



Bedre helse for lesbiske

Over hele verden blir lesbiske, homofile, bifile og transseksuelle plaget og forfulgt ganske enkelt fordi de er seg selv. De tortureres og mishandles av myndigheter for å få frem tilståelser av «avvik», og de voldtas med det påskudd at det vil «helbrede» dem. De utsettes for angrep hjemme og i nærmiljøet fra mennesker som vil straffe og ydmyke dem på grunn av deres seksuelle orientering eller kjønnsidentitet (1).

Sommeren 2001 presenterte Amnesty International en rapport om brudd på menneskerettighetene som følge av seksuell orientering (1). I Sudan, Saudi-Arabia, Yemen, Iran, Afghanistan og Pakistan kan homofile risikere dødsstraff eller lange fengselsstraffer, og det er dokumentert eksempler på tortur mot homofile, lesbiske, bifile og transseksuelle fra alle verdensdeler.

De siste tiår har vi sett tegn på at det norske samfunnet ønsker å motarbeide diskriminering og fordommer mot lesbiske og homofile. I 1972 ble homoseksualitet mellom menn avkriminalisert, og i 1981 ble det innført særskilt vern for homofile og lesbiske i straffeloven. I 1993 vedtok Stortinget partnerskapsloven som gir lesbiske og homofile par samme rettigheter og plikter som i ekteskap. Unntak er rett til adopsjon og mulighet til kirkelig vielse.

En rapport fra Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) om levkår og livskvalitet blant lesbiske og homofile fra 1999 viser at befolkningens fordommer reduseres etter som årene går (2). Men til tross for at et stort flertall av informantene i undersøkelsen vurderte sin helse som god, ble også alvorlige former for undertrykking, forskjellsbehandling og vold dokumentert. Angsten for slike erfaringer er en belastning for mange. I NOVA-rapporten beskrives alvorlige psykiske reaksjoner og problemer som følge av undertrykking, og det berettes om hvordan homoseksualitetens helseutfordringer utformes forskjellig for kvinner og menn. For homofile menn kan frykten for alvorlig somatisk sykdom og angsten for åpen vold være en viktig del av hverdagen, mens lesbiske kvinners liv kan farges av usynliggjøring, lang vei til selvforståelse og ikke sjelden av realiteter eller ønsker knyttet til det å være mor.

Avmakt og undertrykking kan påvirke

helsen hos lesbiske og lede til psykisk lidelse, og terskelen for å søke hjelp kan bli høy hvis man er redd for å bli møtt på en dårlig måte (3). I Norge er det enighet om at ulikheter i helse og helsetjenestetilbud skal utjevnes. I Stortingsmelding nr. 25 (2000–2001) om *Levekår og livskvalitet for lesbiske og homofile i Norge* understrekes nettopp likeverdet i tjenestetilbudet (4).

Med utgangspunkt i egne erfaringer fra klinisk praksis, undervisning og forskning har vi etablert en forskergruppe for å bidra til utvikling av bedre helse og bedre helsetjenester for lesbiske i Norge. Med støtte fra Statens helsetilsyn besøkte vi nylig Fenway Community Health Center i Boston, USA. Dette er et kompetansesenter med bred erfaring på feltet (5).

Fenway Community Health Center

Fenway-senteret ble etablert i 1971 etter initiativ fra studentaktivister som ett av mange lokalsamfunnsbaserte tverrfaglige helse-sentre med tilbud til marginaliserte grupper som fattige, eldre og fargede. Fenway-senteret valgte å utvikle et tilbud for lesbiske og homofile pasienter og klienter. Den kliniske delen av virksomheten er etter hvert utvidet til også å omfatte forskning, fagutvikling og samfunnsmedisinsk arbeid. Homofile menns helseproblemer ble naturlig nok prioritert da AIDS-epidemien brøt løs tidlig i

1980-årene. Etter hvert ble det stadig tydeligere at det også var behov for å styrke kompetansen og tilbudet overfor lesbiske. Senteret har derfor etablert en egen strategi for utvikling av kvinnerettede tiltak.

Personalet er tverrfaglig med psykologer, sosialarbeidere, sykepleiere, leger og ulike rådgivere, til sammen 170 ansatte. Senteret har også en forskningsavdeling med 35 forskere, og en administrativ seksjon, som bl.a. driver et omfattende arbeid rettet mot helsemyndigheter og helseplanleggere. Senterets årsbudsjett er på 10–11 millioner amerikanske dollar, og inntektene kommer fra offentlige kilder (ca. 60%; i hovedsak HIV-AIDS-midler) og fra private fond og innsamlinger.

Fenway-senterets tilbud til lesbiske dekker et bredt spekter fra vanlige primærhelsetjenester (herunder helsekontroller og rutineundersøkelser) til alternativmedisinske tjenester som akupunktur, kiropraktikk og massasje. En stor avdeling arbeider med psykososiale problemer i individuelle konsultasjoner og gruppesamtaler med kvinner med psykiske plager, misbruksproblemer og voldsoffererfaringer. Senteret har et program for inseminasjon med tilhørende svangerskapskurs, rådgivning og samtalegrupper. Det er også en døgnåpen telefonlinje drevet av frivillige som har gjennomgått spesiell utdanning for formålet. I tillegg driver senteret grupper for lesbiske med kreftsykdom og deres pårørende, lesbiske mødre, barn av lesbiske mødre, lesbiske med rusmisbruk, gir tilbud om røykeslutt, samt tilbud som skal styrke selvfølelsen.

Senteret tilbyr psykiske helsetjenester i form av individuelle psykoterapeutiske samtaler eller støttegrupper for kvinner med alvorlige psykiske lidelser og for kvinner som strever med konsekvenser av å tilhøre en stigmatisert gruppe. Depresjoner, som var den hyppigste henvendelsesgrunnen, ble sett i sammenheng med marginalitetserfaringer. Det amerikanske helsedepartementet (US Department of Health and Human Services) har utarbeidet en egen manual for hvordan man best kan møte lesbiske med rusproblemer, med konkrete råd om ikke-diskriminerende samtaleformer – hva slags ord skal man bruke og ikke bruke, og hva kan virke støtende eller bekræftende?

Fenway-senteret er et frittstående senter med tilknytning til Harvard University ved at mange ansatte har akademiske stillinger der. Senterets forskningsavdeling har prioritert HIV/AIDS-relatert forskning, for det



Dette skiltet viser vei til Fenway Community Health Center, 7 Haviland Street i Boston, Massachusetts, USA. Alle foto privat



Rhonda Linde, Training and Mental Health Research Coordinator, med ansvar for kvalitetssikring av tjenestetilbud med kulturell kompetanse

meste epidemiologi, kliniske forsøk og vaksineforsøk, men har de senere årene flere studier om lesbiske. Senteret var initiativtaker til Lesbian Health Research Forum, som blant annet stod bak den store Solarz-rapporten fra Institute of Medicine i 1999 (6). Søkelyset har vært rettet mot de mange metodologiske utfordringene som forskning om lesbiske reiser, spesielt i epidemiologiske studier. Senteret har nylig gjennomført et pilotprosjekt for å vurdere om det overhodet er mulig å få pålitelige data om seksuell orientering i befolkningsbaserte studier. Andre aktuelle prosjekter handler om gynekologiske tilbud til lesbiske med erfaringer fra seksuelle overgrep, om tiltak for å bedre tilgjengeligheten til helsetjenesten og om kvalitetskriterier for helsehjelp til lesbiske og homofile i den vanlige helsetjenesten (7). Ett av prosjektene omfatter kurs i grunnutdanning og videre- og etterutdanning for helse- og sosialarbeidere, der hjelpere lever seg inn i hvordan det er å være en usynlig og undertrykt gruppe. Målet er å utvikle kulturell kompetanse og sensitivitet. Senteret har også deltatt i arbeidet med Health 2010, et dokument som kan sammenliknes med de norske folkehelse rapportene, med en delrapport om helse og levekår for lesbiske og homofile.

Hva kan vi lære?

På studiereisen intervjuet vi også lesbiske kvinner uten tilknytning til Fenway-senteret om deres erfaringer og behov i forhold til helsetjenesten. En av dem beskrev sine ønsker slik: «Why should we have to choose between special services for lesbians and a lesbian provider? I want a lesbian provider who provides special services!» I USA er helsetjenesten ofte organisert som særomsorger for spesielle grupper. I Norge er det bred enighet om at det offentlige tjenestetilbudet bør gi helsehjelp av tilfredsstillen-

de kvalitet til alle befolkningsgrupper, også grupper med spesielle behov. Studiereisen endret ikke vårt syn på at dette er en riktig politikk, men kvalitetssikring av kunnskapsbasert klinisk praksis fordrer ytterligere forskning, kunnskapsutvikling og teoretisk refleksjon.

Fenway-senterets leger støtter seg til Solarz-rapportens konklusjoner om at man ikke har identifisert spesifikke somatiske helseproblemer hos lesbiske (6). Spesielle mammografi programmer for lesbiske ble ikke anbefalt. Oppmerksomheten var konsentrert om de kjønnsspesifikke psykososiale konsekvenser av det å tilhøre en marginalisert gruppe og mot et helsetjenestetilbud med tilstrekkelig kulturell kompetanse til å sikre tilgjengelighet og kvalitet.

Lesbiske har psykososiale helsebehov knyttet til det å være kvinner og til det å tilhøre en marginalisert gruppe. Som lesbisk blir man ofte stilt overfor et umulig valg om enten å være usynlig eller selvløsende (8). Usynligheten kan melde seg i heteronormative sammenhenger, dvs. situasjoner der heteroseksualiteten blir tatt for gitt. Med spørsmål som «Er du gift? Er du seksuelt aktiv? Bruker du p-pille? Hva jobber mannen din med?» risikerer den seksuelt aktive lesbiske å få p-pilleresept i stedet for tilpassede råd angående risikoferd, og den gravide lesbiske kan bli oppfattet som alenemor uten å få sin livsledsager og medforelder anerkjent. Sorgen ved tap av livspartner eller samlivsbrudd kan gjøres taus.

Som selvløsende kan derimot det lesbiske bli altoverskyggende. Bryter man gjennom og sier at kjæresten er en kvinne, blir det lett oppfattet som en intim betroelse. Fordommer kan være levende også blant helse- og sosialarbeidere. Velger den lesbiske å si det som det er, kan hun oppleve taus tabuisering. Ingen lege tar opp spørsmål om barneønske. Vaginal tørrhet diskuteres ikke ved overgangsalder. Partneren anerkjennes ikke på samme måte som en ektefelle, og man kan ikke være sikker på at hun blir kontaktet eller får anledning til å være til stede ved alvorlige helsemessige hendelser. Fordommer i dagliglivet kan oversettes til krenkelser som ofte er ubevisste og uintenderte fra krenkerens side. De blir særlig farlige når de tillates å spille seg ut i et konsultasjonsrom der den hjelpesøkende er sårbar og alene.

I Boston fant vi en helsetjeneste som eksplisitt sier at lesbiske trenger å møte hjelpere som har kunnskap om hvordan lesbisk liv kan arte seg. Der kan de få det samme som heterofile tar for gitt: Å bli møtt som et helt menneske, å få sine pårørende anerkjent, å møte respekt for sine valg, å få støtte når det røyner på, å slippe stereotypier og ha rom for individualitet. Signaler om kulturell sensitivitet på venterommet, for eksempel tidskrifter som omtaler lesbiske (i Norge: *Blick* eller *Løvetann*), kan gi trygghet om at dette er et sted det går an å være seg selv.

Kvaliteten på psykisk helsearbeid kan



Eugenia Handler, Director of Government Relations, har ansvar for synliggjøring av lesbiske i den helsepolitiske debatten i USA

styrkes når terapeuten møter lesbiske klienter uten forlegenhet og anerkjenner deres livsform. Den velmenende heterofile terapeut kan lett komme i skade for å alminneliggjøre eller bagatellisere den lesbiske livsformen uten å se det spesielle, eller motsatt: å forklare alle typer problemer ut fra seksuell orientering. Slike feilskjær kan forebygges gjennom kunnskap om minoritetsstress, om hvordan «komme-ut»-prosesser kan patologiseres til angst og depresjon, og om problemer i parforhold mellom to kvinner. Selvhjelpsgrupper eller grupper ledet av en profesjonell helse- eller sosialarbeider, slik vi så mange eksempler på ved Fenway-senteret, kan være et godt tilbud. Gruppens styrke, fremfor individual behandling, er gjenkjennelsen i den andres opplevelser og utvekslingen av erfaringer, samt erkjennelsen av de andre gruppe-medlemmenes styrke. Dette kan være terapeutisk i seg selv, ved å utfordre stigmatiserende betegnelser og styrke egendefineringen.

I Norge har NOVA-rapporten ført til økt oppmerksomhet mot selvmordsproblematikk blant lesbiske og homofile, spesielt blant unge. Som følge av *Handlingsplan mot selvmord* har Helsetilsynet etablert oppfølgingsprosjektet *Tiltak mot selvmord*, der lesbiske og homofile blir nevnt spesielt. Fenway-senteret hadde døgnåpen telefonlinje spesielt for ungdom, selvtillitsgrupper og psykisk helsetjeneste med solid kulturell kompetanse som aktuelle strategier for dette formålet.

Lesbiske pasienter kan fortsatt møte terapeuter som bygger på teoretiske referanserammer preget av historiske forbindelseslinjer mellom fordommer, sykelliggjøring og seksuell orientering (9). Helsetjenestens holdninger og kunnskaper kan videreutvikles og kvalitetssikres gjennom styrking og synliggjøring av kunnskap om lesbiske hos hjelpere på alle nivåer. På Fenway-senteret

fikk vi mange konkrete tips om pedagogikk og formidling av kunnskap om hvordan selvbildet påvirkes av det å være i en marginal posisjon, om hvordan lesbisk livsstil kan føre til psykologisk stress, om asymmetrisk kommunikasjon i en konsultasjonssituasjon, og om troen på egne krefter som ressurs til å møte utfordringer.

Mye gjenstår når det gjelder teoriutvikling og forskning om helse og helsehjelp for lesbiske (10). Den videre kunnskapsutvikling må forholde seg til betydningen av kjønn, og til usynliggjøring og sykeligjøring av kvinner via avmaktsskapende mekanismer forvaltet av helsevesenet.

Synliggjøring av lesbiske i norsk helsepolitikk

Sosial ulikhet i helse er en viktig helsepolitisk utfordring i Norge. I henhold til Verdens helseorganisasjons program Helse for alle innen år 2000, har Norge forpliktet seg til å redusere de sosiale helseforskjellene med minst 20 % innen år 2000. Den siste norske folkehelse rapporten fra 1999 omtaler sosial ulikhet knyttet til etnisitet, alder, kjønn og sosial klasse, men nevner ikke seksuell orientering. Bedre helse for lesbiske i Norge forutsetter offentlige strategier som erkjenner de helsemessige belastningene av den marginalisering som fortsatt foreligger, og som setter spesifikke tiltak på den politiske dagsorden.

Tjenestetilbud med kulturell kompetanse

Bedre helsetjenester for lesbiske i Norge forutsetter kunnskapsutvikling om kjønns-spesifikke sammenhenger mellom psykososialt press, heteronormativitet, selvforståelse og helse. Vi trenger å vite mer om balansen mellom helseskadelige og helsebringende sider ved ulike former for lesbisk liv. Vi trenger forskning og kvalitetssikring for å utvikle tjenestetilbud med tilstrekkelig kulturell sensitivitet og kompetanse. Slike kvaliteter er viktige forutsetninger for å gi lesbiske en opplevelse av akseptabel tilgjengelighet og kompetanse innen helsetjenesten. Fenway-senterets strategier viser hvordan kvalitetssikring kan ta utgangspunkt i kunnskapsbaserte kriterier om god helsehjelp til lesbiske. Bekjempelse av stigmatiserende holdninger og prosesser bør inkluderes som kvalitetskriterier slik at relevant opplæring kan tilbys for å realisere dette i praksis.

Kunnskap om undertrykkingsteori og bevisstgjøring av egen rolle og trening i å forholde seg åpent til mennesker av ulike kjønn og seksuell orientering bør innarbeides i utdanningen av alle helse- og sosialarbeidere. Fenway-senteret har vist oss hvilke pedagogiske tilnærminger som er hensiktsmessige. Slike tilnærminger kan bl.a. innarbeides i etterutdanningskurset om kjønn, identitet og marginalisering ved Høgskolen i Oslo (et kurs som bør bli kompetansegivende for leger

og psykologer) og i undervisningen for legestudentene ved Universitetet i Bergen om helsetjenester til marginaliserte grupper (11).

Et kompetansesenter forankret i klinisk virksomhet

Ved Fenway-senteret er fagutvikling, veiledning, forskning og praksis forankret i en omfattende klinisk virksomhet av høy kvalitet. Ved planlegging av et tilsvarende kompetansesenter her i landet bør denne modellen følges. Rådgivningstjenesten for lesbiske og homofile som ble etablert av Oslo Helseråd i 1977 (12), er nå er tilknyttet Olafia-klinikken. Videreføring av denne virksomheten krever styrking av den tverrfaglige kompetansen innen medisinsk, psykologisk, juridisk og sosialt arbeid. Kompetansesenterets oppgaver bør også omfatte veiledning for helsepersonell angående lesbiske og homofile, slik Rådgivningstjenesten tilbød de første driftsårene.

Klinikk og fagutvikling er nødvendige, men ikke tilstrekkelige betingelser for etablering av et kompetansesenter. Forskning er også nødvendig. Nettverk for homofilforskning representerer et fagmiljø med mye relevant kompetanse innen samfunnsvitenskap og humaniora, men et tverrfaglig kompetansesenter trenger også vitenskapelig kompetanse fra flere helsefaglige disipliner og formell tilknytning til universitet eller høyskole.

Kirsti Malterud

Seksjon for allmenntilleggsmedisin
Universitetet i Bergen
Ulriksdal 8 C
5009 Bergen

og
Afdeling for almen medicin og Central
forskningsenhet for almen praksis
Københavns Universitet

Anbjørg Ohnstad

Avdeling for økonomi, kommunal- og sosialfag
Høgskolen i Oslo
Pilestredet 52
0167 Oslo

Janecke Thesen

Seksjon for allmenntilleggsmedisin
Universitetet i Bergen
Ulriksdal 8 C
5009 Bergen

Litteratur

1. Amnesty International. Crimes of hate, conspiracy of silence. Torture and ill-treatment based on sexual identity. 2001. <http://web.amnesty.org/ai.nsf/Index/ACT400162001?OpenDocument&of=THEMES\SEXUAL+ORIENTATION> (3.10.2001).
2. Hegna K, Kristiansen HW, Moseng BU. Levekår og livskvalitet blant lesbiske kvinner og homofile menn. NOVA-rapport 1/99. Oslo: NOVA, 1999.
3. Diamant SL, Wold C, Spritzer K, Gelberg L. Health behaviors, health status, and access to and use of health care. A population-based study of lesbian, bisexual, and heterosexual women. Arch Fam Med 2000; 9: 1043–51.
4. St.meld. nr. 25 (2000–2001). Levekår og livskvalitet for lesbiske og homofile i Norge. Oslo: Barne- og familiedepartementet, 2001.

5. Carroll N, Linde R, Mayer K, Lara AM, Bradford J. Developing a lesbian health research program: Fenway Community Health Center's experience and evolution. JLGMA 1999; 3, nr. 4: 145.

6. Solarz AL, red. Lesbian health – current assessment and directions for the future. Washington D.C.: National Academy Press, 1999.

7. Clark ME, Landers S, Linde R, Sperber J. The GLBT health access project: a state-funded effort to improve access to care. Am J Public Health 2001; 91: 895–6.

8. Ohnstad A. Den rosa panteren eller en i den grå masse. Forståelse av lesbiske i terapi. Tidsskrift for Norsk Psykologforening 1992; 4: 313–21.

9. Ohnstad A. Psykologiens fortellinger om lesbiske – og kvinnenes egne fortellinger. I: Brantsæter MC, Eikvam T, Kjær R, Åmås KO, red. Norsk homoforskning. Oslo: Universitetsforlaget, 2001: 214–38.

10. Malterud K. Lesbiske i medisinsk teori og praksis – et kritisk perspektiv på kunnskap og helsetjenester. I: Brantsæter MC, Eikvam T, Kjær R, Åmås KO, red. Norsk homoforskning. Oslo: Universitetsforlaget, 2001: 191–213.

11. Thesen J, Malterud K. «Empowerment» og pasientstyrking – et undervisningsopplegg. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1624–8.

12. Malterud K, Petersen G. Helseproblemer hos homofile. Tidsskr Nor Lægeforen 1984; 104: 1736–9.

○