinnor och har gärna sex med kvinnor, homoflexibel, homosexuell med bitendenser, icke-heterosexuell, lesbisk med queert förhållningssätt, lesbisk med ytterst små bitendenser, mest homo, lite bi, omnisexuell, pansexuell, queer och heterosexuell.

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

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

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

Hur länge hade då respondenterna definierat sin sexuella läggning som ovan? I nedanstående diagram får vi svar på den frågan;

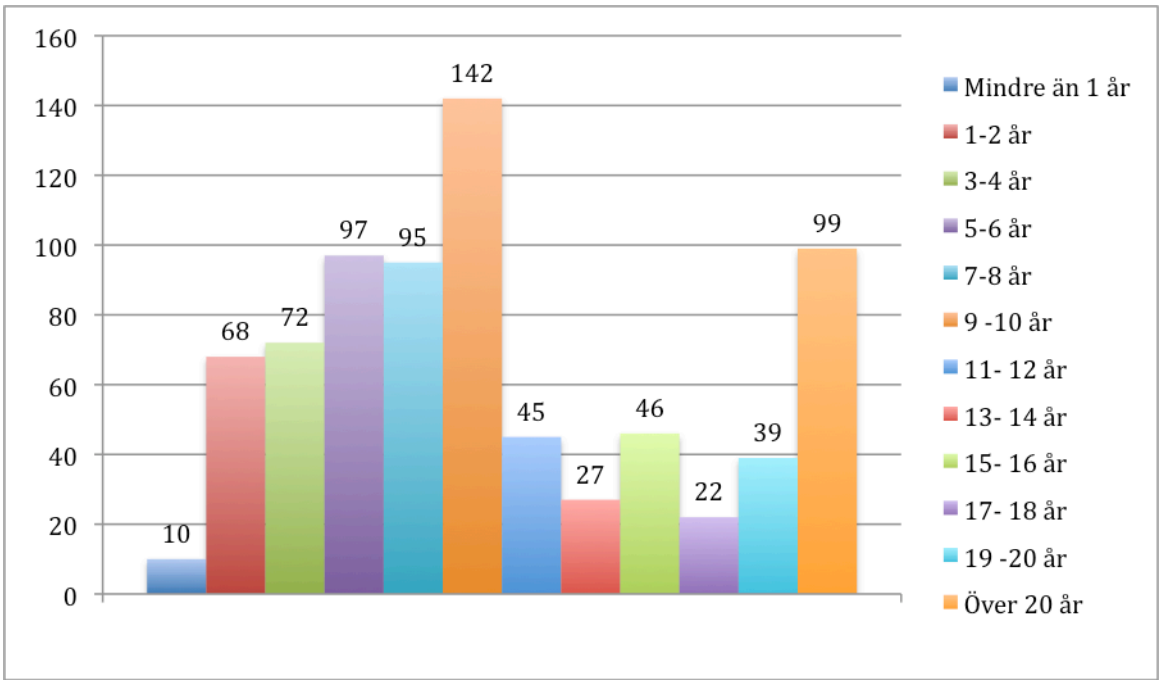

Diagram 1. Hur länge har personen definierat sin sexuella läggning.

Mer än hälften (60,8 procent) har definierat sig som ovan i 10 år och mindre. Detta styrker min tolkning av att sexualitet och könsidentitet utformas i processer som är beroende av situation och kontext dvs. är socialt konstruerade fenomen.

Majoriteten bor i storstad eller annan svensk stad eller större ort. Knappt hälften av respondenterna (49 procent) kommer från Sveriges tre största städer; Stockholm, Göteborg och Malmö. 38,3 procent bor i en annan svensk stad eller större ort. Enbart 9,3 procent bor på en mindre ort och 3,4 procent bor utomlands. Det finns 4-60 personer som svarat från Sveriges alla län. Fördelningen utanför storstäderna är tämligen jämnt fördelad över landet men med en övervikt (60 personer) från Uppsala. Detta kan rimligtvis förklaras av att jag som gjort enkätstudien är från Uppsala län och därför har ett större nätverk i dessa trakter.

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

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

Tabell 3. Antalet livstidspartner.

	Antal livstidspartners		
Antal livstidspartners Enligt:	Den svenska sexualvane-undersökningen från 1967.[11]	Den svenska sexualvane-undersökningen från 1996.[12]	KSK-enkäten 2009
Kvinnor	1,4	4,6	12,3

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

Hinder för KSK att utveckla säkrare sex strategier.

I min genomgång av forskning på området och utifrån de kommentarer som lämnats på de öppna frågorna i enkäten går att urskilja en rad teman som utgör ett hinder till att utveckla säkrare sex strategier. Dessa kommer att redovisas under olika teman härnedan.

Heteronormativt bemötande och okunskap inom hälso- och sjukvård.

KSK förutsätts ofta vara heterosexuella och måste därför vid varje möte med hälso- och sjukvård välja om de vill ”komma ut”[13]. Risker för hiv/STI förstärks genom att hälso- och sjukvård har ett heteronormativt beteende och därmed förutsätter att alla kvinnor är heterosexuella tills motsatsen är bevisad. Detta gör att sjukvårdspersonalen inte kan göra en adekvat sexologisk anamnes. (Arend, 2003; Van Dam, Koh & Dibble, 2001).

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

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

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

[11] Källa: Sex i Sverige 1996. Lewin et al. (1998).
[12] Källa: Sex i Sverige 1996. Lewin et al. (1998).
[13] Processen personer genomgår när de upptäcker och börjar acceptera att de är homo- eller bisexuella kallas för "komma ut-processen". Man brukar prata om att "komma ut ur garderoben" i samband med att man talar om för sina nära och kära om sin sexuella läggning.

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

I KSK-enkäten 2009 säger en respondent;

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

Det är tydligt att ett heteronormativt bemötande hindrar patienter från att ge nödvändig information och detta är en kunskap som måste ut till vårdpersonal i högre omfattning. Genom att exempelvis undvika ordet samlag skulle ovanstående person kunnat ges en bättre ingång i samtalet.

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

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

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

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

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

även finnas utrymme för frågor om sexuellt överförbara infektioner och andra frågor eller funderingar runt sex

Dålig information

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

Nästan hälften (42,9 procent) av kvinnorna i enkäten har under det senaste året sökt information om sexuella hälsa för KSK. Sju av tio hade någon gång i sitt liv sökt efter information i ämnet. Det ämne som flest sökt information runt var sexuellt överförbara infektioner och testning, 57 procent följt av mammografi och cellprov 30 procent, säkrare sex 23 procent och hiv samt testning 18 procent. De vanligaste ställena där man sökt information var inom olika sjukvårdverksamheter. Mycket informationssökande har även skett på internet och då på olika sjukvårdsinrättningars hemsidor samt på RFSL hälsosajt och andra lesbiska hälsosidor. 46 personer har sökt information genom att läsa en bok och det är värt att notera att 34 av dem då läst ”Stora sexboken för tjejer som har sex med tjejer” vilken är den enda boken på svenska i ämnet.

Svaren på den sista frågan[14] där deltagarna fritt kunnat formulera sig runt förbättringar gällande den sexuella hälsan för KSK har kategoriserats in i fyra områden: respons på enkätens utformning, brist på information gällande säkrare sex för KSK, heteronormativt bemötande från hälso- och sjukvård och önskan om att få mer kunskap runt säkrare sex för KSK. Den största frekvensen kommentarer fick ”brist på information”.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Flera har efterfrågat information inom sjukvård mm men ändå inte fått adekvata svar.

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

”Det är minst sagt frustrerande att aldrig kunna få tydlig info från vare sig ungdomsmottagningar, gynekologer eller vårdupplysningar på Internet. Lite samma sak som när man frågar om kondylom och herpes och om man verkligen

har det och kan smitta hela livet, "jaa du har det men nej det smittar NOG inte om du inte har utslag" kan man få höra samt en del olika versioner, vilket känns så otydligt att man ger upp och "glömmer det" (24-årig bisexuell kvinna).

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

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

"Det behövs definitivt mer kunskap på gyn.mottagningarna.. De jag träffat har inte med säkerhet vetat å kunnat ge svar på hur och vilka stis som smittar när en har sex kvinna-kvinna. Angående smitto-risk vid slid-katarr (vaginos?!) har jag fått olika uppgifter om det är sexuellt överförbart eller inte t.ex." (29-årig lesbisk kvinna).

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

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

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

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

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

Vilken information vill KSK ha?

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

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

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

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

”Det måste finnas mer tillgänglig information. Ett ställe att informera på kan vara Qx. Eftersom mycket sexkontakter sker där” (33-årig lesbisk kvinna.)

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

Konkret och teknisk kunskap om säkrare sex, önskvärt att den kommer från dem som har egen erfarenhet eller ordentlig kunskap.

Även om man vet det grundläggande om smittspridning (att det sker via blod/slemhinnor) så är det lite svårare rent tekniskt mellan kvinnor. Hur gör man tex om man vill "gnugga fitta" säkert? En slicklapp eller uppklippt kondom håller sig inte på plats. Att dra fram ett par vinylhandskar känns också väldigt märkligt om man ska smeka/penetrera en tjej tycker jag. Känns lite fånigt. Likadant att trä på en kondom på sin tunga! för att kunna sticka in den i nåns fitta känns minst sagt konstigt.”(29-årig bisexuell kvinna).

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

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

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

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

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

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

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

Tabell 4. Med vem gjorde kvinnorna sin sexuella debut?

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

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

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

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

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

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

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

Vad har då de kvinnorna som haft sex med en man haft för sexuella praktiker? I KSK-enkäten 2009 har 33 procent av kvinnorna haft vaginalsex med en man, ca 25 procent givit eller fått oralsex med en man och 14 procent hade haft analsex med en man under de senaste tre månaderna. Under det senaste året hade 46

procent av dem haft vaginalsex och 19 procent haft analsex med en man. Vilka män hade de sex med? Majoriteten hade sex med sin manliga partner 37,4 procent och 22 procent kände varandra sedan tidigare. 6 procent hade träffat mannen på Internet i huvudsak på nätcommunityn QX. Den absoluta majoriteten av kvinnorna som haft sex med en man de senaste tre åren hade haft en sexuell relation med en heterosexuell man (81 procent). Enbart ett fåtal hade haft sex med en bisexuell (9 procent), queer (3 procent) eller homosexuell man (2 procent). Den vanligaste sexuella praktiken med män förutom kyssar är vaginala samlag, det har 55 procent av kvinnorna som har sex med män oftast/alltid.

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

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

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

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

Hur ser den internationella forskningen ut på området? I en amerikansk studie (Dolan & Davis, 2003) runt KSKs användning av kondom vid sexuella kontakter med män kan konstateras att 38 procent i den amerikanska studien *alltid* använder kondom mot 21 procent i KSK-enkäten 2009. 23 procent i den amerikanska studien använder kondom *ibland* och 35,5 procent i denna studie. Kondomanvändning alltid och ibland ligger i den amerikanska undersökningen (61 procent) något högre än i denna svenska studie (56,5 procent). Anmärkningsvärt är att 28 procent av kvinnorna i den amerikanska studien *aldrig* använt kondom i jämförelse med denna enkät där enbart 6 procent aldrig använder kondom.

Att kondom sälland används med män visar en intervjustudie från San Fransisco med 1189 kvinnor hade 56 procent haft oskyddat sex med kvinnor. 20 procent av de lesbiska och bisexuella kvinnorna uppgav att när de hade sex med en man så skedde detta oftast utan kondom. Det var dock vanligare att de använde någon annan form av preventivmedel för att förhindra graviditet (Stevens & Hall 2001).

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

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

Vidare så framkommer i en australiensisk studie att hade 93 procent av KSK haft en tidigare sexuell kontakt med en man. I jämförelse med kontrollgruppen var antal manliga sexuella partners under livstiden signifikant högre för KSK än kontrollgruppen. KSK var betydligt mer benägna att rapportera mer än 50 manliga sexuella partners under en livstid. 80 procent av KSK redovisade 5 eller färre kvinnliga livstidspartners och 8 procent redovisade mer än 10 kvinnliga partners under sin livstid. Sexuell kontakt med en homosexuell eller bisexuell man och sexuell kontakt med en injektionsmissbrukare var betydligt vanligare hos KSK (Fethers, et al., 2000) .

I en jämförande amerikansk studie där 49 procent identifierade sig som heterosexuella, 11 procent bisexuella och 40 procent lesbiska så var lesbiska kvinnor mer benägna att leva i relationer i jämförelse med bisexuella och heterosexuella kvinnor. Som väntat var heterosexuella kvinnor mer benägna att uteslutande ha manliga partner och lesbiska kvinnor mer benägna att ha

uteslutande kvinnliga partners, både under sin livstid och under det senaste året. Bisexuella kvinnor hade fler manliga partners och lesbiska rapporterades fler kvinnliga sexuella partners under det senaste året jämfört med kvinnorna i de andra två grupperna . Lesbiska kvinnor var mer benägna att använda kondom med manlig partner än bisexuella eller heterosexuella kvinnor. Lesbiska och bisexuella kvinnor var betydligt mer benägna än heterosexuella kvinnor att ha sex med MSM under det senaste året. Lesbiska var något mer benägna än bisexuella kvinnor (och betydligt mer sannolikt än heterosexuella kvinnor att ha sex med manliga injektionsmissbrukare under det senaste året (Koh et al, 2005).

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

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

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

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

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

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

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

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

Respondenterna i KSK-enkäten 2009 fick en fråga runt detta och det framkom en tydlig skillnad avseende om man tänkte ha sex med en man eller kvinna. Se tabell 8.

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

	Är det någon skillnad på hur ni tänker runt säkrare sex beroende på vilket kön det är på personen/personerna som du eller din partner har sex med? N=313
Ja	47,3 %
Nej	25,7%
Delvis	27%
	100%

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

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

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

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

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

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

Internaliserad homofobi eller uttryck för en queer livsstil?

En fråga som infinner sig är hur benägenheten hos KSK att ha sexuella relationer med män skall tolkas? Är det uttryck för en allt mer queer kultur där gamla

identitetskategorier dekonstrueras och personer istället söker sexpartners utifrån andra kriterier än kön? Eller kan det vara så att en del av dessa relationer istället är uttryck för en internaliserad homofobi?

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

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

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

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

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

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

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

I Martin & Hetrick studie (1988) av 2000 unga homosexuella personer framkom att gruppen kände ett utanförskap i relation till den omgivande sociala kontexten vilket bidrog till en stark känsla av ensamhet. Hos de unga kvinnorna fanns det på ett kognitivt plan en avsaknad av korrekt information om lesbiskt sex och en frånvaro av positiva lesbiska förebilder. Tjejernas självbild utmärktes av en identifikation med aggressorn och ett självhat. En grupp strävade mycket att bli accepterade och försökte därmed anpassa sig till normerna genom att exempelvis ha många pojkvänner.

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

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

I KSK-enkäten 2009 kan konstateras att KSK har fler antal sexpartners som är män än kvinnor. Detta trots att flertalet, 72,3 procent ofta eller alltid föredrar ha sex med en kvinna i jämförelse med 10,1 procent som ofta eller alltid föredrar sex med en man. Se tabell 9.

Tabell 9. Vilket kön respondenterna föredrar vid sexuella kontakter.

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

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

När en fråga ställdes om vilket kön man skulle föredra vid en tillfällig sexuell kontakt uppgav 56,5 procent att de föredrog en kvinna, 6,3 procent en man och 33,3 procent att det beror på person och inte kön. Se tabell 10.

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

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

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

Säkrare sex strategier hos KSK.

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

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

Det är få som beskriver några strategier för säkrare sex med en annan kvinna. I en öppen fråga om vilka säkrare sexstrategier man har personligen uppger en kvinna; *”Så länge jag har sex med personer med fitta tänker jag inte alls på det och pratar inte om det överhuvudtaget”*(32-årig kvinna som definierar sig som annat).

En uttalad strategi vid sex med en man betyder inte att man reflekterat över detta i relation till en kvinna.
”Jag använder kondom när jag har sex med män men ingen av oss använder slicklapp eller liknande när vi har sex med kvinnor” (25-årig bisexuell kvinna).

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

Det finns en betydligt större osäkerhet om behovet av säkrare sex vid sexuella kontakter med kvinnor*;*
”Min partner sedan 4 år har endast sex med kvinnor, och vi har ansett det ok ur risksynpunkt” (33-årig queer kvinna).

Det har varit tydligt att enkäten vid flera fall varit en intervention gällande preventionsbehov hos gruppen;
”*Själv har jag ej funderat på att det skulle vara osäkert att ha sex med en kvinna förens denna enkät”* (25-årig bisexuell kvinna).

Flera kvinnor har under tiden enkäten legat ute och efteråt kontaktat mig som författare till uppsatsen för att få rådgivning avseende STI och KSK.

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

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

Om barriärskydd - slicklappar

Det är tämligen vanligt i populärvetenskaplig litteratur att KSK får rådet att använda slicklapp. Vid en genomgång av vad svenska sexrådgivare svarar i frågespalter på frågan om hur kvinnor som har sex med kvinnor skall skydda sig mot sexuellt överförbara sjukdomar kan konstateras att det är ett vanligt förekommande råd att använda slicklapp.
I ”Hannahs blogg” på Veckorevyn under ”Frågor och Svar” är svaret; ”*tjejsex innebär en betydligt mindre risk att smittas av sjukdomar än vid heterosex eller bögsex. Sexuellt överförbara infektioner smittar generellt via slemhinnor, slidsekret och blod – och även om det är relativt lätt att undvika blodkontakt är det desto svårare att undvika resten. När man som tjejer gnuggar underliven mot varandra, använder samma sexleksaker, ger varandra fingersex (och sedan kommer i kontakt med slemhinnorna med fingrarna) eller oralsex finns ju alltid en liten risk att smitta överförs. Det man kan göra är att använda så kallade slicklappar /…/eller faktiskt vanlig gladpack som skydd och använda kondomer på sexleksaker och fingrar och byta kondom när leksaken byter användare. Det är inte lika vanligt att tjejer smittar tjejer, men när det händer är det ”vanliga” och relativt ofarliga (om de upptäcks i tid) sjukdomar som klamydia, herpes och kondylom det gäller. När det gäller hiv finns bara ett fåtal dokumenterade fall i världen – där det var stora mängder blod inblandat.”*

På ”P3 STAR” kommer samma fråga och där svarar Sandra Dahlén att ”*man kan i stort sett få samma sjukdomar men en del är svårare att få om man har sex med tjej. Penis-i-slida-samlag är nämligen extra smittspridande. Hiv kan man i stort*

sett bara få om man får i sig blod - t ex att man får mens i munnen av en tjej som är hivpositiv. Herpes, gonorré och klamydia kan man få om man ger oralsex och herpes kan man också få om man får oralsex. För att skydda sig mot detta brukar man rekommendera uppklippt kondom som en "slicklapp". Kondylom smittar som mellan tjej och kille – genom att könsorgan gnids mot varandra eller genom händer som smeker."

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

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

Vissa organisationer som exempelvis norska Helseutvalget delar ut slicklappar i STI- preventivt syfte till KSK medan svenska RFSL har valt att inte göra detta. Hur vanligt förekommande är det då att kvinnor använder slicklapp eller andra skydd när kvinnor har sex med kvinnor? Se tabell 11.

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

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

I tabell 9 framgår tydligt att KSK sällan använder skydd; 94 procent har *aldrig* använt någon form av slicklapp vare sig en sk "dental dam" som går att köpa i

välsorterade sexbutiker, plastfolie eller i form av en sönderklippt kondom. Enbart 0,2 procent använder slicklapp ofta.

Slicklapp är också ett ämne vilket engagerat kvinnorna som fyllt i enkäten. På den sista öppna frågan i enkäten har flera kvinnor kommenterat och diskuterat detta med slicklapp. Det går att urskilja två olika grupper, en grupp vill att slicklappar skall finnas mer lättillgängliga att köpa och att ungdomsmottagningar, klubbar m fl skall dela ut dessa gratis. Flera uppger att de inte vet vart man kan få tag på slicklappar och att de har bristande kunskap över hur de används. De vill öka informationsspridningen kring hur slicklappar fungerar. Några efterlyser dessutom säkrare sex-kampanjer med glidmedel, slicklappar och handskar.
En annan grupp tycker att slicklapp är svåranvänt och ifrågasätter om det verkligen utgör ett skydd mot STI. De framhåller att det är svårt att få det säkert med slicklappar. Flera ställer sig frågande till vilken funktion skyddet egentligen fyller.
”Tar man bort plasteländet när man använder händerna rör man säkert vid sig själv emellanåt, åtminstone gör jag det, och då är det väl smittat hur som helst” (49-årig lesbisk kvinna).

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

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

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

I jämförelse med säkrare sex för heterosexuella eller MSM är det inte lika självklart för KSK att skydda sig och även andra studier (se bl. a. Dolan 2005) visar att kvinnor som använt slicklapp tycker att detta är svårt att få det att fungera.
Att uppmana kvinnor som har sex med kvinnor att använda slicklapp vid oralsex står dock inte i proportion till vad som anses som säkrare sex för andra grupper. Det är exempelvis inte ett allmänt säkrare sexråd till män som har oralsex med kvinnor. Att klippa sönder en kondom och använda som slicklapp kan vara direkt vilseledande. En slicklapp tillverkad av en kondom är liten, svår att hålla på plats med mindre än att man använder två händer och dessutom knepig att flytta runt. Risken för att lubrikation skall komma utanför den lilla lappen och hamna i munnen på den som slickar är stor.

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

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

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

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

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

Det jag kan konstatera är att klamydiaförekomsten i är anmärkningsvärt hög i jämförelse med de internationella studierna.
På grund av det höga antalet som har eller har haft klamydia är det motiverat att närmare undersöka denna grupp. En föreställning inom gruppen KSK är att det är bisexuella som sprider STI.

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

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

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

Tabell 14. Från vilket kön har klamydiaöverföring skett?

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

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

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

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

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

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

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

För att ha någon grund för att fatta beslut om testning måste personen ha någon form av uppfattning om risk för att få någon STI. Vilken risk uppfattade kvinnorna i KSK-enkäten 2009 att det var att få klamydia genom olika sexuella praktiker. Se tabell 15

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

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

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

I vilken omfattning testar sig KSK mot sexuellt överförbara infektioner? Se tabell 16.

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

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

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

Sexuella praktiker hos KSK. (Hur gör lesbiska när de skall ha sex egentligen?)

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

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

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

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

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

Vilka sexuella praktiker har kvinnorna i enkäten? Frågan får ett svar genom tabell 17.

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

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

N=796

Vad av följande har du gjort med en kvinna?

	Ofta	Ibland	Aldrig	Inte gjort, vill prova.	Vill ej prova
Kyssa	88.8%	10,9%	0%	0,3%	0%
Smeka bröst	84,3%	15,5%	0%	0,3%	0%
Slicka bröst N=796	73,8%	23,1%	1,1%	1,9%	0%
Gnugga könen mot varandra N=789	50,7%	37,8%	4,9%	6,2%	0,4%
Smeka kön N=790	80,5%	18%	0,4%	1,1%	0%
Fingrar i slidan N=791	71,3%	24,5%	2%	1,5%	0,6%
Fingrar i anus N=778	7,3%	24,6%	30,3%	11,1%	26,7%
Använda klitorisvibrator N=781	14%	32,3%	22,3%	28,2%	3,3%
Använda dildo N=782	17,6%	43,6%	15,5%	18,8%	4,5%
Använda strap-on N=782	12,7%	30,7%	19,4%	30,9%	6,3%
Dildo i slidan N=782	17,6%	41,4%	16,2%	19,1%	5,6%
Buttplug i analen N=774	2,3%	6,6%	37,9%	16,5%	36,7%
Slicka klitoris och slida N=790	60%	33%	2,7%	3,9%	0,4%
Tunga i slidan N=783	42%	37,3%	11,9%	6,1%	2,7%
Fista vaginalt N=775	3,5%	13%	32,5%	11,4%	39,6%
Fista analt N=773	0,4%	1,7%	34,2%	2,5%	61,3%
Rimming N=776	1,9%	12,8%	31,4%	6,6%	47,3%
BDSM N=777	6,2%	19,6%	27,2%	21,1%	26%
Golden Shower N=777	0,6%	2,3%	30,1%	3,5%	63,4%
Gruppsex N=780	1,2%	11,4%	33,7%	33,1%	20,6%

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

Praktiker som kvinnorna i KSK-enkäten 2009 utför när de har mens är att gnugga könen mot varandra, 14,1 procent. 9 procent slickar klitoris och blygdläppar och 4,6 procent slickar i slidan när partnern inte använder mensskydd. 39,1 procent

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

Sex med andra utanför en etablerad parrelation.

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

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

Det är tydligt att det mesta i forskningen om att leva i polyamori har kommit under 2000-talet. En av de första artiklarna som publicerats som jag hittat är ett paper från 8th Annual Diversity Conference in March 1999 och hette ”What Psychology Professionals Should Know About Polyamory”. Det finns begränsat med forskning runt uttalat polyamorösa relationer. En heteronormativ uppfattning om tvåsamhet är en tydlig trend i forskningen förutom i gruppen MSM. Under 90-

talet sker ett trendbrott där forskning om etablerade flersamma relationer börjar komma mer frekvent. Artiklar som handlar om hur kliniker kan arbeta med personer som lever polyamoröst i relation till bl a säkrare sex strategier (Fishman & Holt 1995; Davidson, 2002; Shernoff 2006; Weitzman 2007).

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

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

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

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

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

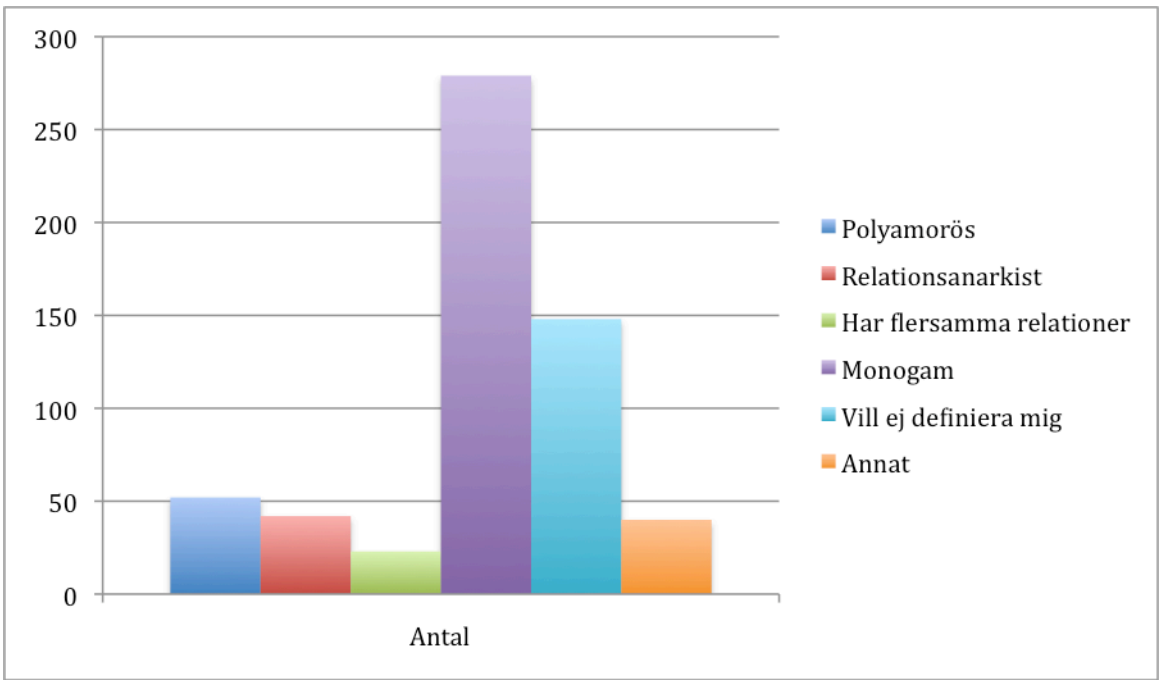

Diagram 2. Självdefinition utifrån sexuell praktik.

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

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

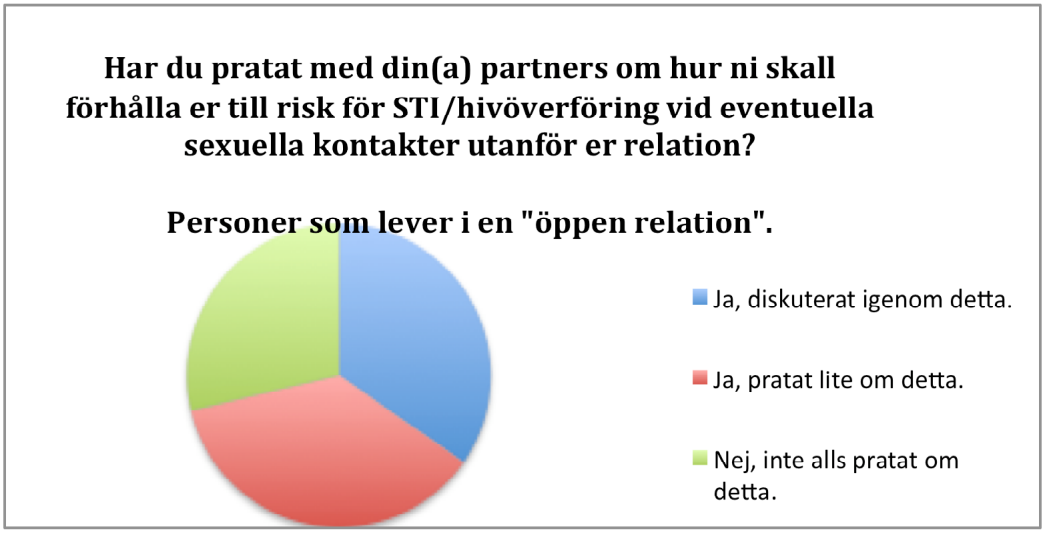

Diagram 3. Säkrare sex strategi i relation till om man lever i en öppen relation.

Det är en signifikant statistisk skillnad mellan personer som lever i en öppen relation gällande i vilken omfattning de har pratat om hur de skall förhålla sig till

risk för STI/hivöverföring vid sexuella kontakter utanför relationen. Personer som lever i en öppen relation har diskuterat igenom frågan i större omfattning.

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

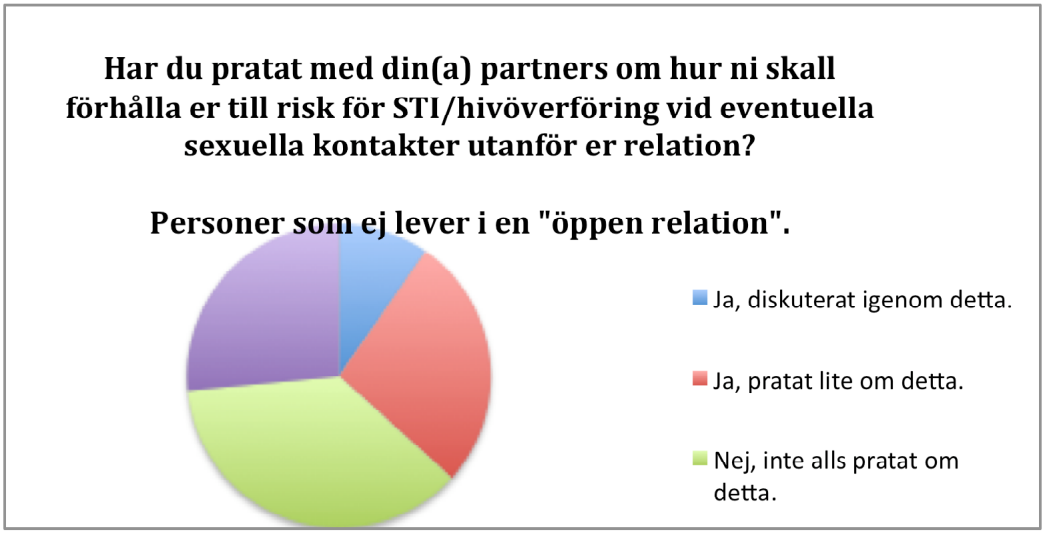

*Diagram 4. Säkrare sex strategi i relation till om man **inte** lever i en öppen relation.*

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

Sammanfattning och avslutande diskussion

De litteraturstudier som jag har gjort över forskning gällande överföring av STI mellan kvinnor visar att KSK behöver tänka på ”säkrare sex” när de har sex med kvinnor då flera STI överförs vid olika sexuella praktiker som exempelvis tribadism eller penetrerande sex med dildo eller fingrar. KSK-enkäten 2009 visar att KSK utsätter sig för risker att smittas av sexuellt överförbara infektioner.

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

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

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

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

En absolut majoritet av kvinnorna ser inte slicklapp som ett realistiskt alternativ till att skydda sig mot STI. Vid information om slicklappar så måste denna präglas av mer erfarenhetsbaserad kunskap och må Gud förbjuda att rådet om att klippa upp kondomer nämns något mer. Med anledning av detta så är det ännu viktigare att information och kunskap når gruppen för att de själva skall få möjlighet att avgöra vilka risker de är beredda att ta. Det finns ett stort behov av att betona vikten av regelbunden testning även för kvinnor som har sex med kvinnor då det finns en vanlig missuppfattning både hos målgruppen och hos professionella inom sjukvården om att STI inte överförs mellan kvinnor. Viktig information är även att uppmana KSK att gå på regelbundna cellprovskontroller

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

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

personer som lever in någon form av flersam relation och då handlar det oftast om att använda kondom vid sexuella kontakter med män.

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

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

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

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

Tabell och diagramförteckning

Tabeller

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

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

Tabell 3. Antalet livstidspartner.

Tabell 4. Med vem gjorde kvinnorna sin sexuella debut?

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

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

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

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

Tabell 9. Vilket kön respondenterna föredrar vid sexuella kontakter.

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

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

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

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

Tabell 14. Från vilket kön har klamydiaöverföring skett?

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

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

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

Diagram

Diagram 1. Hur länge har personen definierat sin sexuella läggning.

Diagram 2. Självdefinition utifrån sexuell praktik.

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

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

Käll- och litteraturförteckning

Aaron, D.J. Markovic, N. Danielson, M.E. Honnold, J.A. Janosky J.E. & Schmidt, N.J. (2001) Behavioral risk factors for disease and preventive health practices among lesbians, *American Journal of Public Health 91*, (6), pp. 972–975.

Abnersson, V och Lundgren, A S. (1998*)* Den oväntade kärleken. Om otrohet. *Kulturella perspektiv 1998:1.*

Ambjörnsson, F. (2006) *Vad är queer*? Natur och Kultur: Stockholm.

Arend, E. (2003) The Politics of Invisibility: HIV-Positive Women Who Have Sex with Women and Their Struggle for Support.
Journal of the Association of Nurses in AIDS care, *Volume 14*, Issue 6, p 37-47.

Bauer, G.R. Seth, H. & Welles, L. (2001) Beyond Assumptions of Negligible Risk: Sexually Transmitted Diseases and Women Who Have Sex With Women. *Am J Public Health. August; 91(8):* 1282–1286.

Bailey, V., Farquhar, C., Owen C., Mangtani P. (2004) Sexually transmitted infections in women who have sex with women. *British medical journal; vol:80,* iss:3, pg:244.

Bernhard, L.A. (2001) Gynecologic Health Care for Lesbians. in Fitzpatrick J.J., Taylor D., Woods, N. (red) *Annual Review of Nursing Research, Volume 19*: Women's Health Research, Springer Publishing Company

Braun, V & Wilkinson S. (2005) Vagina equals woman? On genitals and gendered identity *Women's Studies International Forum 28,* 509 – 522.

Butler, J. (2005) *Könet Brinner*, Stockholm: Natur och Kultur.

Butler J. (1990) *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*, New York: Routledge.

Davidson, J. (2002) Working with Polyamorus Clients in the Clinical Setting, *Electronic Journal of Human Sexuality*, *Volume 5,* April 16.

Diamant AL, Schuster MA, McGuigan K, Lever J. (1999) Lesbians' sexual history with men: implications for taking a sexual history. *Arch Intern Med: 159 2730–6.*

Diamant AL, Lever J, Schuster MA. (2000) Lesbians' sexual activities and efforts to reduce risks for sexually transmitted diseases. *J Gay Lesbian Med Assoc*; *4(2):* 41–8.

Dobinson, C. (2007) Top Ten Bisexual Health Issues, Bisexual Health. An Introduction and Model Practices for hiv/STI prevention programming by Marshall Miller, National Gay and Lesbian. The Fenway institute at Fenway community health, binet,USA.

Dolan, K A. (2005) *Lesbian woman and sexual health. The social construction of risk and susceptibility.* The Haworth Press, New York, London, Oxford.

Dolan K.A., Davis P.W. (2003) Nuances and shifts in lesbian women's constructions of STI and HIV vulnerability. *Social Science & Medicine, Volume 57, Issue 1*, Pages 25-38

Edenheim, S. (2005) *Begärets lagar. Moderna statliga utredningar och heteronormativitetens genalogi.* Brutus Östlings Bokförlag Symposion: Stockholm.

Edling, C. & Hedström, P. (2003) *Kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur.

Evans, A. & Hughes, C. (2003) Health needs of women who have sex with women *BMJ ;327:*939-940.

Fether, K., Marks, C., Mindel, A. & Estcourt, C.S. (2000) Sexually transmitted infections and risk behaviours in women who have sex with women *Sexually Transmitted Infections 76:*345-349.

Fishman, S.J & Anderson, E. H. (2003) Perception of HIV and Safer Sexual Behaviors Among *Lesbians, Journal of the Association of Nurses in AIDS care Volume 14,* Issue 6, November-December, Pages 48-55.

Forsberg, M. (2009) Ungdomar och sexualitet: Senmoderniteten innebär en mix av traditionella, moderna och senmoderna tankemönster. *Socionomen nr 4,* 2009; s 12-16.

Friedman, MS., Silvestre A.J., Gold, M.A., Markovic, N., Savin Williams R. C., Huggins, J. & Sell R. L. (2004) Adolescents define sexual orientation and suggest ways to Measure it. *Journal of Adolescence 27*; 303–317

Friedman, S. R., Ompad , D. C., Maslow, C., Young, R., Case, P., Hudson, S., Diaz, T., Morse, E., Bailey, S., Des Jarlais, D. C., Perlis, T., Holligaugh, A. & Garfein, R. S. (2003) HIV Prevalence, Risk Behaviors, and High-Risk Sexual and Injection Networks Among Young Women Injectors Who Have Sex With Women. *American Journal of Public Health, 93*, 902-906.

Gagnon, J. H. & Simon. W. (2005) *Sexual Conduct: The Social Sources of Human Sexuality* (2nd Edition). Neew Brunswick, NJ: Aldine Transaction

Gagnon J.H. & Simon. W. (1984) *Sexual Scripts* (in Parker, R., Editor, Aggleton P., Editor. (2007) Culture, Society and Sexuality: A Reader New York: Routledge)

Gemzöe, L. (2002) Feminism, Stockholm: Bilda Förlag.

Giddens, A. (2001*) Intimitetens Omvandling: Sexualitet, Kärlek Och Erotik I Det Moderna Samhället.* Nora; Nya Doxa;

Gudorf, C. E. (1994) *Body, Sex, and Pleasure. Reconstructing Christian Sexual Ethics*, Cleveland: The Pilgrim Press.

Gustavsson, M. (2006) *Blandade känslor. Bisexuella kvinnors praktik och politik.* Göteborg: Kabusa böcker.

Helmius G. (2000) *Manus för sex? Om kärlek, sexualitet och socialisation i ungdomsåren.* Sala; Mimers Brunn, Kunskapsförlaget.

Herbst, JH., Jacobs ED., Finlayson TJ., McKleroy VS., Neumann, MS., Crepaz N. (2008) Estimating HIV prevalence and risk behaviors of transgender persons in the United States: a systematic review. *AIDS Behav. 2008 Jan;12*(1):1-17.

Hervordotter, S. (1997) Lesbiska och bisexuella kvinnor i Stockholm. En studie av identitet, öppenhet, sexualvanor och sexuellt välbefinnande. Ett samarbetsprojekt mellan RFSL och RFSL Rådgivningen i Stockholm. http://www.rfsl.se/halsa/?p=2718

Hite, S. (1976) Hiterapporten, *3000 kvinnor om sex och sexliv*. Kristianstad: Tidens förlag.

Hirdman, A. (2008) *Den ensamma fallosen*, Stockholm: Atlas förlag.

Koutsky L.,(1997) Epidemiology of genital human papillomavirus infection. *Am J Med;102:3-8.*

Koh, AS., Gómez, CA., Shade, S. & Rowley, E., (2005) Sexual risk factors among self-identified lesbians, bisexual women, and heterosexual women accessing primary care settings. *Sexually transmitted diseases vol:32,* iss:9 pg:563

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

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

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

Laskar, P. (2003) L-ordet, från murarverktyg till diskursivt tvång. *Lamda Nordica volym nr 9,* nummer 4

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

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

Lundahl, P. (1998) *Lesbisk identitet*. Stockholm: Carlsson bokförlag

Lundahl, P. (2001) *Intimitetens villkor. Kön, sexualitet och berättelser om jaget*. Avhandling i etnologi, Lund; University, Lund, 2001.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Morrow, K. M., and Allsworth, J. E. (2000) Sexual Risk in Lesbians and Bisexual Women. *Journal and the Gay and Lesbian Medical Association, 4,* 159-165.

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

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

Norberg, A. (2009) Samkönad tvåsamhet. Sociologiska institutionen. Avhandling 2009, Umeå Universitet.

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

Pinto VM., Tancredi MV., Tancredi NA., & Buchalla CM. (2005) Sexually transmitted disease/HIV risk behaviour among women who have sex with women.

AIDS;19 Suppl 4:64-9.

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

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

Ribe, M. (1999) Oddskvoter berättar. *Välfärdsbulletinen Nr 4*, Stockholm.

Rosenberg, T. (2002), Queerfeministisk agenda. Stockholm: Atlas Förlag,

Rosenberg, T. (2006), L-ordet. Stockholm: Normal Förlag,

Sandin N., Jonsson M. & Björk Blomqvist M. (2008) *In Sex We Trust-Bakomliggande faktorer till osäker sex Bland män som har sex med män.* Rapport från RFSL.

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

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

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

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

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

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

Træn, B. Holmen, K. Stigum, H., (2007) Extradyadic Sexual Relationship in Norway. *Arch Sex Behav 36:55-65*

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

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

Westrom L., Joesoef R, Reynolds G., Hagdu A. & Thompson SE. (1992) Pelvic

inflammatory disease and fertility. A cohort study of 1,844 women with laparoscopically verified disease and 657 control women with normal laparoscopic results. *Sex Transm Dis. 19*(4):185-92.

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

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

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

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

Young, R.M. & Meyer, I.H. (2005) The Trouble With "MSM" and "WSW": Erasure of the Sexual-Minority Person in Public Health Discourse. *American Journal of Public Health Vol 95, No. 7, 1144-1149.*

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

Källor från Internet

The Body
http://www.thebody.com/cdc/oralsex.html

Etikregler för humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning.
http://www.stingerfonden.org/documents/hsetikregler.pdf

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

Folkhälsoinstitutet
Moegelin, L. (2005) *Lesbisk hälsa.* FHI:s underlagsrapporter, bilaga 4.
http://www2.fhi.se/upload/ar2005/uppdrag/uppdraghbt_bilaga4_0512.pdf

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

Har du herpes.nu
www.harduherpes.nu

INFPREG
http://www.medscinet.se/infpreg

LesbianSTD
www.lesbianSTD.com

Läkemedelsverket
http://www.lakemedelsverket.se/Tpl/MonographyPage____5132.aspx

Läkemedelsverket
http://www.lakemedelsverket.se/upload/Företag/Humanläkemedel/godkannandelistor/g06_30.pdf

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

Läkemedelsförmånsnämnden;
http://www.lfn.se/LFNTemplates/PageDecision____1535.aspx
http://www.lfn.se/upload/Beslut_2007/BES_070508_gardasil.pdf

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

Socialstyrelsen
http://www.socialstyrelsen.se/Amnesord/folkhalsa/HIV-STI/specnavigation/Publikationer/informationsmaterial.htm
”Affisch 2 om oskyddat sex riktad till KSK”)

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

Statistik för klamydiainfektion – Smittskyddsinstitutet
http://www.smittskyddsinstitutet.se/statistik/klamydiainfektion/?t=com#statistics-nav

What Psychology Professionals Should Know About Polyamory, based on a paper presented at the **8th Annual Diversity Conference in March 1999**.
http://www.polyamory.org/~joe/polypaper.htm

Bilagor

Bilaga 1: Enkätens utformning och svarsfrekvens.

TEMA: Bakgrundsfrågor. Först några allmänna frågor om dig och din bakgrund.

Hur gammal är du?
Jag är född år;

Hur betraktar du dig själv?
Personer som har svarat på frågan: 797
(2.1) Kvinna
(2.2) Man
(2.3) Transperson
(2.4) Transsexuell MtF
(2.5) Transsexuell FtM
(2.6) Transgender
(2.7) Intergender
(2.8) Transvestit MtF
(2.9) Transvestit FtM
(2.10) Queer
(2.11) Annat, (markera först annat och sedan kan du fylla i rutan)
(2.12) Vet ej

Fråga [3.1] (Är du född i annat land än Sverige? .
Ja, i)

Är dina föräldrar födda i annat land än Sverige?
Personer som har svarat på frågan: 797
(4.1) Ja, en av dem
(4.2) Ja, båda
(4.3) Nej

Vem/vilka bor du tillsammans med? Du kan välja flera alternativ som bäst stämmer in på hur du bor just nu.
Personer som har svarat på frågan: 796 (Medelvärde: 3,5)
(5.1) Jag bor ensam
(5.2) Med en kvinnlig
(5.3) Med en manlig partner
(5.4) Med en partner av annat kön
(5.5) Med mina och/eller partnerns barn, (biologiska barn, styvbarn, adoptivbarn, fosterbarn mm)
(5.6) Med flera partners
(5.7) Inneboende
(5.8) Med kompis/
(5.9) Hos min förälder/föräldrar
(5.10) På institution
(5.11) Annat sätt

Vart bor du?
Personer som har svarat på frågan: 796 (Medelvärde: 1,7)
(6.1) Stockholm, Göteborg eller Malmö
(6.2) Annan svensk stad eller större
(6.3) Mindre ort (under 10.000 inv
(6.4) Utomlands

Vilket län är du boende i?
Personer som har svarat på frågan: 383

Vad är din huvudsakliga sysselsättning just nu?
Personer som har svarat på frågan: 797
(8.1) studerande

(8.2) arbetar
(8.3) arbetar deltid
(8.4) arbetslös/arbetssökande upp till tre
(8.5) långtidsarbetslös, tre-sex månader
(8.6) långtidsarbetslös, mer än sex månader
(8.7) sjukskriven
(8.8) långtidssjukskriven (över 90 dagar)
(8.9) föräldraledig
(8.10) praktik genom arbetsförmedlingen
(8.11) sjuk- eller förtidspensionerad
(8.12) annat

Vad för slags utbildning har du (både pågående och avslutad)?
Personer som har svarat på frågan: 797
(Värde: 1)Avslutad
(Värde: 2) Pågående
(Värde: 3) Ej avslutad och ej pågående.
Grundskola
Gymnasieskola
Universitets/högskoleutbildning
Annan

TEMA: Sexuella erfarenheter och sexuell läggning, dvs förmågan att bl a förälska sig i och/eller vara sexuellt attraherad av någon av samma kön som en själv.

Betraktar du dig själv som…
Personer som har svarat på frågan: 797
(10.1) Homosexuell och/eller lesbisk
(10.2) Bisexuell
(10.3) Heterosexuell
(10.4) Queer
(10.5) Det är olika
(10.6) Jag är osäker på vilket
(10.7) Annat

Uppskatta hur länge du definierat dig som ovan.
Ca

Vid vilken ålder debuterade du sexuellt? Med sexuell debut avses första gången du hade sex tillsammans med en annan person. Du får själv avgöra vad som är sex för dig.
Ålder:

Med vilket kön gjorde du din sexuella debut?
Personer som har svarat på frågan: 796
(13.1) Kvinna
(13.2) Man
(13.3) Transperson
(13.4) Annan

TEMA: Det kön du attraheras av och föredrar i sexuella relationer. Med kön avses hur man själv uppfattar sig.

När du har sexuella kontakter är det då (tänk på hur du levt senaste tre åren)
Personer som har svarat på frågan: 796
(14.1) Alltid med en kvinna/kvinnor
(14.2) Oftast med en kvinna men ibland med en man
(14.3) Ungefär lika ofta med en kvinna som med en man
(14.4) Oftast med en man men ibland med en kvinna
(14.5) Alltid med en man/män
(14.6) Jag har inte haft några sexuella kontakter senaste året.
(14.7) Annat, skriv här

Vilket kön föredrar du att ha sex med?
Personer som har svarat på frågan: 797
(15.1) Alltid med en kvinna/kvinnor
(15.2) Oftast med kvinnor
(15.3) Ungefär lika ofta med kvinnor som med män
(15.4) Oftast med män men ibland med kvinnor
(15.5) Alltid med en man/män
(15.6) Kön är ointressant
(15.7) Jag har inga sexuella kontakter.

Om du skulle ha en tillfällig sexuell kontakt. Vilket kön föredrar du då att ha sex med?
Personer som har svarat på frågan: 795
(16.1) Man
(16.2) Kvinna
(16.3) Det beror på person och inte på kön
(16.4) Det är ej aktuellt för mig att ha sexuella kontakter

TEMA: Sexualvanor tillsammans med andra kvinnor och personer med vagina.

När var det senaste tillfället du hade penetrativt vaginalsex, dvs förde in något (fingrar, dildo eller liknande) med en kvinna?
Personer som har svarat på frågan: 794
(17.1) Senaste månaden
(17.2) Senaste 3
(17.3) Mer än 4 månader men mindre än 12 månader
(17.4) Mer än 1 år sedan
(17.5) Mer än 3 år sedan
(17.6) Har inte penetrerande vaginalsex

När var det senaste tillfället du gav oralsex till en annan kvinna?
Personer som har svarat på frågan: 795
(18.1) Senaste månaden
(18.2) Senaste 3 månaderna
(18.3) Mer än 4 månader men mindre än 12 månader.
(18.4) Mer än 1 år sedan.
(18.5) Mer än 3 år sedan
(18.6) Aldrig

När var det senaste tillfället du fick oralsex av en annan kvinna?
Personer som har svarat på frågan: 794
(19.1) Senaste månaden
(19.2) Senaste 3 månaderna
(19.3) Mer än 4 månader men mindre än 12 månader.
(19.4) Mer än 1 år sedan.
(19.5) Mer än 3 år sedan
(19.6) Aldrig

När var det senaste tillfället du hade penetrerande analsex med en kvinna dvs förde in något (exempelvis dildo eller fingrar) i anus?
Personer som har svarat på frågan: 795
(20.1) Senaste månaden
(20.2) Senaste 3 månaderna
(20.3) Mer än 4 månader men mindre än 12 månader
(20.4) Mer än 1 år sedan.
(20.5) Mer än 3 år sedan
(20.6) Aldrig

Vad av följande har du gjort med en kvinna?
Personer som har svarat på frågan: 796
(Värde: 1) Ofta
(Värde: 2) Ibland
(Värde: 3) Aldrig
(Värde: 4) Har inte gjort men skulle vilja prova

(Värde: 5) Vill inte prova
Kyssa (796)
Smeka bröst (796)
Slicka bröst (791)
Gnugga könen mot varandra (789)
Smeka könsdelar (790)
Finger/rar i slidan (791)
Finger/rar i anus (778)
Använda klitorisvibrator (781)
Använda dildo (782)
Använda strap-on (harness) (782)
Ha dildo i slidan (782)
Ha buttplug i analen (774)
Slicka klitoris och slidan. (790)
Tungan i slidan (783)
Fista vaginalt (hela handen i slidan) (775)
Fista analt (hela handen i analen) (773)
Rimming (slicka i anus) (776)
BDSM sex (bondage, disciplin, dominans - underkastelse och sadism - masochism) (777)
Golden Shower (bli kissad på) (777)
Gruppsex med kvinnor (780)

Vilken sexuell läggning har dina kvinnliga sexpartners haft senaste åren? Om du haft fler än en partners kan du välja fler alternativ.
Personer som har svarat på frågan: 796
(22.1) Homosexuella
(22.2) Bisexuella
(22.3) Heterosexuella
(22.4) Queer
(22.5) Vet ej
(22.6) Annan

TEMA: Sexuella kontakter i och utanför en parrelation.

Vilken av följande livsstilar passar dig bäst? Tänk på hur du skulle vilja leva. Flera alternativ kan anges.
Personer som har svarat på frågan: 797
(23.1) Att ha en stadigvarande partner utan att ha andra förbindelser (monogamt förhållande).
(23.2) Att inte ha några sexuella förbindelser
(23.3) Att inte ha någon stadigvarande partner, men ha tillfälliga förbindelser ibland
(23.4) Att ha flera partners
(23.5) Att ha en partner men inte bo tillsammans
(23.6) Att ha en partner och ha tillfälliga förbindelser
(23.7) Inget av dessa
(23.8) Spelar ingen roll

Om du tänker tillbaka på de senaste tolv månaderna. Vad av nedanstående passar bäst in på hur du har levt?
Personer som har svarat på frågan: 782
(24.1) Jag har inte haft någon sexuell kontakt under det senaste året.
(24.2) Jag har levt i en stadig kärleksrelation och jag har bara haft sex med min partner.
(24.3) Jag har träffat någon regelbundet bara för att ha sex (t ex "KK" eller älskare/älskarinna). Uppskattat antal
(24.4) Jag har levt i en stadig kärleksrelation och jag har haft sex med andra. Uppskattat antal

(Om du tänker tillbaka på de senaste tolv månaderna. Vad av nedanstående passar bäst in på hur du har levt?. Jag har träffat någon regelbundet bara för att ha sex (t ex "KK" eller älskare/älskarinna). Uppskattat antal)
Hur många sexpartners uppskattar du att du har haft senaste året?
(25.1) Kvinnor
(25.2) Män
(25.3) Annat kön

Hur många sexpartners uppskattar du att du har haft i ditt liv?
(26.1)Kvinnor
(26.2) Män
26.39 Annat kön

Har din partner (dina partners) varit tillsammans med andra sexuellt under tiden ni varit tillsammans, vad du vet om?
Personer som har svarat på frågan: 313
(27.1 Ja
(27.2) Vet ej
27.3) Nej

Uppskatta antal gånger

Har du själv reflekterat över hur du skulle förhålla dig till risk för STI (sexuellt överförbara infektioner)/hivöverföring vid sexuella kontakter utanför er relation?
Personer som har svarat på frågan: 312
(29.1) Ja, jag har tänkt mycket
(29.2) Ja, jag har tänkt ganska mycket
(29.3) Ja, jag har tänkt lite
(29.4) Nej, jag har inte alls tänkt på det

Har du pratat med din(a) partners om hur ni skall förhålla er till risk för STI/hivöverföring vid eventuella sexuella kontakter utanför er relation?
Personer som har svarat på frågan: 315
(30.1) Ja, vi har pratat igenom detta
(30.2) Ja, vi har pratat lite om detta
(30.3) Nej, vi har inte alls pratat om detta
(30.4) Ej aktuellt

Är det någon skillnad på hur ni tänker runt säkrare sex beroende av vilket kön som personen/personerna som du eller din partner tänker ha sex med har?
Personer som har svarat på frågan: 300 (Medelvärde: 1,8)
(31.1) Ja
(31.2) Nej
(31.3) Delvis

Hur ser era överenskommelser ut? Formulera fritt.

Lever du i någon form av öppen relation där du med din(a) partners samtycke kan ha sex med annan/andra personer?
Personer som har svarat på frågan: 387
(33.1) Ja
(33.2) Nej
(33.3) Vi har inte diskuterat detta

Bor du tillsammans med denna/dessa sexpartner(s)?
Personer som har svarat på frågan: 516
(34.1) Ja, med en
(34.2) Ja, med några
(34.3) Ja, med alla
(34.4) Nej
(34.5) Annat

Idag finns det människor som relationsmässigt definierar sig utanför normen. Hur definierar du dig själv relationsmässigt? Stämmer någon av dessa alternativ på dig? Det går att välja fler alternativ. Jag definierar mig som
Personer som har svarat på frågan: 515
(35.1) Polyamorös
(35.2) Relationsanarkist
(35.3) Har flersamma relationer
(35.4) Monogam
(35.5) Vill inte definiera mig

(35.6) Annat

TEMA: Hälsa, erfarenhet av och kunskap om sexuellt överförbara infektioner.

Hur stor bedömer du risken vara för dig att smittas av något av följande, utifrån hur du lever idag?
Personer som har svarat på frågan: 799
(Värde: 1) ingen risk
(Värde: 2) liten risk
(Värde: 3) medelstor risk
(Värde: 4) stor risk
(Värde: 5) mycket stor risk
(Värde: 6) vet ej
(Värde: 7) har redan
Herpes på könet (Sammanlagt: 798)
Klamydia (Sammanlagt: 794)
Bakteriell vaginos (rubbning av bakteriefloran) (795)
HPV-virus (792)
Kondylom (796)
Gonorré (Sammanlagt: 796)
Syfilis (794)
Hiv (795)

Nästa fråga gäller dig som svarat ingen risk eller mycket liten risk på någon av föregående fråga

Till dig som svarat ingen eller liten risk på fler än en infektion Beror det på att… (välj det/de alternativ som stämmer in)
Personer som har svarat på frågan: 765
(37.1) Jag är bara tillsammans med tjejer/kvinnor
(37.2) Jag har aldrig sex
(37.3) Jag har en fast
(37.4) Jag litar på att min(a) partner(s) berättar om ev. smitta
(37.5) Jag tycker mig kunna bedöma min(a) partner(s)
(37.6) Jag och min partner har testat oss och vet att vi inte har någon STI
(37.7) Jag använder alltid kondom
(37.8) Jag använder alltid slicklapp
(37.9) Jag använder alltid plasthandskar
(37.10) Det har gått bra
(37.11) Annat

Har du någon gång testat/undersökt dig för någon/några av följande sexuellt överförbara infektioner, fler alternativ kan fyllas i.
Personer som har svarat på frågan: 797
(Värde: 1) ja, senaste tolv månaderna
(Värde: 2) ja, för mer än ett år sedan
(Värde: 3) nej aldrig
Klamydia (791)
Hiv (788)
Kondylom (777)
Bakteriell vaginos (rubbning i bakteriefloran) (774)
Gonorré (776)
Syfilis (769)

Har du/har du haft någon sexuellt öveförbar infektion eller hiv?
Personer som har svarat på frågan: 797
(Värde: 1) ja, de senaste tolv månaderna
(Värde: 2) ja, för mer än ett år sedan
(Värde: 3) nej, aldrig
(Värde: 4) vet inte
Kondylom (785)
Cellförändringar på livmodertappen (786)
Herpes (783)
Bakteriell vaginos (779)
Klamydia (788)

Gonorré (782)
Syfilis (781)
Fått besked om jag bär på hiv (781)

Denna fråga fylls i om du har/har haft någon STI eller bär på hiv. Av vem tror du att smittats?
Personer som har svarat på frågan: 217
(Värde: 1) Från man
(Värde: 2) Från kvinna
(Värde: 3) Annan
(Värde: 4) Vet ej
Kondylom (105)
Bakteriell vaginos (104)
Klamydia (124)
Gonorré (48)
Syfilis (43)
Hiv (42)

Vilken risk tror du att det är att en kvinna som har sex med en kvinna överför klamydia?
Personer som har svarat på frågan: 785
(Värde: 1) Ingen risk
(Värde: 2) Mycket liten risk
(Värde: 3) Viss risk
(Värde: 4) Stor risk
(Värde: 5) Mycket stor risk
(Värde: 6) Vet inte
Genom kyssar (771)
Om man rör vid sitt eget kön och sedan på partnerns kön (775)
Direktkontakt mellan slemhinnor (anus, mun, slida, ögon) (779) Om man använder samma sexleksaker (777)
Om man rör eller slickar könet under mens (773)
Genom att gnugga könen/fittorna mot varandra (773)

Vilken risk tror du att det är att en kvinna som har sex med en kvinna överför hiv-virus?
Personer som har svarat på frågan: 782
(Värde: 1) Ingen risk
(Värde: 2) Mycket liten risk
(Värde: 3) Viss risk
(Värde: 4) Stor risk
(Värde: 5) Mycket stor risk
(Värde: 6) Vet inte
Genom kyssar (771)
Om man rör vid sitt eget kön och sedan på partnerns kön (776)
Direktkontakt mellan slemhinnor (anus, mun, slida, ögon) (778) Om man använder samma sexleksaker (777)
Om man rör eller slickar könet under mens (773)
Genom att gnugga könen/fittorna mot varandra (776)

Hur ofta går du på cellprovtagning? (Första kallelsen kommer ungefär när man fyllt 23 år)
Personer som har svarat på frågan: 798
(43.1) Alltid när jag får en kallelse
(43.2) Ibland när jag får en kallelse
(43.3) Har inte blivit kallad
(43.4) Aldrig

Om du inte gjort en cellprovtagning de senaste tre åren, vad beror det på?
Personer som har svarat på frågan: 209
(44.1) Har inte kallats
(44.2) Har inte orkat/hunnit eller prioriterat det
(44.3) Jag har fått information om att jag inte behöver, då jag inte är sexuellt aktiv med en man
(44.4) Tycker det är/verkar vara obehagligt
(44.5) Vill inte gå pga rädsla för fördomsfullt (heteronormativt) bemötande (44.6) Annat skäl

Hur ofta går du på mammografi? (Första kallelsen kommer när man är i 40-årsåldern)

Personer som har svarat på frågan: 794
(45.1) Har inte kallats.
(45.3) Alltid när jag får en kallelse
(45.4) Vid någon form av symptom
(45.5) Aldrig

Om du inte genomgått en mammografiundersökning, varför inte?
Personer som har svarat på frågan: 655
(46.1) Är under eller runt 40 år och har ännu inte kallats
(46.2) Har inte orkat/hunnit eller prioriterat det
(46.3) Vill inte gå pga rädsla för fördomsfullt (heteronormativt) bemötande (46.4) Annat skäl

Har du använt någon typ av skydd mot hiv/sti-överföring när du haft sex med en kvinna?
Personer som har svarat på frågan: 788
(Värde: 1)Aldrig
(Värde: 2) En gång
(Värde: 3) Några gånger
(Värde: 4) Oftast
(Värde: 5) Alltid
Slicklapp (köpt i butik eller liknande) (782)
Plastfolie (gladpack) som slicklapp (779)
Uppklippt kondom (slicklapp) (782)
Kondom på dildo (779)
Undvikit sex under menstruation för att undvika risken att hiv överförs (780)
Använt latexhandskar (779)

Hur gör du när du eller din partner har mens? Det går att fylla i flera alternativ.
Personer som har svarat på frågan: 775
(48.1) Har aldrig sex när jag eller min sexpartner har mens
(48.2) Slickar klitoris/blygdläppar mm när partnern inte har tampong/menskopp eller liknande
(48.3) Slickar klitoris/blygdläppar mm när partner har tampong/menskopp eller liknande
(48.4) Tungan i slidan när partnern inte har tampong/menskopp eller liknande
(48.5) Tungan i slidan när partnern har tampong/menskopp eller liknande
(48.6) Dildo i slidan utan kondom
(48.7) Dildo i slidan med kondom
(48.8) Smeker fittan när partnern inte har tampong/menskopp eller liknande
(48.9) Smeker fittan när partnern har tampong/menskopp eller liknande
(48.10) Gnuggar fittorna mot varandra när partnern inte har tampong/menskopp eller liknande
(48.11) Gnuggar fittorna mot varandra när partnern har tampong/menskopp eller liknande
(48.12) Annat

När var det senaste tillfället du sökte information eller råd om sexuell hälsa?
Personer som har svarat på frågan: 797
(49.1) Aldrig
(49.2) Över fem år sedan
(49.3) Senaste fem åren
(49.4) Senaste året
(49.5) Senaste månaden

Vad sökte du råd om?
Personer som har svarat på frågan: 569
(50.1) Sexuellt överförbara infektioner och testning (ej hiv).
(50.2) Cancer, cellprov eller mammografi
(50.3) Säkrare sex
(50.4) Hiv och testning
(50.5) Fysiologiska frågor
(50.6) Psykologiska frågor
(50.7) Annat

Var letade du efter information? Flera alternativ kan anges.
Personer som har svarat på frågan: 592
(51.1) Sjukvårdskontakt, gynekologi
(51.2) Sjukvårdskontakt, vårdcentral

(51.3) Sjukvårdskontakt, telefonrådgivning
(51.4) Lokal RFSL-avdelning
(51.5) Internet: Sjukvårdssida/sjukvårdsrådgivning
(51.6) Internet: Andra lesbiska hälsosidor
(51.7) Internet: RFSL Hälsa
(51.8) I en bok, vilken
(51.9) På annat sätt, nämligen

Har du tillräckligt med kunskap för att kunna skydda dig själv och andra mot sexuellt överförbara infektioner som överförs kvinna till kvinna?
Personer som har svarat på frågan: 793
(52.1) Ja, jag har tillräcklig kunskap
(52.2) Jag har en del kunskap
(52.3) Jag har lite kunskap
(52.4) Jag har dålig kunskap
(52.5) Jag har ingen kunskap alls
(52.6) Jag har inte funderat över det

TEMA: Sexuella kontakter med män och andra personer med penis. Vi vet genom forskning att c:a 80 procent av alla kvinnor som själva definierar sig som lesbiska, någon gång har haft sex med män och ett antal fortsätter ha sex med män.

Haft du någon gång haft sex med en man (eller person med penis)?
Personer som har svarat på frågan: 798
(53.1) Ja
(53.2) Nej

Senaste tillfället du hade sex med en man eller person med penis?
Personer som har svarat på frågan: 670
(Värde: 1 Under de senaste 3 månaderna
(Värde: 2) Mellan 4-12 månader sedan
(Värde: 3) Mer än 1 år sedan
(Värde: 4) Mer än 3 år sedan
(Värde: 5) Aldrig haft sex med en man

Senaste tillfället du hade penetrerande vaginalsex dvs penis, fingrar eller dildo i slidan (672)
Senaste tillfället du hade oralsex med en man (660)
Senaste tillfället en man gav dig oralsex. (658)
Senaste tillfället du hade penetrerande analsex dvs penis, fingrar eller dildo i anus. (634)

Hur fick ni kontakt vid det senaste tillfället?
Personer som har svarat på frågan: 655
(55.1) Det var min partner jag hade sex med
(55.2) Vi känner varandra sedan tidigare
(55.3) Arbetsplats/skola
(55.4) Internet, vilken sajt
(55.5) HBT-förening (t ex RFSL, studentförening)
(55.6) Gaycafé, gay/flatklubb eller gaybar
(55.7) "Heteroställe"
(55.8) Privat fest
(55.9) Annat sammanhang, vad

Reflekterade du över risken att smittas av en sexuellt överförbar infektion vid det senaste tillfället du hade sex med en man?
Personer som har svarat på frågan: 663
(56.1) Jag tänkte mycket på risken för sexuellt överförbara infektioner.
(56.2) Jag tänkte lite på risken för sexuellt överförbara infektioner.
(56.3) Jag tänkte inte alls på risken för sexuellt överförbara infektioner. (56.4) Ej relevant
(56.5) Minns ej

Sexualvanor med män, jag har
Personer som har svarat på frågan: (642)
(Värde: 1) Ofta/alltid

(Värde: 2) Ibland
(Värde: 3) Vid något enstaka tillfälle
(Värde: 4) Aldrig
(Värde: 5) Har inte gjort men skulle vilja prova
(Värde: 6) Vill inte prova
Kyssa (642)
Smeka bröst (636)
Slicka bröst (630)
Gnida sig mot varandra (631)
Smeka penis (633)
Använda klitorisvibrator (623)
Använda dildo (619)
Använda strap on (609)
Penis i slidan (640)
Penis i anus (621)
Suga/slicka penis (634)
S/M-sex (619)
Gruppsex (621)

Vilken sexuell läggning har dina manliga sexpartners haft de senaste tre åren.
Personer som har svarat på frågan: 668
(58.1) I huvudsak homosexuella
(58.2) I huvudsak bisexuella
(58.3) I huvudsak heterosexuella
(58.4) Queer
(58.5) Vet ej
(58.6) Ej haft sexuell kontakt med en man under de senaste tre åren

Har du använt någon typ av skydd för hiv/STI-överföring vid sex med en man/person med penis?
Personer som har svarat på frågan: 653
(Värde: 1) Aldrig
(Värde: 2) En gång
(Värde: 3) Några gånger
(Värde: 4) Oftast
(Värde: 5) Alltid
(Värde: 6) Ej aktuellt
Kondom vaginalt (651)
Kondom analt (624)
Kondom oralt (624)
Plasthandskar (621)
Undvikit sex under mens (628)
Någon form av slicklapp (exempelvis köpt slicklapp, plastfolie eller uppklippt kondom. (625)

Använt annat preventivmedel T.ex. p-piller, p-spruta, spiral mm.
Personer som har svarat på frågan: 659
(60.1) Aldrig
(60.2) En gång
(60.3) Några gånger
(60.4) Oftast
(60.5) Alltid
(60.6) Ej aktuellt

TEMA: Senaste tillfället du hade sex.

Har du någon fast sexpartner just nu? Välj det svarsalternativ som stämmer bäst in på hur du lever just nu.
Personer som har svarat på frågan: 794
(61.1) Nej
(61.2) Jag träffar någon regelbundet bara för att ha sex
(61.3) Jag lever i en stadig kärleksrelation och jag har bara sex med min partner.
(61.4) Jag lever i en stadig kärleksrelation och jag har sex även med andra än min partner.
(61.5) Jag har flera partners som jag träffar och har sex med.

(61.6) Annat

Vilket kön hade personen/personerna som du senast hade sex med?
Personer som har svarat på frågan: 793
(62.1) Man/män
(62.2) Kvinna/
(62.3) Transsexuell
(62.4) Transsexuell MtF
(62.5) Intergender
(62.6) Transgender
(62.7) Olika kön
(62.8) Annat

Hur fick ni kontakt vid det här tillfället?
Personer som har svarat på frågan: 790
(63.1) Det var min partner jag hade sex med
(63.2) Vi känner varandra sedan tidigare
(63.3) Arbetsplats/skola
(63.4) Internet, vilken sajt
(63.5) Hbt-förening (t.ex. RFSL, hbt-studentförening)
(63.6) Gaycafé, gay/flatklubb eller gaybar
(63.7) "Heteroställe"
(63.8) Privat fest
(63.9) Annat sammanhang

Reflekterade du över risk för att få en (STI) sexuellt överförbar infektion vid det senaste tillfället du hade sex?
Personer som har svarat på frågan: 788
(64.1) Jag tänkte mycket på risken för STI
(64.2) Jag tänkte lite på risken för STI.
(64.3) Jag tänkte inte alls på risken för STI.
(64.4) Minns
(64.5) Ej relevant

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

Om enkäten väckte några frågor eller funderingar så är du välkommen att kontakta mig;
Suzann Larsdotter, hiv och hälsohandläggare på RFSL
tel: 08-50 162 907 mobiltelefon: 0735-300 295
e-mail: suzann.larsdotter@rfsl.se

Bilaga 2: Bild från Socialstyrelsens decemberkampanj.

Bilaga 3. Bild från Noaks Ark Skåne, ”Alla kan få hiv”.

foto: Charlotte T Strömwall