



LUNDS
UNIVERSITET

Centrum för genusvetenskap

I den bästa av världar

En reflekterande uppsats om åtgärder för lesbiska och bisexuella kvinnors
marginalisering inom sjukvården.

Författare: Leyla Gransell

C/D- Uppsats: GNV. 301,104, Kön, Samhälle, Vetenskap

Höst och vårterminen: 2006-02-21

Handledare: Marta Cuesta

Abstract

Författare: Leyla Gransell

Titel: **I den bästa av världar - En reflekterande uppsats om åtgärder för lesbiska och bisexuella kvinnors marginalisering inom sjukvården.**

Uppsats: Genusvetenskap, GNV. 301,104, 41- 80 p.

Handledare: Marta Cuesta

Centrum för Genusvetenskap: 2005

Det har i ett antal internationella undersökningar framkommit att HBT- personer har sämre hälsa än heterosexuella. I den förbindelsen har syftet med denna uppsats varit att diskutera kring vilka åtgärder som är möjliga för att förändra denna ohälsa, där jag har koncentrerat mig på särlösning kontra integrationsteorier. Jag har inriktat mig på lesbiska och bisexuella kvinnor inom HBT-området. Med hjälp av Nancy Fraser och Iris Marion Youngs teorier om erkännande eller omfördelning diskuteras särlösningen och integreringens fördelar och nackdelar. Problemet är att det vid särlösningar finns en risk för att lesbiska och bisexuella kvinnor fasthålls i sin marginalisering och att det inte arbetas med roten till problemet. Vid integreringslösningar kan förändringen ta lång tid vilket är problematiskt då lesbiska och bisexuella kvinnor behöver hjälp idag. Min slutsats har varit att vi skall behålla särlösningsmodellerna, samtidigt som dessa modeller skall fungera som en kunskapscentral för fortsatt integrering av alla sjukvårdsinstanser. Jag har dock även ansett att det i ett integreringsarbete är viktigt att tala om normativitet och hur vi ser på identiteter, som fasta eller föränderliga.

Nyckelord: hälsa, lesbisk, bisexuell, marginalisering, integrering, särlösning

Abstract

Author: Leyla Gransell

Title: **In the best of worlds. A paper discussing solutions directed at the marginalization of lesbian and bisexual women within the healthcare sector.**

Paper: Gender science, GNV. 301,104, 41- 80 p.

Supervisor: Marta Cuesta

Gender science: 2005

A number of international studies have brought forward that LGBT- persons are in poorer health than heterosexuals. With this paper I intend to discuss possible solutions to reverse this trend. Within the LGBT area, I have narrowed my focus to lesbian and bisexual women. Based on the theories of Nancy Fraser and Iris Marion Young on acknowledgement or redistribution, I discuss advantages and disadvantages in connection with specialized solutions as opposed to integration. The problem with specialized solutions is, however, that lesbian and bisexual women are kept in their marginalization and the root of the problem is not tackled. With integration solutions change can take a long time, which is also problematic because lesbians and bisexuals need to be helped now. My conclusion is that we must keep the model of specialized solutions, while simultaneously allowing these models to function as a center for knowledge in a continued integration of all health care instances. I am also proposing that in integration work it is important to talk about normativity and how we view identities, whether fixed or mutable.

Key words: health, lesbian, bisexual, marginalization, integration, specialized solution.

Tack!

Tack till Anna Mohr från Rfsl, Anita Johansson och Lena Moegelin från Lesbisk mottagning, Lotta Andreasson från Mama Mia och Regnbågsprojektet. Tack även till de lesbiska och bisexuella kvinnorna som delade med sig av sina erfarenheter av sjukvården. Till sist ett stort tack till Karolin, Erika, Jenny, Carsten, Linda, Lucia och Marta för era ovärderliga genomläsningar av min uppsats.

Leyla Gransell

Innehållsförteckning

1. Inledning	7
1.1 Syfte	7
1.3 Problemformulering	8
1.3.1 Definitioner	8
1.3.2 Hälsa	8
1.3.3 Sär lösningar	9
1.3.4 Integrering	10
1.4 Disposition	11
2 Metod och metoddiskussion	12
2.1 Personlig positionering	12
2.2 Teoretisk positionering	12
2.3 Val av metod	13
2.4 Urval	13
2.5 Tillvägagångssätt	14
2.5.1 Ostrukturerad intervju	14
2.5.2 Strukturerad intervju	15
2.6 Analyseringsprocessen	15
2.7 Presentation av intervju personer	16
2.7.1 De strukturerade intervjuerna	16
2.7.2 Ostrukturerad intervju	16
3 Historisk tillbakablick och forskningen idag	18
3.1 Medicinsk forskningsutveckling	18
3.2 Homosexualitetens forskningsutveckling	21
3.3 Undersökningar	23
3.4 Sammanfattning	26
4 Teori	28
4.1 Heteronormativitet	28
4.1.1 Makt	30
4.2 Legitimitet kontra erkännande	31
4.2.1 Omfördelning och erkännande	31
4.2.2 Assimilering och Radikal demokratisk pluralism	33
4.3 Empowerment	35
4.4 Mainstreaming	36
4.5 Sammanfattning	37
5 Lösningssmodeller	Fel! Bokmärket är inte definierat.
5.1 Lesbisk mottagning	39
5.2 Mama Mia	41
5.3 Regnbågsprojektet	42
5.4 Nätverket	43

5.5	The Fenway model.....	43
6	Analys	45
6.1	Marginalisering	45
6.1.1	<i>Upplevelser av sjukvården</i>	46
6.2	De alternativa hälsovårdsinstanserna	49
6.3	Särlösningar	51
6.3.1	<i>Lesbiska som grupp?</i>	54
6.4	Integrering	55
7	Slutsatser	58
7.1	Fördelar och nackdelar	58
7.2	Vad är bäst?.....	59
7.3	Framtida forskning.....	61
8	Litteraturlista.....	63
8.1	Muntliga källor.....	67
8.2	Elektroniskt material	67
8.3	Rekommenderad läsning.....	68

1. Inledning

När jag har berättat för bekanta att jag vill skriva om lesbiska kvinnors hälsa så säger de ofta: "Vadå, har lesbiska AIDS eller?" Detta är ett uttalande som tydligt visar på hur osynliggjorda lesbiska kvinnor är som grupp inom området hälsa. Det är även ett uttalande som visar att när folk tänker på homosexuellas hälsa så förknippas det oftast med AIDS och homosexuella män.

Flera internationella undersökningar har visat att homosexuella, bisexuella och transpersoner har sämre hälsa än resten av befolkningen. Den svenska regeringen har därför tagit initiativ till en utredning för att undersöka HBT¹- grupperingens hälsa i Sverige. Uppdraget har tilldelats Folkhälsoinstitutet, och en av deras uppgifter har varit att presentera åtgärder för att förbättra denna grupps hälsa. Då jag själv är intresserad av hur vi kan främja marginaliserade grupper väcktes mitt intresse vid tanken av hur sådana åtgärder kunde se ut.

Jag har tidigare skrivit om sexualitet och minoritetsgrupper inom områden som bisexualitet och lesbiskhet, men att koppla ihop sexualitet med hälsa var en ny spännande vinkel och ett utforskat område för mig. Uppsatsen är riktad till hälsovården, sjukvården, lesbiska och bisexuella kvinnor, till forskargruppen i allmänhet och till dem som känner sig nyfikna på området.

1.1 Syfte

Mitt syfte är att reflektera över hur hälsovårdspolitiken kan förbättras till lesbiska och bisexuella kvinnors fördel.² Uppsatsen kommer främst att fokusera på *sjukvården* inom det hälsopolitiska området. För att komma fram till vilka lösningar som är bäst att arbeta med kräver det dels en förståelse för vilken historisk social och kulturell kontext som den medicinska vetenskapen har behandlat lesbiska och bisexuella kvinnor i fram till idag. Dels kräver det en förståelse av vilken ohälsa som har framkommit genom lesbiska och bisexuella kvinnors marginaliserade position inom vården. Därefter reflekteras det över lösningsmodeller som främjar marginaliserade grupper. De

¹ HBT står för Homosexuella, Bisexuella och Transsexuella.

² Jag kommer i uppsatsen tala om både lesbiska och bisexuella kvinnor. Om jag inte har varit konsekvent med detta på alla ställen är det för att jag refererar till den samkönade praktiken. Det är identiteten utifrån dessa erfarenheter som står i fokus och som är avgörande, oavsett hur de definierar sig. Att jag skriver "kvinnor" när jag talar om lesbiska och bisexuella betyder inte att jag menar att *alla* lesbiska och bisexuella skall definieras som "kvinnor". Jag är väl medveten om att många lesbiska och bisexuella inte vill definiera sig som kvinnor. Det är inte min mening att någon skall känna sig exkluderad på grund av mitt ordval.

modeller jag har valt att undersöka närmare är särlösning och integrationsmodeller. Min problemformulering lyder som följer:

1.2 Problemformulering

Vilka för och nackdelar finns det med särlösning kontra integration som förändringspotential inom hälsovården, för att marginaliserade grupper, som lesbiska och bisexuella patienter, skall få en bättre hälsa?

1.3 Definitioner

För att tydliggöra den ovanstående problemformuleringen definieras här tre begrepp som används i uppsatsen: *hälsa, särlösningar och integrering.*

1.3.1 Hälsa

Jag ansluter mig till en holistisk syn på hälsa.³ Detta innebär att individens sociala förhållanden, fysik och psykisk stabilitet är i fokus. Jag har på bakgrund av detta letat efter vad jag anser vara en heltäckande beskrivning av just homosexuell hälsa. Den definition som passade bäst var den som jag hittade på Rfsl: s⁴ hemsida, vilken hade en relevant beskrivning av HBT- personers livssituation och ett holistiskt perspektiv på hälsa.

Rfsl delar upp definitionen av hälsa i fyra olika delar: *Psykisk, fysisk, social och sexuell hälsa.* Den *psykiska hälsan* handlar överlag om hur personen mår psykiskt och vilka förutsättningar en person har för att kunna må bra psykiskt. Den kan t.ex. handla om personen har tillgång till ute ställen där personen känner sig erkänd, men den inbegriper även frågan om hur smidig och smärtfri ”komma-ut-processen” är. Den *Fysiska hälsan* berör den materiella kroppen, där det frågas om det finns hjälp att få för den homosexuella när hon har problem med sin fysiska hälsa. Det kan t.ex. handla om att som HBT- person få hjälp i samband med HIV- smitta, insemination m.m. Den *Sociala hälsan* handlar om att personen skall kunna fungera och trivas på lika villkor med alla andra. Detta kan vara aktuellt exempelvis på arbetet, skolan m.m. Den *Sexuella hälsan* innefattar att personen har ett bra sexliv som hon trivs med. Denna del kan även innebära att personen kan få hjälp och stöd om hon/han har frågor om sitt sexualliv.⁵

³ Statens folkhälsoinstitut: (2004) s. 19-24.

⁴ Rfsl står för: Rätten för sexuellt lika berättigande.

⁵ RFSL, (2005).

Med ordet *sjukvård* menas de institutioner som individen kan använda sig av när hon har problem med sin hälsa. I uppsatsen används ordet *hälsovård* vilket syftar till de förebyggande politiska åtgärder som kan förbättra hälsotillståndet. Detta betyder att ordet *hälsovård* kommer användas när det är tal om en övergripande hälsoinsats, både inom sjukvård och hälsovård i sin helhet.

1.3.2 Särlosningar

Särlosningar innebär att lösningsmodellen endast riktar sig till en specifik grupp. Inom sjukvården i USA är ”Community- based health care” ett vanligt begrepp.⁶ Det räcker med att söka efter ordet på Internet, så kommer många förslag fram som finns i USA, där olika specialiserade grupper startats för att hjälpa minoritetsgrupper. Det finns särlosningar inom sjukvården runt om i världen men de flesta kan som nämnts ovan, hittas i USA. Det kan handla om speciell vård för äldre, HIV- smittade, AIDS sjuka, afroamerikaner, lesbiska osv.⁷ I uppsatsen används ordet särlosningar istället för ”community- based health care”.

Särlosningar kan ses som separatistiska lösningar som utgår från en grupp. Särlosningar har i allmänhet varit en del av 1970-talets feministiska rörelse, där kvinnor gick samman i grupper för att arbeta mot marginalisering. Det var även under 1970-talet som lesbiska feminister i USA bröt sig ut ur den allmänna feministiska rörelsen och skapade sina egna grupperingar. De ansåg sig vara osynliggjorda inom resten av den feministiska rörelsen, vilket de svarta feministerna även kände av.⁸ Risken med särlosningar är just att uppdelandet i grupper drar folk över en kam, där personer kan känna sig uteslutna. Detta kommer att diskuteras närmare i uppsatsen.

I uppsatsen presenteras Nancy Fraser, sociolog, och Iris Marion Youngs, statsvetare, teorier om särlosningar. Fraser kallar dem för *erkännande* och Young för *radikal demokratisk pluralism*.⁹

⁶ US National Library of health, (1996).

⁷ Under mitt sökande på nätet fann jag en sida vid namn: ”black health care”. Detta är en särlosning som vill uppmärksamma att afroamerikaner har större ohälsa än vita amerikaner. Afroamerikaner lider t.ex. 70 % mer av diabetes, har högre spädbarnsdödlighet och mindre chans att överleva cancer än vad vita amerikaner har. Därför har ”Black health care” skapat sitt eget alternativ för att få den vård afroamerikaner behöver här och nu. Se Black health care, (2000).

⁸ Freedman & Thorne, (1984), s. 102- 105. Se även Ehrlich, (1992), s. 131-137.

⁹ Fraser, (2003), s. 182-183, Young, (1990), s. 156-163.

1.3.3 Integrering

”Integration handlar om ömsesidig vilja till att delta i varandras liv..., Att acceptera de krav som samhället ställer och att själv kunna vara med och ställa krav, på samhället och sina medmänniskor...ha samma spelregler och samma möjligheter att delta i samhället”.¹⁰

Denna definition av integration uttalas av två integrationsarbetare inom en kommun i Sverige, i en artikel av Helèn Thomson, psykolog. Uttalandet handlade om en integrering av etniska minoriteter i Sverige, vilket är det område som integrering figurerar mest inom.¹¹

Enligt Aleksandra Ålund, sociolog och etnolog, innebär integration ett införlivande av marginaliserade grupper in i majoritetsbefolkningen. Detta innebär att en exkluderad grupp blir en del av samhället på jämlika villkor med den redan inkluderade gruppen. *Jämlikhet* och *mångkulturalism* är enligt Ålund, nyckelorden inom en integreringsprocess.¹² Hon menar dock att det är viktigt att mångkulturalismen inte blir statisk utan att den hela tiden är öppen för nya kulturella uttryck.

Integration kan delas upp i två olika delar; en *social* och en *kulturell* integration. Den *sociala* integreringen syftar till att marginaliserade grupper blir assimilerade in i samhället för att uppnå samma politiska deltagande och inflytande i samhället som majoritetsgruppen har. Den *kulturella* integrationen handlar om att marginaliserade grupper behåller sin kulturella identitet samtidigt som gemensamma värderingar skapas mellan marginaliserade och majoritetsgrupper.¹³ Rent praktiskt vid en integreringsprocess krävs vad Nancy Fraser, sociolog, kallar en *omfördelning* i samhället. Denna omfördelning kan liknas med de integreringsdefinitioner som finns ovan, då omfördelningen enligt Fraser innebär en omfördelning av den maktojämlikhet som marginaliserade grupper lever i.¹⁴ Young presenterar även en *assimilationstanke* som liknar vad jag kallar integrering.¹⁵

Den integrering jag talar om i denna uppsats är den som kan ske inom området lesbisk och bisexuell hälsa. Det talas här om att en HBT- kunskap behöver integreras inom hälsovården. Ses denna sexuella integrering utifrån ett kulturellt och socialt perspektiv är det viktigt att lesbiska och

¹⁰ Thomson, (2005), s. 71.

¹¹ Jfr. Ålund, (1997), s. 79.

¹² Jfr. Ålund, (2005), s. 293, och Ålund, (1997), s. 186.

¹³ Ålund, (1997), s.78-79.

¹⁴ Fraser, (2003), s. 183.

¹⁵ Young, (1990), s. 156-163.

bisexuella kvinnor blir accepterade för sin sexuella identitet, samtidigt som det är viktigt att de uppnår samma rättigheter som heterosexuella personer har när de söker vård. Det finns dock inom integreringsfrågan både nackdelar och fördelar vilka kommer att presenteras i teorikapitlet.

1.4 Disposition

Uppsatsen börjar med ett metodavsnitt där jag positionerar mig efter en hermeneutisk vetenskapstradition. Avsnittet presenterar även mitt val av metod och intervjupersoner. Efter detta följer en historisk tillbakablick på hur medicinskvetenskap har behandlat heterosexuella, lesbiska och bisexuella kvinnor fram till idag. I detta avsnitt presenteras även undersökningar om vilken ohälsa som har framkommit hos lesbiska och bisexuella kvinnor. Därefter kommer teoriavsnittet där olika teoretiska begrepp förklaras. De viktigaste begreppen som rör lösningar till marginalisering är omfördelning kontra erkännande som lösningsmodell, som ligger till grund för diskussionen i analysdelen. Härfter följer empiridelen där läsaren får en större inblick i de existerande vårdinstitutioner som arbetar med inriktning mot lesbiska och bisexuella kvinnor. Dessa institutioner är Lesbisk mottagning, Mama Mia och Regnbågsprojektet men även en särlösningssmetod kallad "Fenway modellen" som existerar i USA. Därefter presenteras min analys, där jag länkar samman teori med mina intervjuer. De avslutande slutsatserna presenteras under en egen rubrik, vilken även kan ses som en sammanfattning.

2 Metod och metoddiskussion

I detta kapitel presenteras den metod som har använts i undersökningen. Kapitlet har delats in i olika avsnitt som ger inblick i mina viktigaste metodiska övervägelse. Jag förklarar och begrundar mitt metodval, samtidigt som jag positionerar mig själv. Till sist i detta kapitel görs en presentation av intervjupersonerna.

2.1 Personlig positionering

Min förståelse som tidigare lesbisk definierad person och vit gjorde att jag tyckte mig kunna förstå vad de lesbiska och bisexuella kvinnorna talade om när de nämnde olika namn på uteställen, eller bara genom det språk de använde sig av. Det kan som Marta Cuesta, genusvetare, menar vara viktigt att positionera sig då det kan göra att intervjupersonen känner sig tryggare och samtalet kan föras på ett mer jämlikt plan.¹⁶ Jag var inte konsekvent i min egen sexuella bakgrunds positionering, vilket kunde ha varit en trygghet för intervjupersonerna. Jag vet inte om detta berodde på att det inte var viktigt för dem eller om de hade en förutfattad mening om min sexualitet. Vid ett annat intervjutillfälle vill jag välja att vara konsekvent med min positionering, då jag egentligen tycker att detta medverkar till att utjämna en maktobalans som kan finnas i en intervjusituation.

2.2 Teoretisk positionering

Jag har en hermeneutisk syn på vetenskap, vilket gör att jag har ett socialkonstruktivistiskt sätt att se på världen. Detta kan ses i de teorier jag har valt som exempelvis Michel Foucault, filosof, som talar om världen som konstruerad,¹⁷ eller filosofen Judith Butler som talar om normer och heteronormativitet.¹⁸ Mitt hermeneutiska tillvägagångssätt kan även ses i den metod jag har valt i form av kvalitativa intervjuer som vill förstå världen med hjälp av dess aktörer.¹⁹

Jag ansluter mig även till en historiesociologisk bild av vetenskapen.²⁰ Vilket innebär att vetenskapen ses i en social och kulturell kontext. Jag ser liksom Foucault, historiska perspektiv som en viktig del av vår förståelse av nutidens situation inom vården.²¹ Historiska sätt att se på människan och kön ger en bild av varför hälsovård prioriterar och arbetar som den gör. Mitt avsnitt

¹⁶ Cuesta, (2003), s. 121.

¹⁷ Foucault, (2002 [1976]), kap. 2.

¹⁸ Butler, (1999), hela boken.

¹⁹ Jfr. Widerberg, (2002), hela boken.

²⁰ Jfr Lundqvist, (2005) s. 112. Se även Edenheim, (2005), s. 14-17.

²¹ Foucault, (2002 [1976]), hela boken.

om historisk och nutida forskning kan därför ses som ett första teoriavsnitt, då denna även kommer att föras in i diskussionen under analysen.

Anledningen till att jag fokuserar på *gruppen* lesbiska är dels för att min uppsats storlek tvingar mig till en begränsning, och dels för att det i andra undersökningar har utgått från lesbiska som grupp för att kunna konstatera att de har en sämre hälsa än heterosexuella. Det är dock viktigt för mig att poängtera att det enda lesbiska som grupp har gemensamt är att de har sex och ett kärleksliv med andra kvinnor.²² Uppsatsen kommer även att problematisera själva gruppindelningen av lesbiska.

2.3 Val av metod

Jag valde att använda mig av en kvalitativ intervjumetod för att jag på detta sätt kunde få en mer personlig kontakt och en bättre förståelse av hur lesbiska och bisexuella kvinnor ansåg att sjukvården kunde förbättras. Som Karin Widerberg, sociolog, säger: ” *kvalitativ forskning är en chans att lära sig något om sig själv och andra.* ”²³

Jag har dels intervjuat anställda och andra personer som har relevant anknytning till de olika sjukvårdsalternativ som finns för lesbiska och bisexuella kvinnor i Sverige, dels sex kvinnor, varav fem definierade sig som lesbiska och en som bisexuell. Skillnaden på de två intervjugrupperna var att intervjuerna med den anställda vårdpersonalen hade som syfte att få fram mer fakta kring hur alternativen fungerade medan de andra intervjuerna hade som mål att förstå deras erfarenheter av sjukvården. Den första intervjugruppens intervjuform var därför en mer strukturerad intervju som var ute efter konkreta fakta medan den andra gruppens intervjuform var en ostrukturerad modell.²⁴

För att hitta ett existerande särlösningalternativ fick jag ett tips genom Anna Westerståhls avhandling, där hon refererade till ett särlösningalternativ i USA. Jag kontaktade dem via mejl och fick information om deras verksamhet.

2.4 Urval

För att finna de lesbiska och bisexuella kvinnorna har jag använt mig av en så kallad snöbollsmetod. Jag berättade för vänner och bekanta om min undersökning som i sin tur berättade det vidare till sina bekanta. Jag skickade även en mejl till Rfsl där jag fick tag i en kontakt. Det var dock svårt att

²² Jfr. Adrienne Rich, (1980), s. 631-660.

²³ Widerberg, (2002), s. 31.

²⁴ Jfr. Ibid. s. 16.

få tag i bisexuella kvinnor att intervjua. Detta kan bero på att bisexuella kvinnor inte har en lika stark grupptillhörighet som lesbiska kvinnor, och därför inte känner sig tillhöra de lesbiskas forum, såsom Rfsl. Det var något av en besvikelse att inte kunna nå denna grupp då jag tror att det är viktigt att denna grupp får föra sin egen talan.

Jag har inte ställt något specifikt krav till att mina intervjupersoner skulle vara i en speciell ålder eller komma från en viss geografisk plats i landet. Detta medförde att jag fick en spridning som sträcker sig mellan 25-51 års ålder. Nu i efterhand kan jag se att det hade varit intressant att koncentrera sig på olika åldrar, då det visade sig att det fanns en skillnad på hur de äldre och yngre kvinnorna upplevde mina frågor. Den geografiska lokationen rörde sig om Stockholm, Uppsala och Malmö.

2.5 Tillvägagångssätt

Under intervjuerna använde jag mig av en intervjuguide där jag hade noterat olika teman jag ville att vi skulle beröra under intervjuens gång. Jag upplevde att det var positivt att ha dessa teman för att mina intervjupersoner kunde tala öppet inom dem. Jag var dock uppmärksam på att nya teman kunde komma fram, och därför var det viktigt för mig att vara lyhörd under intervjuerna för att kunna ställa relevanta följdfrågor.²⁵ Mina två teman var *för det första* deras möte och upplevelse med sjukvården och *för det andra* deras tankar om framtida lösningsmodeller inom hälsovården. Det var spännande att se hur olika varje intervju var, och hur viktigt det var att låta intervjupersonen bestämma takten under intervjun. Jag har från tidigare intervjusituationer lärt mig att det är guld värt att inte avbryta en tystnad vilket även Widerberg hävdar. Att låta en tystnad vara utan att fylla den med prat gör att intervjupersonerna får tid till att tänka och fortsätta sina tankegångar efter en liten paus.²⁶

2.5.1 Ostrukturerad intervju

Tre av intervjuerna utfördes antingen i informanternas hem eller i en lånad lokal. På grund av att kropp och sjukdomar kan vara ett känsligt ämne försökte jag skapa en trygg kontakt genom att små prata innan själva intervjun började. Den sista intervjun blev utförd via telefonen, vilket inte gav ett bra resultat. Jag kände att jag gick miste av mycket information då jag inte kunde observera personens kroppssignaler.²⁷ Intervjun blev även mycket stressad och varade inte mer än 18 minuter.

²⁵ Jfr. Widerberg, (2002), s. 100.

²⁶ Ibid. s. 101.

²⁷ Jfr. Widerberg, (2002), s. 17.

De andra intervjuerna varade ca 60 min. Detta var något jag fick acceptera även om det gjorde mig frustrerad under intervjuens gång. Jag rekommenderar dock inte att göra telefonintervjuer, då resultatet blir mycket otillfredsställande om syftet är att göra en mer undersökande intervju istället för att få mekaniska svar. Det är viktigt för mig att påpeka att detta inte berodde på intervjupersonen utan på intervjusituationens förutsättningar.

2.5.2 *Strukturerad intervju*

Intervjuerna som gjordes med de anställda inom respektive hälsoalternativ blev utförda på deras arbetsplatser. Detta var mest bekvämt för dem då de ofta hade ont om tid.²⁸ Dessa intervjuer präglades av stress och det märktes att de inte hade mycket tid till övers, vilket kunde bero på att de utfördes just på arbetsplatsen, och i deras pauser.²⁹ En av dessa intervjuer blev dock gjord med hjälp av telefon. Precis som telefonintervjun jag talade om ovan, blev denna intervju mycket kort, men då dessa intervjuer mer syftade på att ta del av en faktisk kunskap om hur deras mottagningar fungerade, var inte detta ett stort problem.

2.6 **Analyseringsprocessen**

För att kunna göra en ordentlig analys av mina intervjuer har jag transkriberat intervjuerna ordagrant, för att därefter läsa igenom dem flera gånger. Härfter har jag enligt Kvales analyseringsprocess sållat bort de delar av intervjuerna som inte var relevant för min analys.³⁰ Det kunde exempelvis hända att intervjupersonerna kom in på ett sidospår eller upprepade sig. För att kunna urskilja teman i intervjuerna har jag använt mig av det som Widerberg kallar ett empirinära och teorinära förhållningssätt.³¹ Detta innebär att jag i och med min teoretiska utgångspunkt har ställt frågor som syftar tillbaka på teorin, samtidigt som intervjupersonerna har kommit med sina egna förtolkningar och svar på mina frågor. Jag fann fyra olika teman som löpte genom alla intervjuerna. Den första var upplevelsen av sjukvård, den andra var frågan om de alternativa hälsovårdsinstanserna, den tredje var om sårlosningar behövdes och den fjärde var om integrering var nödvändig. När jag hade funnit mina teman kunde jag analysera deras svar och se om de liknade varandra eller om det fanns skillnader, vilka presenteras i analysdelen.

²⁸ Jfr. Ibid, s. 93.

²⁹ Jfr. Ibid, s. 106.

³⁰ Kvale, (1997), s. 88.

³¹ Widerberg, (2002), s.145.

2.7 Presentation av intervjupersoner

Jag har använt mig av vad psykologen Steiner Kvale benämner som en förtrolighetsprincip. Konkret betyder det att de sex lesbiska och bisexuella kvinnorna inte blir representerade med deras riktiga namn i mitt material.³² De personer jag har intervjuat inom vårdalternativen kommer dock att nämnas med deras riktiga namn enligt överenskommelse.

Jag kommer att dela upp intervjuerna efter de strukturerade och ostrukturerade intervjuerna. De intervjupersoner som jag intervjuade på tu man hand var vita. Vid de två telefonintervjuerna kan jag av naturliga skäl inte yttra mig om detta. Jag nämner detta då jag omedelbart inte har intervjuat någon som jag tror har invandrabakgrund. Uppsatsens perspektiv är ett vitt perspektiv, och jag har inte arbetat med vad Mulinari kallar ett intersektionalistiskt perspektiv.³³ De enda faktorer som figurerar i min uppsats är ålder, kön och sexualitet. Klass och etnicitet är inte något jag har omtalat.

2.7.1 *De strukturerade intervjuerna*

Jag intervjuade tre personer som hade koppling till Lesbisk mottagning. Anna Mohr som är ansatt på Rfsl och arbetar med lesbiskas hälsointressen. Hon var med och startade och utbildade vårdpersonalen på Lesbisk mottagning i HBT-kunskap. Anita Johansson är kurator på hud och ven mottagningen men är även kopplad till Lesbisk mottagning. Lena Moegelin är gynekolog på kvinnohälsan och var även hon med och startade Lesbisk mottagning. Hon har även gjort en jämförande undersökning av kvinnohälsan och Lesbisk mottagnings patienter.

Lotta Andreasson är barnmorska på mödravårdscentralen Mama Mia och Regnbågsprojektet. Jag har även haft ett informellt samtal med Regina Wintzer från Statens folkhälsoinstitut som har informerat mig om deras projekt rörande HBT-hälsa.

2.7.2 *Ostrukturerad intervju*

Hanna är 30 år och definierar sig själv som queer eller bisexuell. Hon bor i Stockholm och berättar om dåliga upplevelser av gynekologiska undersökningar. Sandra är 32 år, lesbisk och bor i Stockholm. Hon har en traumatisk upplevelse av en gynekologisk undersökning men även goda upplevelser vid mötet med Lesbisk mottagning och psykhälsan för homosexuella. Anna är 31 år och lesbisk. Hon bor i Stockholm och jobbar på ett administrativt plan inom sjukvården. Hon anser sig inte ha upplevt några traumatiska upplevelser vid kontakt med sjukvården, men nämner olika

³² Kvale, (1997), s. 276.

³³ De los Reyes, Molina & Mulinari, (2005), s. 25.

diskrimineringar som hon vanligtvis stöter på vid sjukvårdsbesök. Kristina är 26 år och bor i Stockholm. Hon definierar sig själv som flata och menar att hälsovården borde bli bättre på att uppmärksamma våld inom lesbiska relationer. Emma är 25 år, lesbisk och bor i Uppsala. Hon arbetar inom sjukvården. Hon anser sig inte ha upplevt stora svårigheter vid kontakten med sjukvården, utan har en positiv bild av hur kontakten mellan sjukvård och patient fungerar. Hon menar dock att det behövs utbildning inom vården på detta område. Maria är 51 år och bor i Malmö. Hon kom ut som lesbisk när hon var 23 år och har tidigare arbetat inom sjukvården. Hon har själv märkt av den sjukdomsstämpel som fanns i Sverige fram till 1979, hon säger:

"Jag gick på sjuksköterskeskolan, och jag vågade inte berätta där, för jag var ju sjuk. Eftersom jag hade sjukdomsstämpeln kunde jag inte ta hand om dem som var sjuka. Jag fick välja. Antingen kunde jag lägga in mig på mentalsjukhuset för aversionsterapi eller sluta utbildningen. Så där blev det jäkligt schizofrent. Jag var ju hetero från måndag till fredag eftermiddag, och sen i Malmö var jag JAG. Jätte lycklig."

3 Historisk tillbakablick och forskningen idag

Detta kapitel har dels som syfte att visa en historisk tillbakablick på hur heterosexuella kvinnor, lesbiska och bisexuella kvinnor har blivit behandlade inom medicinsk forskning, och dels att ge en inblick i de nutida undersökningar som har gjorts omkring lesbiska och bisexuella kvinnors hälsa. Kapitlet skall i sin helhet fungera som kunskapsbakgrund till den fortsatta läsningen av uppsatsen.

3.1 Medicinsk forskningsutveckling

Kvinnor uppfattades under 1800- talet nära kopplade till naturen. De ansågs vara antingen vilda eller pryda. Karin Johannisson, idéhistoriker, hävdar att det uppkom en bild av kvinnans³⁴ sexualitet som varandes antingen ”hora” eller ”madonna”. Kvinnan ansågs ha en så stark könsdrift att hon blev helt okontrollerbar och de sexuella frustrationerna kunde ge en rad olika sjukdomar. Det blev i den medicinska forskningens namn viktigt att kunna tämja denna ”vilda” kvinna då den allmänna uppfattningen var att kvinnans roll var att ta ansvar för mannens sexualitet genom att låta bli att vara förförande eller på andra sätt upphetsa mannen.³⁵ Detta gjordes i värsta fall genom hospitalisering. Den ”riktiga kvinnan” ansågs vara denna pryda ”madonna” som var frigid och inte hade någon sexlust alls. Hon skulle helst vara okunnig, oskuldsfull och asexuell.³⁶

Johannisson beskriver hur tre olika vetenskapliga modeller avlöste varandra inom medicinen. *Den anatomiskt fysiologiska, den gynekologiska och den neurologiska modellen*. Dessa modeller är intressanta dels för att de ger en inblick i hur vetenskapen på olika sätt legitimerade kvinnors underlägsenhet till mannen, och dels för att dessa modeller kan ge ett kritiskt perspektiv på den vetenskap som är situerad idag. Den *anatomiskt fysiologiska modellen* kom med Darwin, vilken menade att kvinnan hade stannat på en lägre nivå på den evolutionistiska skalan på grund av att hon hade starka egenskaper vad gällde intuition, perception och imitation. Dessa egenskaper ansågs tillhöra lägre stående raser. I denna tid upphöjdes egenskaper som: styrka, energi och intellekt, vilket ansågs tillhöra manliga kvaliteter. Förklaringen till att kvinnan stannat var även att hennes energi behövdes till reproduktionen. Genom studier av manliga och kvinnliga celler ansågs: ”mannen – som den piskande spermien – var[a] aggressiv, konkurrensinriktad och uppfinningsrik,

³⁴ ”Kvinnan” betyder i detta sammanhang den vita heterosexuella kvinnan. Jag använder även ordet ”kvinna” för att visa på den biologiska anknytning kön hade under denna tid. Kvinnor behandlades inte utifrån det som även kallas det sociala könet ”genus”.

³⁵ Johannisson, (1994), s. 63.

³⁶ Ibid. s.61.

kvinnan – som det vilande ägget – var väntande, altruistisk och närande.”³⁷ Metodiskt användes en mätning av fysiologiska skillnader mellan män och kvinnor, där skillnaderna kartlades.³⁸ Detta var i enlighet med den positivistiska andan som menade att ny kunskap skulle genereras genom naturvetenskapliga metoder, där mätning ingick.

Den *gynekologiska modellen*, utarbetades i första hand av engelska läkare, men spred sig snabbt ut i resten av västvärlden. Denna modell hade sin storhetstid mellan 1870-1890- talet. Modellen fokuserar primärt på kvinnans underliv som källa till kvinnans instabilitet och underlägsenhet. Konkret innebar det att om en kvinna hade ont i exempelvis: ögon, fötter, tänder, hjärta m.m. så berodde smärtan på rubbningar i underlivet. Onani bland kvinnor sågs även som en utlösande sjukdomsfaktor.³⁹

Den sista modellen var *den neurologiska modellen* som avlöste den gynekologiska omkring 1890-talet. Under denna tid var det istället kvinnans nervsystem som gjorde henne ömtåligare än mannen. Nervläkaren fungerade här som en slags psykolog, då psykologi och neurologi inte var åtskilda under denna tid. Metodiskt användes experimentell biologisk hjärnforskning där de enligt positivismen mätte sig fram till skillnader.⁴⁰

Gemensamt för alla dessa modeller var att kvinnan användes som dissektionsobjekt för att förstå sig på och visa de svagheter hon ansågs ha. Det som skiljer epokerna åt är endast deras val av fokus. Metodologiskt använde alla modellerna sig av de naturvetenskapliga insamlingsmetoderna som hörde till positivismens era. De dissekerade kvinnors hjärnor, skallar, skellet, armar, ben, höfter m.m.⁴¹ På samma sätt har historikern Londa Schiebinger i sina studier visat att det under 1800- talet gjordes jämförande undersökningar av svarta och vita människors skallar för att se om svarta var lika intelligenta som vita.⁴² Medicinens roll var som Foucault omtalat: att kartlägga, döma och utdöma individen. Beteenden som föll utanför normen, såsom homosexualitet, blev

³⁷ Johannisson, (1994), s. 30 (Har citerat Ploss).

³⁸ Ibid. s. 33.

³⁹ Ibid. s. 34-35.

⁴⁰ Ibid. s. 38-39.

⁴¹ Ibid. s. 43.

⁴² Schiebinger, (1995), s. 185-200.

patologiserade.⁴³ Schiebinger hävdar att den forskning som bedrevs var en forskning som ville legitimera härskande gruppers överordning och se till att svaga grupper förblev undertryckta.⁴⁴

Efter 1800- talets Darwinism började forskningen på 1900-talet ifrågasätta positivismens tillvägagångssätt. Det var t.ex. filosofer, kvinnorörelser och pacifister som gjorde sina röster hörda genom slagord om jämlikhet. Birgitta Hoveliuss och Eva E Johansson, båda läkare, berättar hur det istället för de naturvetenskapliga metoderna som hade härskat inom forskningen framkom metoder som tog tillvara personliga erfarenheter och sociala sammanhang. Den socialkonstruktivistiska erans tid började få sitt fäste inom vetenskapen. Det framkom exempelvis kvinnoforskning som utfördes av kvinnor och handlade om kvinnor. 1949 reciterades filosofen Simone de Beauvoirs ord: ”man föds inte till kvinna, man blir det”, i västvärlden. Uttrycket kritiserade den biologiska bilden av kvinnan och fokus riktades på den sociala kontexten i ett skapande av kön. På 1960 och -70 talet utvecklades dessa frågor och det talades nu om socialisering, normer och könsroller.⁴⁵ Här startade socialkonstruktivismens tankar om att individen skapas genom kontakten med andra och samhället.⁴⁶ Under socialkonstruktivismens era runt 1980-talet börjar ordet *kön* med bakgrund i biologin, bytas ut till förmån för ordet *genus*, ett begrepp som har sin förståelse i sociala strukturer, makt och hierarkier.⁴⁷

Trots den utveckling som har skett i samhället vad gäller kön och genus, har den sociala aspekten av genus haft svårt att få fotfäste inom den medicinska forskningen. Den hårt rotade tradition av naturvetenskapliga metoder, som experiment och objektiva betraktelser, har inte helt släppt taget. Hoveliuss och Johansson hävdar att kroppen även idag ses utifrån ett biologiskt synsätt med biologiska skillnader i fokus, där de naturvetenskapliga metoderna anses som mer ”riktiga” än de sociala.⁴⁸ Medicinsk forskning använder sig även idag av biologiska förklaringar för att förklara könsskillnader. Läkaren Katarina Hamberg menar att det idag läggs vikt på könshormon⁴⁹ och skillnader i hjärnans funktion för att dra konklusioner om män och kvinnor.⁵⁰ För några år sedan kunde vi även läsa i tidningar om undersökningar som har gjorts i heterosexuella och

⁴³ Foucault, (2002 [1976]), s. 60-65, Se även: Schiebinger, (1995), s. 26 , Mattson, (2005), s. 14.

⁴⁴ Schiebinger, (2005), s. 185-200.

⁴⁵ Hoveliuss & Johansson, (2004), s. 34-37.

⁴⁶ Jfr. Berger & Luckmann, (1966),s. 67.

⁴⁷ Jfr. Hoveliuss & Johansson, (2004), s. 37-38.

⁴⁸ Ibid. s. 40-41.

⁴⁹ Med könshormon menas att skillnader kan bero på att det finns för lite eller för mycket av ett hormon.

⁵⁰ Hamberg, (2004), s. 71-74.

homosexuellas öron för att hitta en homosexuell gen. Det har även i Göteborg gjorts forskning på råttor för att hitta denna gen.⁵¹

3.2 Homosexualitetens forskningsutveckling

Det var på 1850- talet som homosexualitet uppmärksammades inom den medicinska världen.⁵² Innan hade homosexualitet setts som en synd, något som var kopplat till skam och sexualitet som inte kunde producera barn, sex med djur, sex utan för äktenskapet m.m.⁵³ Lesbiska kvinnor ansågs vara ännu en av den kvinnliga sexualitetens hotbilder, på samma plan som ”hora” och ”madonna” bilden.⁵⁴ Under den anatomiskt fysiologiska modellen ansågs lesbiska kvinnor inneha fler ”våldsamma” celler i kroppen än vad heterosexuella kvinnor ansågs ha.⁵⁵ Efter 1850-talet, då den blev intressant inom medicinsk forskning, sågs homosexualitet som en sexuell avvikelse och kopplades nu istället ihop med sodomi, pedofili m.m. Homosexualitet blev stämplad som en sjukdom som kunde botas genom psykiatri. Den terapiform som valdes berodde på vilken terapiform som ansågs modern under olika tidsperioder. Det kunde vara samtalsterapi, men även medicinering, elchocker, kastrering, lobotomering och sterilisering.⁵⁶ På grund av positivismens stora inflytande koncentrerades forskningen om homosexualitet sig om antingen hjärnan, gener eller hormon.⁵⁷

Den första som inkluderade bisexualitet i sin forskning var psykologen Havelock Ellis 1887, i sin studie ”Sexual inversion”. Han ansåg den bisexuella personen vara könsförvirrad p.g.a. att vara född med två kön.⁵⁸ Freud, psykoanalytiker, utvecklade Ellis tankar genom att säga att alla människor föds som bisexuella, men att de längre fram i livet kan välja att antingen vara heterosexuella eller homosexuella.⁵⁹

Dagens genusforskning använder sig av forskning som tar fokus på sociala förhållanden istället för biologisk forskning. Det kan även handla om att fokus riktas mot den ”normala” gruppen för att bedriva forskning istället för att problematisera den avvikande gruppen. Genusvetaren Kerstin

⁵¹ Psykologiska institutionen Göteborg, (2006).

⁵² Den homosexualitet som det dock pratades mest om var den mellan män. Se Rydström, (2004), s. 37-42, se även Foucault, (2002 [1976]), s. 64-65.

⁵³ Jfr. Sandell, (2004), s. 345-347.

⁵⁴ Jfr. Johannisson, (1994), s. 70.

⁵⁵ Jfr. Weeks, (1977), s. 90.

⁵⁶ Jfr. Sandell, (2004), s. 345-347.

⁵⁷ Jfr. Johannisson, (1994), s. 33-39.

⁵⁸ Jfr. Storr, (1999), s. 16. Merl Storr är sociolog. Ellis syftade här på hermafroditer.

⁵⁹ Ibid. s. 21-23.

Sandell riktar t.ex. istället sitt fokus på de personer som är rädda för eller inte accepterar homosexualitet. Hon menar att det har satts en sjukdomsstämpel på dessa personer, vilka har fått namnet homofober. Sandell är kritisk till att det endast talas om accept och tolerans för att bota homofobi. Hon förespråkar istället ett noggrant granskande av heteronormativiteten som ligger till grund för att homosexualitet har setts som en avvikande sexualitet. Hon säger: *"Ofta kvarstår heteronormativa värderingar och i själva grunden för toleransen ligger de heterosexuellas makt att välja att vara toleranta, vilket gör att det fortfarande inte finns en självklar plats för homosexuella"*.⁶⁰

Heteronormativiteten visar sig i vården genom ett antagande om att alla som söker vård är heterosexuella. Sandell menar även att detta synsätt drabbar andra grupper än endast homosexuella: *"Även de som är asexuella drabbas, de som har fler partners, de som är bisexuella, de som är prostituerade..."*.⁶¹ Därför skulle det vara i andra sexuellt marginaliserade gruppers intresse att det sker en forskning kring heteronormativitet.

Den person som på allvar satte bisexualiteten på kartan under 1900-talet var, Alfred C. Kinsey, biolog och psykolog, som i sin undersökning av den amerikanska befolkningens sexvanor kom fram till att 46 % hade levt eller levde bisexuellt.⁶² Idag ser genusforskare som Judith Butler, filosof, bisexualitet som något konstruerat precis som både homosexualitet och heterosexualitet.⁶³ Bisexualitet är enligt historiker Sara Edenheim en avvikande kategori som bekräftar heterosexualiteten. Hon menar att bisexualiteten idag är en identitet som inte riktigt hör hemma någonstans.⁶⁴

Den historiska forskningen har gått från att definiera avvikelser och marginaliseringar utifrån biologiska perspektiv, till att under 1900-talet undersöka de sociala förhållandena som påverkar deras marginalisering. Här har den homosexuella gruppen arbetat med att skapa sin egen kulturella identitet som avviker från den normativa heterosexualitetens kulturella uttryck. Homosexuella har genom tiderna skapat sig ett kulturellt uttryck och identitet som homosexuella. De har kämpat för

⁶⁰ Sandell, (2004), s. 349.

⁶¹ Ibid., s. 350.

⁶² Hemmings, (2002), s. 16. Claire Hemmings är genusforskare.

⁶³ Butler, (1999), s. 98-100.

⁶⁴ Edenheim, (2001), s. 78.

att få en accepterad sexuelltidentitet genom att gå samman och manifesteras sin kulturella identitet.⁶⁵ Det är denna identitet som undersökningar om lesbisk och bisexuell hälsa utgår ifrån.

3.3 Undersökningar

Hälsovårdsforskning har idag börjat belysa området lesbiska och bisexuella kvinnors hälsa.⁶⁶ Syftet med denna del är dels att ge en inblick i den forskning som finns idag om lesbiska och bisexuellas hälsa och vilka problem som här har uppmärksammas. Alla dessa undersökningar utgår ifrån att kön och sexualitet beror på sociala strukturer i samhället, vilket även innebär att det är dessa strukturer som måste förändras.

Anna Westerståhl är specialist i allmänmedicin och har skrivit en doktorsavhandling som handlar om hur medvetna Göteborgs läkare är om deras patienters sexuella läggning. Det var en undersökning som började som en enkätundersökning och mynnade ut i en fokusgruppintervju med 10 personer. I enkätundersökningen framkom att bland de 28 läkarna som ansåg sig vara medvetna, av i allt 76, var det endast fyra som hade frågat deras patienter om deras sexualitet, där resterande patienter hade informerat deras läkare själva. Vid frågan om varför läkarna inte frågade om sexualitet sade majoriteten att det inte var relevant eller upp till patienten själva att nämna. De menade även att de var rädda för att förnärma heterosexuella kvinnor genom att ställa frågor om sexualitet, medan de inte tänkte i banor av att homosexuella kvinnor blev förnärmade av att inte bli tillfrågade eller uppmärksammas.⁶⁷ Under fokusgrupp intervjun kom det fram att läkarna hade en normativ bild av vad exempelvis en ”familj” var och hur den skulle se ut. De såg alla en man, kvinna och barn framför sig när de blev bedda att beskriva ordet ”familj”.⁶⁸

Westerståhl menar att det är nödvändigt att läkare förstår att sexuell identitet och praktik är viktigt inom medicinen för att kunna hjälpa sina patienter till ett sundare liv. Därför är det enligt henne viktigt att diskutera sexualitet inom läkararbetet för att en strukturell förändring skall kunna uppnås.⁶⁹ Hon ser homofobi, heterosexism och heteronormativitet som den största riskfaktorn för lesbiska kvinnors hälsa.

⁶⁵ Jfr. Fraser, (2003), s. 192.

⁶⁶ Bisexuella kvinnor har i dess undersökningar blivit sammanlagda med gruppen lesbiska.

⁶⁷ Westerståhl, (2003), s. 45-46.

⁶⁸ Ibid.

⁶⁹ Westerståhl, (2003), s. 54-55.

Forskaren och sjuksköterskan Gerd Röndahl har skrivit en avhandling om sjuksköterskor och homosexualitet. Hon har bland annat intervjuat homosexuella patienter om deras möte med sjukvården. Hennes erfarenhet visar precis som Anna Westerståhls, att vårdpersonal till största del utgår ifrån att deras patienter är heterosexuella. De frågar inte om sexualläggning eller familjeförhållanden på ett sådant sätt så att homosexuella blir inkluderade. Frågorna de ställer är om patienten är singel eller gift. Får personalen dock reda på att patienten är homosexuell upplever patienten ifråga ofta att läkaren slutar att kommunicera, eller att obehagliga kommentarer fälls.⁷⁰ Hennes intervjupersoner menade även att själva väntrummen kommunicerade heterosexualitet genom de tidningar som fanns att läsa, eller de enkäter och olika papper som patienten skulle skriva under. De homosexuella patienterna uppmanade därför till att t.ex. hänga upp en liten regnbågsflagga i väntrummet, som symboliserar homosexualitet. De uppmanade även personalen till att inte vara så rädda för vilket ordval de valde, som ex: homosexuell, flata eller lesbisk. De menade istället att det viktigaste var att känna att personen var positivt inställd och tillmötesgående.⁷¹ Många av intervjupersonerna nämnde även att de som sambo eller flickvän till den homosexuella patienten blev helt ignorerad. Även här upplevde de att kommunikationen försvann helt.⁷²

Det har vid en undersökning i USA visats att ju oftare en homosexuell person väljer att ”komma ut”, ju större chans har hon/han att uppnå en förbättrad självbild, bättre relationer, ökad social trygghet, mindre ångest, mindre depressioner, större känsla av gemenskap och ökad integrering i samhället.⁷³

Det är främst yngre lesbiska kvinnor som har undersökts i forskningsprojekt, därför finns det en stor osynlighet om hur äldre lesbiska och bisexuella kvinnor mår. En undersökning som dock har gjorts i USA har undersökt 100 lesbiska kvinnor i åldern 60 år och uppåt. Undersökningen visade att de psykiskt och fysiskt mårde väldigt bra. I undersökningen kallades de för survivors, överlevare. De problem de framvisade hörde ihop med själva åldrandet i sig själv, som immobilitet osv. En sak de dock var bekymrade om var vilket slags boende de skulle bo i när de inte kunde ta hand om sig själva längre. De flesta ville bo på ålderdomshem med andra lesbiska kvinnor och ha personal som

⁷⁰ Röndahl, (2005), s. 20.

⁷¹ Ibid. s. 39.

⁷² Ibid. s. 38-39.

⁷³ Jfr. Westerståhl, (1996), s. 17.

inte var homofobiska. Det talades även om oron över om partnern blev kroniskt sjuk och hur de då skulle bli bemötta som partner på sjukhuset.⁷⁴

Kriminologen Eva Tiby har gjort en avhandling som handlar om diskriminering mot homosexuella i de fall där det förekommer hot om våld och våld. Det framkom i avhandlingen att det vanligaste förekommande var hot om våld, följt av våld, förolämpningar, skadegörelse, egendomsbrott och sexbrott. Undersökningen visade att det främst var homosexuella män som upplevde och var mest skrämde för våldet, medan kvinnorna utsattes för mindre våld men fler förolämpningar och förtal än männen.⁷⁵ Den främsta platsen där kvinnorna utsattes för brott på var på deras arbetsplatser.⁷⁶

En annan ohälsa som har framkommit är det stora användandet av alkohol och droger. Enligt en undersökning dricker lesbiska kvinnor mer än resten av den kvinnliga befolkningen, och det har även framkommit att alkohol och droger spelar en högre roll inom den homosexuella subkulturen än andra subkulturer. Denna undersökning menar att detta beror på de sociala umgängesformer som lesbiska kvinnor lever i.⁷⁷

Lena Moegelin är gynekolog och var med och startade Lesbisk mottagning. Hon har gjort en jämförande enkätundersökning av 200 kvinnor som besökte den lesbiska mottagningen och 170 kvinnor som besökte den allmänna mottagningen. Av denna undersökning kunde hon se att ca 16 % av de lesbiska och bisexuella kvinnorna mot 10 % av de heterosexuella kvinnorna valde att inte göra cellprover.⁷⁸

I den norska undersökningen NOVA⁷⁹, där allmänhetens attityder till homosexuella och homosexuellas levnadsvillkor och livskvalitet har undersökts, har det dokumenterats att homo- och bisexuella ungdomar har en sämre psykisk hälsa än andra ungdomar. Det är fler självmordsförsök hos bisexuella och homosexuella ungdomar än hos de heterosexuella.

⁷⁴ Ibid. s. 20.

⁷⁵ Folkhälsoinstitutet, Wintzer, Regina, (2005), s. 2.

⁷⁶ Tiby, (1999), s. 247. Vad Eva Tiby menar med „våld“ är dock oklart i hennes bok. Hon har en fotnot på s. 6 som beskriver våld som innefattande: "...mord, dråp, misshandel, ofredande, olaga hot, förolämpning, förtal, mordbrand, skadegörelse, hets mot folkgrupp, olaga diskriminering och brott mot griftefrid".

⁷⁷ Statens folkhälsoinstitut, (2005), s. 2.

⁷⁸ Moegelin & Parmhed (2005). Även antecknat från intervju med Lena Moegelin 23/6- 05.

⁷⁹ NOVA står för: Norsk Institutt for forskning om opvekst, velfærd og aldring.

Det finns även undersökningar som har studerat hur personer med både invandrad och homo- eller bisexuell identitet upplever diskrimineringen i samhället i Sverige. Sådana undersökningar talar om hur kultur och socialt liv medverkar till att försvåra denna grupps situation. Det talas om tabu, fördomsfullhet och okunskap i omgivningen, vilket gör det svårt för homosexuella av annan etnisk bakgrund att känna trygghet i sin sexuella identitet. De upplever en så kallad dubbel marginalisering p.g.a. den etniska och sexuella marginaliseringen.⁸⁰

Enligt en tidigare undersökning som jag själv har gjort finns det bisexuella kvinnor som upplever sig marginaliserade och osynliggjorda av den homosexuella, och däribland lesbiska gruppen. De bisexuella kvinnorna i undersökningen kände sig inte accepterade. De uttryckte ett intresse för att ta del av en bisexuell identitet med andra kvinnor.⁸¹ Vad denna upplevda marginalisering gör för bisexuella kvinnors hälsa finns det inga undersökningar om.

Det finns inte många undersökningar omkring transpersoners liv. De undersökningar som har gjorts har belyst det medicinska könsbytet.⁸² Transsexualitet ses fortfarande övervägande idag som en sjukdom, därför kan vi anta att strategier för att förändra transsexuellas förutsättningar utgår från denna föreställning. Detta kan innebära att forskning inom detta område fortsatt koncentrerar sig om genforskning eller hormoner istället för den sociala delen.

3.4 Sammanfattning

Den medicinska forskningen har gått från ett fokus på biologi till ett fokus på sociala och kulturella strukturer. Detta visar den historiska utvecklingen inom lesbisk och bisexuell hälsa. I stället för positivismens mätningar av kvinnors kroppar finns det idag forskning som utgår från den sociala aspekten. Sammanfattningsvis har dessa undersökningar visat att unga lesbiska och bisexuella kvinnor lider av större risk för självmordstankar, på grund av den oacceptans som finns i samhället. Undersökningarna har även bidragit till en insikt i att den heterosexuella normen är en vanlig utgångspunkt inom vården. Detta gör att lesbiska och bisexuella kvinnor blir bemötta med ett osynliggörande i kontakt med sjukvården. För bisexuella och lesbiska kvinnor innebär detta att de hela tiden måste ”komma-ut” i kontakt med vård, och då en ”komma- ut- process” är förknippad med mycket obehag, undgår de gärna detta. Det har även framkommit att den lesbiska kulturen och det sociala livet ger större risk för osunda alkoholvanor än vad den heterosexuella kulturen gör. De

⁸⁰ Folkhälsoinstitutet, (2005), s. 4.

⁸¹ Gransell, (2005), s. 32.

⁸² Folkhälsoinstitutet, (2005), s. 8.

sociala och kulturella aspekterna för oss även in på de lesbiska och bisexuella kvinnor som har ett annat etniskt ursprung än svensk, som upplever ett så kallat dubbelt dilemma. De lever i en marginalisering som invandrad och som homosexuell, vilket kan skapa komplikationer för att känna sig trygg i sin sexualitet.

Det har även bevisats att lesbiska och bisexuella kvinnor drar sig för att söka sjukvård. Detta kan medverka till att lesbiska och bisexuella kvinnor lider större risk för livmoderscancer, då de väljer att inte komma till dessa undersökningar. Medicinskt kan det även betyda att sexuellt överförbara sjukdomar inte upptäcks då både personal och patient inte räknar med att de kan smittas. Detta beror på att sexuellt överförbara sjukdomar oftast blir sett på utifrån ett heterosexuellt perspektiv.

De undersökningar som har gjorts är till mestadels intervjuer med läkare och patienter. Detta innebär att individen och de sociala aspekterna har kommit i fokus när dessa undersökningar gjorts. Enkätundersökningar har även varit relevanta inom denna forskning för att kunna göra jämförelser av hur många som har valt att uppsöka Lesbisk mottagning, eller hur många lesbiska eller heterosexuella kvinnor som gör cellprovsundersökningar.

4 Teori

Enligt kapitlet ovan har lesbiska och bisexuella kvinnors marginaliserade position inom vården berott först på biologin för att sedan flytta sig till sociala och kulturella aspekter. Det som dock alltid har följt deras marginalisering är förståelsen av vad som är ”normalt” eller inte. Med denna bakgrund kommer jag i detta kapitel presentera teorier om heteronormativitet och makt. Efter detta presenteras teorier som handlar om legitimitet kontra erkännande som strategier mot marginalisering och exkludering. Till sist i kapitlet kopplar jag två praktiska begrepp inom detta område: empowerment och mainstreaming.

4.1 Heteronormativitet

Historiskt har den medicinska forskningen använts som ett instrument till att bevisa olika gruppers överlägsenhet över andra. Det har t.ex. handlat om mäns överlägsenhet mot kvinnor, vita mot svarta, heterosexuella mot homosexuella m.m. Det har funnits ett binärt motsatsförhållande där något ”riktigt” ställdes mot något som ansågs vara ”fel”.⁸³ Inom medicinsk forskning fick dem som var ”fel” eller avvikande en sjukdomsstämpel. Detta sätt att se samhället utifrån en binär eller dikotom utgångspunkt är något som Foucault talar om. Han menar att samhället är *konstruerat*⁸⁴, och att det skapar olika normer och regler som individer skall leva efter. Det finns alltså enligt Foucault något som anses vara det ”normala” och något annat som utifrån det normala blir det avvikande och straffas för detta.⁸⁵

Tiina Rosenberg, genusvetare, beskriver här skillnaden mellan normalitet och normativitet:

*”Normalitet är den trygghet som infinner sig vid känslan av att inte vara avvikande, medan normativitet i betydelsen föreskrivande alltid innehåller ett eller flera sociala och moraliska imperativ, det vill säga krav på att människor följer regler som andra har beslutat om”*⁸⁶

Normaliteten beskrivs här av känslan av att inte uppfattas som avvikande medan normativiteten uppställer krav som individen måste följa.

⁸³ Jfr. Foucault, (2002 [1976]), kap. 2.

⁸⁴ Precis som Berger och Luckmann, (1966), kap. 2.

⁸⁵ Foucault, (2002 [1976]), kap. 2.

⁸⁶ Rosenberg, (2002), s. 101.

Filosofen Judith Butler har studerat hur kön konstrueras i samhället. Hon menar att den binära konstruktionen man och kvinna är med och skapar den heterosexuella normen, vilken hon även kallar den heterosexuella matrisen. I den heterosexuella matrisen anses *heterosexualitet* vara det riktiga sättet för sexuella relationer⁸⁷, men där ingår även att det maskulina ställs i motsättning till det feminina.⁸⁸ Den heterosexuella matrisen innehåller även alltid ett förkastande av dem som inte lever upp till eller följer de könsbestämda lagarna, vilket innebär att kvinnor skall bete sig som kvinnor och män som män.⁸⁹ De avvikande personerna är nödvändiga för att den heterosexuella matrisen eller normen skall kunna upprätthålla sig själv. Finns det inte något onormalt som kan rättfärdiggöra det "normala", kan det "normala" heller inte överleva.⁹⁰ Rosenberg menar att heteronormativitetens två bärande principer är *inkludering* och *exkludering*. På grund av ett dikotomi tänkande uppstår en hierarkisering av den ena på bekostnad av den andra i det dikotoma paret. Detta innebär ett exkluderande av den avvikande. Den inkluderande principen innebär att en exkluderad grupp kan bli assimilerad in i den dominerade gruppen. Rent konkret betyder detta att en exkluderad grupp blir tvungen att inordna sig de överordnades regler för att bli accepterad.⁹¹

På grund av den allt genomsyrande heterosexuella normen påpekar Sandell att heteronormativiteten inte endast påverkar vårt vardagliga tänkande men även forskning och kunskap blir influerade av denna norm.⁹² Vilket tydligt har setts inom den medicinska forskningens utveckling.

Monique Wittig, språkvetare, ger även en radikal slutsats av den heterosexuella normen. Hon menar att heterosexualiteten vilar på kvinnors underlägsenhet. Enligt henne är det enda könet som finns det kvinnliga könet. Detta kön är skapat för att upprätthålla mäns överordning. Hon skriver: "*For the category of sex is the category that sticks to women, for only they cannot be conceived of outside of it. Only they are sex, the sex, and sex they have been made in their minds, bodies, acts, gestures...*"⁹³ Det Wittig talar om är en obligatorisk och tvingande sexualitet som kvinnor placeras i. På grund av vad Adrienne Rich, poet, kallar *tvångssexualitet* har kvinnors kärlek och sexuella

⁸⁷ Butler, (1999), s. 1-11, 30.

⁸⁸ Ibid, s. 30.

⁸⁹ Jfr. Edenheim som refererar till Butler, (2005), s. 53.

⁹⁰ Jfr. Foucault, (2002 [1976]), kap. 2.

⁹¹ Rosenberg, (2002), s. 102-103.

⁹² Sandell, (2004), s. 345.

⁹³ Wittig, (1992), s. 8.

relationer till andra kvinnor blivit nertystad, sjukliggjord m.m. Det enda rätta som har funnits är den heterosexuella kärleks relationen.⁹⁴

4.1.1 Makt

Heteronormativitet är nära sammankopplat till makt, då gruppen som sätter normerna och spelreglerna har en maktposition över den avvikande gruppen. Det är därför relevant att föra en kort diskussion om hur makt kan tolkas och förstås.

Till skillnad mot makt som tidigare rört sig om makt mellan klasser⁹⁵, och makt sedd som negativ, i form av ett härskande över någon annan, ger Foucaults maktanalys en ny dimension. Han talar nämligen om makt som en producerande kraft, vilken har en ömsesidig relation med kunskap och vetenskap. De är beroende av varandra och skapar varandra.⁹⁶

Foucault menar att den medicinska vetenskapen har använt sin makt till att definiera homosexuella som en avvikande och exkluderad grupp. De har för sin avvikelse patologiserats och genomgått olika medicinska bestraffelser på kroppen som Sandell har talat om.⁹⁷ Tina Mattsson, socionom, menar att den disciplinära makten idag har gått från att straffa kroppen för personens avvikelser, till att straffa individens själ och rätten till att fritt utveckla sig.⁹⁸

Enligt Foucault genomsyrar makt allt. Det är alltså inte endast inom statsapparaten som makt härskar, utan den finns i alla sociala relationer. Han tar ner den från en makronivå till en mikronivå i vardagsrelationer. Till skillnad mot sociologerna Andersen och Siim menar Foucault att det inte räcker med att ändra den makt som kommer från politisk och statlig nivå för att förändra ojämna maktrelationer. Individerna måste även ändra det sätt som hon uppför sig på, på individuell och vardaglig nivå.⁹⁹ Foucault gör i sin maktanalys inte heller personer till ”offer” för makt. Han menar istället att makt cirkulerar runt, och därför är makt något som vi alla kan ha eller ta. Makt är alltså

⁹⁴ Rich, (1980), s. 632.

⁹⁵ Vilket Marx förespråkade.

⁹⁶ Foucault, (1980), s. 59. Se även Tanesini, s. 187.

⁹⁷ Foucault, (2002 [1976]), kap. 2. Jfr. Även Sandell, (2004), s. 345-347.

⁹⁸ Foucault, (1994 [1974]), s. 356-357.

⁹⁹ Foucault, (1980), s. 60 Jfr. Andersen & Siim, (2004), s. 7. De anser att social exklusion beror på socio- ekonomisk omstrukturering i välfärdspolitiken. De anser därför att det endast är genom ekonomiska och politiska förändringar som en exkluderad grupps marginalisering kan förändras.

inte synonymt med något negativt. Tvärtemot påpekar Foucault att makt kan skapa förändring. Där makt skapas, skapas även motmakt som kan leda till en förändring.¹⁰⁰

4.2 Legitimitet kontra erkännande

En av de största faktorerna för lesbiska och bisexuella kvinnors marginalisering inom sjukvården är heteronormativiteten som har beskrivits ovan. Frågan är hur den ojämna makt som finns mellan sjukvård och lesbiska och bisexuella patienter på bästa sätt kan transformeras till att bli jämlik? I denna del kommer teorier om särlösning kontra integration diskuteras som möjliga lösningar till ojämlikheter i samhället. Med hjälp av teoretiker som Nancy Fraser, sociolog, och Iris Marion Young, statsvetare, för jag diskussionen om inkludering och exkludering vidare till en mer praktisk nivå. Sist i detta avsnitt presenteras två begrepp som idag används i samhället i allmänhet för att förändra ojämlikhet. Den första är *empowering* där makten underifrån är central och erkännandet av individen är viktig. Den andra är *mainstreaming* där den statliga legitimiteten är synlig och makten från ovan är av central karaktär. I analysdelen kommer jag senare att diskutera hur dessa teorier kan användas inom hälsovården.

4.2.1 Omfördelning och erkännande

Statsvetaren Nancy Frasers förslag till hur ojämlikheter kan förändras vilar på två grundläggande utgångspunkter; ett socioekonomiskt och ett kulturellt plan. Fraser framhäver att dessa två utgångspunkter är nära förbundna med varandra, men hon har dock valt att särskilja dem i sin analys. Detta har hon gjort för att hon ser två olika lösningar för vardera utgångspunkten. Jag börjar mer att förklara vad hon menar med socioekonomisk och kulturell bakgrund.

En socioekonomisk bakgrund har enligt Fraser sin bas i samhällets politiska och ekonomiska struktur. Den kan exempelvis innefatta klasskillnader, men även ojämlikhet mellan kvinnor och män på arbetsmarknaden där kvinnor ofta har mindre ekonomisk tillgång än vad män har. Den kulturella bakgrunden har enligt Fraser: ”sina rötter i sociala representations-, tolknings- och kommunikationsmönster”.¹⁰¹ Detta betyder att en grupp inte blir erkänd av en annan grupp på grund av kulturell dominans eller liknande. Förslag på sådan marginalisering menar Fraser är rasistisk ojämlikhet där en kultur upphöjs över en annan, eller sexualitet som enligt henne har sina rötter i den kulturella värdemässiga strukturen. Den homosexuella identiteten blir inte erkänd på grund av att den står i sin motsats till normen heterosexualitet, vilket är vad som definierar den kulturella

¹⁰⁰ Foucault, (1980), s. 98.

¹⁰¹ Fraser, (2003), s. 179.

basen enligt Fraser. Både de sociala och kulturella strukturerna förekommer och skapar en orättvisa i samhället.¹⁰²

Enligt Fraser finns det olika ”botemedel”¹⁰³ för de olikheter som har sitt ursprung i socioekonomiska eller kulturella olikheter. Mot ojämlikhet på det socioekonomiska planet är det enda botemedlet en *omfördelning* på det politiskt ekonomiska planet. Botemedlet mot kulturell ojämlikhet är ett *erkännande* av en kulturell orättvisa men även ett erkännande av kulturell mångfald.¹⁰⁴ Enligt Fraser har dessa botemedel motstridiga mål. *Erkännandet* har som mål att upphöja eller bejaka den utstötta gruppen, vilket enligt Fraser leder till en fortsatt differentiering mellan grupper. *Omfördelning* vill inte differentiera makten som ligger mellan grupper utan går efter jämlikhet.¹⁰⁵

För att visa en mer alternativ form för botemedel talar hon om *affirmation* och *transformation*. Affirmativa botemedel är sådana som undanröjer orättvisor på ytan utan att ta tag i de bakomliggande strukturerna, medan transformativa botemedel försöker omvandla de bakomliggande strukturerna. Den affirmativa lösningen vill exempelvis uppvärdera grupper som har haft en låg status och blivit utsatta för diskriminering, samtidigt som gruppens identitet och de bakomliggande strukturerna förblir de samma. Den transformativa lösningen hör ihop med en dekonstruktionstanke som vill upplösa identiteterna och från grunden förändra strukturerna. Det som utmärker den affirmativa lösningen är en förstärkning av de differentieringar som finns, medan den transformativa lösningsmodellen destabiliserar differentieringarna.¹⁰⁶

För att lösa problemet med diskrimineringen av den homosexuella gruppen, som Fraser har placerat inom den kulturella basen, har det använts både affirmativa och transformativa lösningsmodeller. Den affirmativa modellen har medverkat till att göra homosexualitet till en egen identitet där det har varit viktigt att upphöja denna identitet. Det fortsatta arbetet efter denna modell är att arbeta för mer *erkännande* av denna grupp. Den transformativa lösningsmodellen är kopplad till queerpolitiken som vill upplösa/dekonstruera identiteter och utplåna binära motsatspar som exempelvis

¹⁰² Ibid. s. 180.

¹⁰³ Jag är själv inte så glad för ordvalet ”botemedel” då detta syftar till sjukdomar. Sjukdomar antas ofta ha sin grund i biologin vilket jag anser är missvisande i detta fall. Orättvisa handlar enligt mig om strukturer.

¹⁰⁴ Fraser, (2003), s. 182.

¹⁰⁵ Ibid. s. 183.

¹⁰⁶ Ibid. s. 196-197.

homosexuell och heterosexuell. Det queerpolitiska målet är att upplösa dikotomierna och skapa plats för en sexualitet som kan förändras och inte är stabil.¹⁰⁷

Ett exempel på ojämlikhet som har sin utgångspunkt i den socioekonomiska basen är *klass* där staten har använt sig av socialförsäkringsprogram och biståndsprogram för att försörja den arbetslöse och den mindre privilegerade arbetarklassen. Det har alltså gjorts en *omfördelning* av ekonomiska resurser. Sådana lösningsmetoder hör till den affirmativa modellen som inte går till botten med problemet där de bakomliggande strukturerna förblir olösta. Istället för att avskaffa klasskillnaderna medverkar sådana lösningar till att upprätthålla klasskillnaderna.¹⁰⁸ I den transformativa lösningsmodellen finner vi demokratiska avgöranden kring socioekonomiska frågor, välfärdsprogram, och åtgärder för att få full sysselsättning åt alla. Detta är en lösning som bygger upp en långvarig och djupgående lösning mot klass- ojämlikheten.¹⁰⁹

Nancy Fraser har fått kritik för sitt sätt att dela upp ursprunget till ojämlikhet i en socioekonomisk och kulturell bas. En kritiker är filosofen och queerteoretikern Judith Butler. Butler menar att marginalisering inte kan delas upp på antingen politiska, ekonomiska och kulturella grunder. Enligt henne är gränserna mellan vad som kan ha sitt ursprung i det ena eller det andra inte så distinkta, utan mera suddiga.¹¹⁰ Hon menar istället att det handlar om ett ”utbyte” i en marxistisk förståelse där den kulturella och ekonomiska aspekten länkas samman istället för att dela upp det kulturella och det materiella. Hon kritiserar även Frasers sätt att placera sexualiteten under en kulturellt baserad ojämlikhet. Enligt henne drabbas homosexuella som klass även av ekonomiska orättvisor. Exempel på detta är homosexuella som inte har samma lagliga rättigheter till att skaffa barn, homosexuella som blir stoppade vid gränser, berövade sin yttrandefrihet, fräntagen status som nära familj vid sjukdom och dödsfall m.m.¹¹¹

4.2.2 *Assimilering och Radikal demokratisk pluralism*

Istället för att använda sig av begrepp som omfördelning och erkännande använder sig statsvetaren Iris Marion Young av uttryck som *assimilering* och *radikal demokratisk pluralism*. Assimileringsmetoder har enligt henne en liberal ingångsvinkel där ojämlikheter utjämnas för att få

¹⁰⁷ Ibid. s. 197.

¹⁰⁸ Ibid. s. 199.

¹⁰⁹ Ibid. s. 200.

¹¹⁰ Butler, (1998), s. 43.

¹¹¹ Ibid. s. 41.

rättvisa. Detta betyder att den exkluderade gruppen skall få tillträde till samma rättigheter som den accepterade gruppen har. Till skillnad mot Frasers omfördelningsstrategi som liknar Youngs assimilationsteori, så ger Young en mera kritisk bild av vad en omfördelning eller assimilation kan innebära. Hon menar nämligen att detta betyder att den exkluderade gruppen skall ingå i redan förutbestämda former som den inkluderade gruppen lever efter.¹¹² Young uttrycker det tydligt då hon säger: "...assimilation always implies coming into the game after it is already begun, after the rules and standards have already been set, and having to prove oneself according to those rules and standards."¹¹³ Detta gör att det blir en mainstreaming av en outsidergrupp in i det "normala".¹¹⁴

Den andra möjligheten Young talar om är den *radikala demokratiska pluralismen*. Några företrädare för denna är bland annat sociologerna Laclau och Mouffe. Denna lösning vill till skillnad från assimileringen jobba utifrån olikheterna som finns i samhället. Jag uppfattar det som att metoden vill vända skillnaderna till något positivt. Konkret innebär detta att marginaliserade grupper skall hålla ihop i sin marginalisering för att jobba utifrån dessa grupper för större rättvisa. Ett exempel Young talar om är just den homosexuella rörelsen som idag inte endast kämpar för sociala rättigheter men även för rätten till att bli accepterad som en grupp med egna behov, erfarenheter och upplevelser.¹¹⁵ De kämpar för deras kulturella identitet som homosexuella. Den homosexuella rörelsen har vägrat att ta till sig den dominerande kulturens definitioner av vad en "sund sexualitet" är, riktig familj osv. De har kämpat för att deras sätt att leva och vara på även är riktigt.¹¹⁶

Det som Young menar är det bästa sättet till förändring av orättvisa är den "*radikala, demokratiska, pluralistiska metoden*" som utgår från grupperns olikheter och speciella behov. Hon förespråkar därför grupprepresentation. Här menar hon att olika grupper skall representeras i samhället för att uppmärksamma de olika behov grupper har. Grupperna skall få lika mycket erkännande och bekräftelse.¹¹⁷ Hon poängterar att: "*The specificity of each group requires a specific set of rights for each, and for some a more comprehensive system than others*".¹¹⁸ Med detta menar hon att det är viktigt att lyssna på de olika behov som varje grupp har. Gruppen homosexuella har kanske inte

¹¹² Young, (1990), s. 156-163.

¹¹³ Ibid. s. 164.

¹¹⁴ Ibid. s. 156-163.

¹¹⁵ Ibid. s. 161.

¹¹⁶ Ibid. s. 161.

¹¹⁷ Ibid. s. 191.

¹¹⁸ Ibid. s. 183.

samma behov som en annan grupp. Därför är det viktigt för henne att inkludera den exkluderade gruppen i en förändringsprocess.¹¹⁹

4.3 Empowerment

Att tala om inklusion och exklusion på ett politiskt plan för oss vidare till begreppet empowerment, vilket betyder att minoritetsgrupper skall ta makten över deras egen situation. Det är en makt som skall komma underifrån från individen eller gruppen själv, och inte uppifrån.¹²⁰

Empowerment och makt är oskiljbara, då empowerment handlar om att få makten över sitt liv, och att gå från en exkluderad position till en inkluderad. Sociologen Ruth Lister har delat upp makten som hör till empowerment i två olika delar. Det finns dels den *genererande/skapande* makten som handlar om den individuella delen, där det gäller att hitta de egna styrkorna och förstå sin situation. Detta innebär att individen måste få kunskap och medvetenhet. Att bli *medveten* är ett viktigt begrepp inom feministisk empowerment, vilka menar att medvetenheten är det första steget och den kollektiva aktionen den andra för att nå inkludering.¹²¹

Den andra form för makt som Lister talar om är den *hierarkiska* makten som handlar om att utöva sin makt över andra grupper och individer.¹²² Den handlar om att veta var den makt som individen har tillkämpat sig skall placeras. Det kan innebära att protestera mot sin marginaliserade position.

Jan Nederveen Pietersee har målat upp en modell för hur social förändring kan bli möjlig genom empowerment. Modellen utgår från en skala, med början där ingen transformering har skett till slutet där en maximal transformation har skett. Denna skala ger ett bra intryck av hur det är att leva som exkluderad och kämpa för en inkludering. Det är en skala som börjar med individens *medvetenhet* av att ett förtryck existerar men där ingen förändring har skett, till den slutliga förändringen sist på skalan där en inkludering har skett av den exkluderade gruppen. Det har nu skett en ändring på politisk, social, kulturell och ekonomiskt plan där inkludering existerar av den förut exkluderade gruppen.¹²³

¹¹⁹ Ibid. s. 191.

¹²⁰ Jfr. Nederveen, Pietersee, (2003), s. 111-113.

¹²¹ Jfr. Ibid. s. 114.

¹²² Lister, (2004), s. 126-127.

¹²³ Nederveen, Pietersee, (2003), s. 111-114.

En form för kritik som kan riktas till empowerment begreppet är att den utformar en form för identitetspolitik. Den samlar exempelvis minoritetsgruppen "lesbiska" som en enhetlig grupp. Här tas inte hänsyn till lesbiska kvinnors olikheter. Detta kan vara en fara, då det kan innebära ett uteslutande av lesbiska kvinnor som är exkluderade inom gruppen lesbiska.¹²⁴

4.4 Mainstreaming

Mainstreaming kan även vara ett relevant begrepp att använda sig av när vi talar om åtgärder till lesbiska och bisexuella kvinnors ohälsa. Mainstreaming betyder att ett jämställdhetsarbete i samhället skall upptas i en verksamhets alla delar. Jämställdhetsarbetet skall därför flyttas från en åsidosatt position till att ingå i den stora strömningen. (Mainstream kan översättas med det svenska ordet huvudfåra.)¹²⁵. Konkret skulle detta betyda att ett jämställdhetsarbete genomsyrar hela verksamheten, från politisk nivå till verkställande områden i arbetet. Förändringsarbetet skulle utföras av all personal i verksamheten.¹²⁶

I Sverige har gendermainstreaming, eller som man säger på svenska, jämställdhetsintegrering inskrivits i regeringsförklaringen. Detta betyder att Sveriges mål är ett jämställt samhälle där mainstreamingsmetoden skall genomsyra alla verksamheter och organiseringar.¹²⁷

Det som praktiskt sker vid ett införande av mainstreamingsmetoder är ett omfördelande av den ordinarie verksamheten för att uppnå ett jämställt mål. En av metoderna till detta är den såkallade 3R- metoden, som syftar på att synliggöra de normer och värderingar som styr ett samhälle.¹²⁸ Metoden utgår därför ifrån 3R: *Representation, Resurser och Realia*. Under *representationsfrågan* är fokus på beslutsfattare, verkställare och dem som berörs och påverkas av problemet. De frågor som kan besvaras är: Hur många kvinnor och män finns i verksamheten? Svaret ger en könsfördelning i verksamheten. *Resursfrågan* fokuserar på insamling av kunskap utifrån en problemställning av relevanta resurser som är nödvändiga i verksamheten. Det kan i praktiken innebära resurser som: information och pengar m.m. Under resursfrågan besvaras frågan: Hur fördelas resurser mellan män och kvinnor? I *realiafrågan* skal de tidigare *resurs-* och *representationsfrågornas* svar analyseras för att synliggöra de normer och värderingar som styr

¹²⁴ Lister, (2004), s. 126-127 även Nederveen, Pietersee, (2003), s. 113. Se även Gransell (2005).

¹²⁵ Sveriges kommuner och landstings hemsida, (2005a).

¹²⁶ Ibid.

¹²⁷ Ibid.

¹²⁸ Ibid.

verksamheten. Frågan som ställs är: Är fördelningen rimlig utifrån målen för verksamheten? På senare tid har det tillkommit ett sista *R* i metodfrågan som handlar om *restriktioner*. Denna fråga har tagits med då det visade sig att behovet av pengar eller annat kan lägga restriktioner och förhindra ett jämställdhetsarbete.¹²⁹

4.5 Sammanfattning

Det här avsnittet har presenterat den teoretiska grunden som uppsatsen vilar på. Jag har presenterat en förståelse av vad en norm kan innebära. Den norm jag har talat om är den heterosexuella normen vilken innebär en förutsättning av heterosexualitet i alla sammanhang i samhället. Det är denna norm som det "onormala" mäts emot. Idag är heterosexualiteten den norm som det utgås ifrån medan lesbiska och bisexuella kvinnor tillhör den marginaliserade sexualiteten, vilket gör att de blir behandlade därefter i samhällets olika institutioner. Maktskillnaden som uppstår mellan den marginaliserade gruppen och den "normala" gruppen kan även förstås i termer av inkludering och exkludering.¹³⁰

Jag har även gett en definition av hur jag ser makten florera i samhället. Med hjälp av Foucault vill jag poängtera att det är viktigt att se att makt genomsyrar alla våra sociala relationer, och att makt inte endast behöver vara något negativt, utan att det även kan vara en källa till något kreativt och positivt. Makten kan t.ex. användas som en motmakt genom användning av olika strategier.¹³¹ De strategier jag presenterade handlade antingen om att göra ett erkännande där den marginaliserade gruppen upphöjdes och kämpade inom sin grupp. Här hade Fraser och Young olika tankar om hur det skulle föregå. Fraser talade om två olika omfördelningar som antingen skrapade på ytan av problemet eller som tog tag i problemet vid rötterna.¹³² Young menade istället att det var ytterst viktigt att marginaliserade grupper gick samman i såkallade grupprepresentationer, vilka de skulle arbeta utifrån för att bekämpa orättvisor.¹³³ Denna erkännande metod kan ses i samhället under ordet empowerment där marginaliserade grupper kämpar utifrån den position de står i.¹³⁴

¹²⁹ Ibid.

¹³⁰ Rosenberg, (2002), s. 102-103.

¹³¹ Foucault, (1980), s. 60 och, s. 98.

¹³² Fraser, (2003), s. 203.

¹³³ Young, (2000), s. 191.

¹³⁴ Nederveen, Pieterse, (2004), s. 111-113.

Den andra strategin för att förändra ojämlikhet på var genom en legitimering där Fraser stod för en omfördelning av makten på laglig väg¹³⁵ och Young förklarade den som ett sätt att tvinga in marginaliserade grupper på redan definierade vägar. Young uppfattade detta som begränsande då detta inte gav den marginaliserade gruppen något eget handlingsutrymme.¹³⁶ Denna form för förändring kan ses i samhället genom en slags mainstreamingsmetod som arbetar för att integrera en jämställdhetstanke inom alla institutioner.¹³⁷

¹³⁵ Fraser, (2003), s. 199.

¹³⁶ Young, (2000), s. 156-163.

¹³⁷ Sveriges kommuner och landsting, (2005a).

5 Lösningsmodeller

Jag kommer i detta avsnitt börja med att presentera de lösningar som Sverige arbetar med för att skapa bättre förutsättningar för lesbiska och bisexuella grupper inom hälsovårdsområdet. Jag kommer även att presentera en amerikansk särlösning modell för att sätta de svenska modellerna i ett annat perspektiv. Jag förklarar hur modellerna startade och hur de fungerar.

5.1 Lesbisk mottagning

När jag hörde om Lesbisk mottagning såg jag framför mig en riktig mottagning för endast lesbiska och bisexuella kvinnor. Ett väntrum där kvinnorna satt och väntade på sin tur. När jag besökte mottagningen satt kvinnor mycket riktigt och väntade i väntrummet, men kvinnorna var inte endast lesbiska och bisexuella utan de flesta var nog snarare heterosexuella. Lesbisk mottagning är nämligen inte en mottagning som sådan utan är egentligen endast ett telefonnummer dit lesbiska och bisexuella kvinnor kan ringa. Telefonsamtalet registreras och på detta sätt har personen redan ”kommit ut” inför läkaren.

Idén till en Lesbisk mottagning startade genom Rfsl som 1994 bjöd in gynekologer och vårdcentraler i Stockholms län till ett seminarium som de kallade: ”Hur kan jag hjälpa min lesbiska patient?” Anledningen till detta var att de hade haft många förfrågningar från lesbiska kvinnor som undrade om det fanns några ”vettiga” gynekologer de kunde gå till. Seminariet blev en stor succé som mynnade ut i att avdelningen för STD¹³⁸ sjukdomar och kvinnohälsan sammanställde ännu ett seminarium som experterna från Rfsl turnerade runt med i hela Sverige.¹³⁹

Rfsl menade att det behövdes ett alternativ dit lesbiska och bisexuella kvinnor kunde komma med sina hälsoproblem, men de hade inte riktigt några fakta som de kunde luta sig mot. Därför gjorde de 1997 en enkätundersökning bland lesbiska och bisexuella kvinnor i Sthlm om deras ”hälsa, sexualvanor, möten med gynvård, kunskap om hur sexuellt överförbara sjukdomar smittar osv.”¹⁴⁰ Av denna undersökning kom de fram till att lesbiska och bisexuella kvinnor gick mindre till gynundersökningar, cellprovsundersökningar och mammografi. Det visade sig även att de hade

¹³⁸ STD står för förkortningen: Sexuell Transmitted Diseases.

¹³⁹ Intervju med Anna Mohr från Rfsl. 21/-05.

¹⁴⁰ Ibid.

blivit smittade med könssjukdomar från andra kvinnor, och att ca 80 % av kvinnorna hade haft eller fortfarande hade sex med män.¹⁴¹

Med hjälp av denna undersökning lades det 1999 en motion till Stockholms läns landsting om att en gynmottagning för lesbiska kvinnor i Stockholm skulle upprättas. Motionen godtogs men det blev dock inte avsatt några pengar till denna vilket innebar att den var tvungen att bli integrerad under en redan fungerande institution. Lesbiska mottagning¹⁴² lades först under Kvinnohälsan men kom senare att flyttas till Sösam (avdelningen för sex och samlevnadsfrågor). Hela personalen på Sösam fick en specialutbildning av Rfsl i HBT- kunskap vid öppnandet av mottagningen.¹⁴³

Det finns tre gynekologer som jobbar med patienterna. Varje gynekolog har sex tider där två av dem ges till de lesbiska och bisexuella patienterna. På grund av att den lesbiska mottagningen ligger integrerat med Sösam som har många olika små filialer, kan det även erbjudas extra hjälp om personen skulle behöva tala med en annan specialist utöver gynekologen. Det kunde t.ex. vara kuratorn, venorologen eller dermatologen.¹⁴⁴

Under några av de intervjuer jag gjorde med personer som varit med att starta Lesbisk mottagning kom olika åsikter upp om vad de ansåg om särlösningar. Anna Mohr från Rfsl menade att det fanns tre lösningar eller nivåer på problemet med homosexualitet och hälsovård:

”... man kan ju ha varianten helt specialmottagningar, som finns på killsidan för HIV och där behövdes det. Och såna mottagningar är ju bra dels för att de är så trygga för dem som går dit, men alla kanske inte går dit, för man kanske inte är så pass öppen så man identifierar sig med det. Men samtidigt kan ju en sån mottagning generera ny kunskap genom att man får erfarenheter om det. Och sen kan vi ju ha den här integrerade modellen va, och det tredje steget som egentligen är den bästa av världar. Det vore att läkare, vårdpersonal visste så mycket så att man inte skulle behöva ha såna här [speciella mottagningar]. Men eftersom vi inte lever i den bästa av världar så behöver vi fortfarande ha det här, och då tycker vi ju att den här mycket kvinnliga modellen med telefonnumret som vi hittade på, som dessutom inte kostar någonting, är bra.”

¹⁴¹ Ibid.

¹⁴² Mottagningen heter i dag "lesbisk mottagning". Det står dock i deras presentation av mottagningen att både lesbiska och bisexuella kvinnor är välkomna.

¹⁴³ Intervju med Anna Mohr från Rfsl. 21/-05.

¹⁴⁴ Intervju med Anita Johnsson, kurator lesbisk mottagning, 22/-05. Dermatologi är läran om hudsjukdomar och Venerologi läran om könssjukdomar.

Hon såg behovet för särlösningar som en relevant lösning idag, men önskade även integrering som framtidsutsikt. Den sista modellen för henne var att inte något av dessa alternativ skulle behövas i framtiden.¹⁴⁵ I detta uttalande bygger Anna Mohr upp en skala över hur marginaliserade grupper kan förflyttas från att vara exkluderade till att bli inkluderade.

Lena Moegelin som är gynekolog på kvinnohälsan på södersjukhuset menar att lesbiska kvinnor har dragit sig för att uppsöka sjukvård men att de dykt upp nu när Lesbisk mottagning har kommit:

”jag tycker att i de bästa av världar skulle det här inte behövas alls. Men vi är inte där. Jag tycker att man har sett med all tydlighet att tjejer har dragit sig för att gå till gynekologen, trots att man har varit gravid tidigare och trots att könssjukdomar finns bland lesbiska, även fast man inte vet hur de smittar, det är det ingen som vet riktigt. Men nu när mottagningen finns så kommer dom... Och om man tittar på undersökningar internationellt så är lesbiska inte så villiga till att söka sjukvård.. Och det grundar sig säkert i en rädsla i hur man skall bli bemött.”¹⁴⁶

Moegelin hävdar att särlösningar som den lesbiska mottagningen är viktiga då många undersökningar har visat att lesbiska kvinnor drar sig för att uppsöka exempelvis gynekologiska mottagningar, och cellprovsundersökningar.¹⁴⁷ Hon hävdar även att orsaken till detta är rädslan för att inte bli accepterad för sin sexualitet. Detta kopplar jag samman med den heterosexuella normen som ligger till grund för lesbiska kvinnors rädsla att uppsöka vård. Den heterosexuella normen upprätthåller lesbiska kvinnors marginaliserade position inom hälsovården.

5.2 Mama Mia

Mama Mia är en privat mödravårdscentral som vänder sig till alla kvinnor. Den startades av sju barnmorskor. Till mödravårdscentralen kommer kvinnor som blivit gravida för kontroller och information, eller kvinnor som vill ha preventivmedel, eller bli testade för könssjukdomar. Denna klinik har dock, som en av få, homokompetens. En av deras barnmorskor är Lotta Andreasson som själv är lesbisk. De har profilerat sin homokompetens genom annonser, men den största andelen av de lesbiska och bisexuella patienterna kommer för att de har hört andra rekommendera den. Mama

¹⁴⁵ Intervju med Anna Mohr 21/6- 05.

¹⁴⁶ Intervju med Lena Moegelin 23/6- 05.

¹⁴⁷ Lena Moegelin, (2005).

Mia är en integrerad modell precis som den lesbiska mottagningen. Hit kommer både heterosexuella, lesbiska och bisexuella kvinnor.¹⁴⁸

Från och med deras öppnings år 2001 har de haft 60 lesbiska par som de har följt genom graviditeten. Lotta Andreasson berättar att de första 15 par som hon hade, uttryckte en stor oro för hur det skulle gå under förlossningen. De undrade vad förlossningspersonalen skulle tycka och var även oroad över att de inte hade ett kontaktnät där de kunde träffa andra homosexuella som hade barn. Andreasson observerade att många av dessa kvinnor gjorde kejsarsnitt. Den största orsaken till kejsarsnitt kommer just av känslor av otrygghet och nervositet.¹⁴⁹ På grund av att Andreasson endast har observerat 15 kvinnor är detta inte signifikant för gruppen lesbiska, men det ger en antydning om att något inte är helt bra. Andreasson uttryckte därför sin oro under en föreläsning på Danderyds förlossningsavdelning. Denna föreläsning ledde till att ett nytt projekt startades, kallat ”Regnbågsprojektet”.¹⁵⁰

5.3 Regnbågsprojektet

Regnbågsprojektet går ut på att bilda just det nätverk omkring de lesbiska och bisexuella gravida kvinnorna som har saknats. I mån av homosexuella par som kommer in till Mama Mia har de kunnat bilda grupper som skapar ett nätverk under deras graviditet och efter.¹⁵¹ Grupperna möts fem gånger och diskuterar frågor som: Hur tänkte ni när ni skaffade barn? Hur tänker ni er som föräldrar? Hur kommer barnen att reagera? Föräldrarna? Hur reagerar omgivningen? m.m. De träffar också personalen på Danderydsförlossning för att prata om vad som skall hända under själva förlossningen och för att de skall kunna känna sig trygga. Sista gången de träffas är efter förlossningen för att prata om hur det går.¹⁵²

De lesbiska och bisexuella kvinnorna som kommer in under Regnbågsprojektet är garanterade plats på Danderyds förlossning där personalen har en utbildning i homokompetens. Det har visat sig att de kvinnor som har haft anknytning till Regnbågsprojektet, till större del har fött utan kejsarsnitt.¹⁵³

¹⁴⁸ Intervju med Lotta Andreasson, 18/7-05.

¹⁴⁹ Ibid.

¹⁵⁰ Ibid.

¹⁵¹ Ibid.

¹⁵² Ibid.

¹⁵³ Ibid.

Även om det inte finns statistiska siffror från denna undersökning ger den en bild av att det är viktigt för lesbiska och bisexuella par att kunna känna sig trygga för att de hälsomässigt skall må bra. Undersökningen visar även att en HBT- kompetens är viktig för att skapa förståelse för lesbiska och bisexuella kvinnors situation, vilket även ger en trygghet för denna grupp.

5.4 Nätverket

Nätverket som medlemmarna kallar det, är en sammanslutning av representanter från de organisationer jag har talat om tidigare; Lesbisk mottagning, Mama Mia och Regnbågsprojektet, men det finns även representanter från Rfsl och LAFA.¹⁵⁴ De träffas några gånger per termin för att samtala om hur deras respektive organisationer utvecklas, och för att stödja varandra i deras arbete. Anita Johansson, kurator på Lesbisk mottagning berättar att det t.ex. kan handla om att Lesbisk mottagning har långa väntetider, och att de då i nätverket diskuterar vad som kan göras åt det. Utöver att ha en utvärderande funktion arbetar de även ihop om olika projekt. Det senaste projektet var under Pridefestivalen¹⁵⁵, där de var representerade med ett tält. Andra frågor som har varit aktuella för dem att diskutera är den nya lagen om inseminationsrätt för lesbiska kvinnor. Det har redan ringt många kvinnor till deras respektive mottagningar för att fråga och få hjälp och stöd när det gäller insemination.

Jag fick en känsla av att detta nätverk i medlemmarnas ögon egentligen inte var något att tala om. Det var mer av en slump att en av intervjupersonerna berättade om deras nätverk. Det verkade som att de inte själva såg den stora förändringspotential som denna grupp egentligen har. Jag tror att de mer såg sig själva som ett nätverk med utvärderande funktion. Jag anser dock att det är viktigt att detta nätverk, även fast det är litet, ses som något som faktiskt har en stort framtida potential. Ett nätverk där erfarenheter om lesbiska och bisexuella kvinnors hälsa och där kontakten till den lesbiska gruppen kan delas mellan organiseringarna är en god idé. Kunskap är en förutsättning för att förändring skall vara möjlig. Just en grupp som denna har möjlighet att samla de erfarenheter om lesbiska och bisexuella kvinnors hälsa, som kan vara ett led i en integrerings process.

5.5 The Fenway model

”The Fenway community health model” bildades av aktivister 1971 i Boston USA. Det började som en central för homosexuella män under AIDS epidemin men utvecklades senare till att innefatta

¹⁵⁴ LAFA står för: Landstinget förebygger AIDS. Men de kallar sig även: LAFA- Enheten för sexualitet och hälsa LAFAS hemsida är: www.lafa.nu.

¹⁵⁵ Pride festivalen är en festival av och för homo, bi och transsexuella.

lesbiska, bögar, bisexuella och transpersoner. De gick även från att ha koncentrerat sig på den medicinska servicen till att behandla problem som föräldraskap, våld i hemmet eller våld mot homosexuella. De har även specialiserat olika program riktade till lesbiska, bisexuella och transsexuella personer.¹⁵⁶

Fenwaymodellen är en av nio specialiserade HBT inriktade hälsocentraler som finns i USA. Deras modell innehåller till största del den medicinska vården som finns på "vanliga" hälsocentraler. De har dock även mycket alternativ vård inkluderad i deras modell något som inte är en del av den svenska vården. Det kan vara kiropraktik, massage, akupunktur och näringsterapeuter. Modellen startade genom hjälp av donationer, men de får idag pengar från staten. Det är även gratis att söka vård hos Fenwaymodellen.¹⁵⁷

Fenway modellen fungerar även som en stor kunskapscentral som andra kan ta del av. De har även själva producerat vetenskap inom olika medicinska områden. Den kunskap som de har inom HBT-området har de sammanställt i ett material som de går ut och undervisar om.¹⁵⁸

De som arbetar med Fenway modellen hoppas att liknande modeller kan dyka upp på andra ställen. Som de själva säger:

"The premise of Fenway Community Health is not that LGBT¹⁵⁹ individuals cannot receive competent care from heterosexual health care providers or in settings where LGBT persons are not in focus. Rather, Fenways unique, culturally specific programs can serve as models of care for LGBT individuals, wherever they are, to receive the most culturally competent and clinically proficient services possible".¹⁶⁰

De menar att deras central kan fungera som en rollmodell för andra vårdcentraler till att utveckla en HBT kunskap inom vården.

¹⁵⁶ American journal of public health, (2001), s. 892-894.

¹⁵⁷ Ibid.

¹⁵⁸ Ibid.

¹⁵⁹ LGBT står för Lesbian, Gay, Bisexual, Transsexual.

¹⁶⁰ American journal of public health, (2001), s. 892-894.

6 Analys

Vilka alternativ finns det inom hälsovården för att förändra marginaliseringen som lesbiska och bisexuella kvinnor upplever? I detta avsnitt analyseras de lesbiska och bisexuella kvinnornas erfarenheter av sjukvården och deras förslag till förändring av densamma. Eftersom jag inte har velat utgå från att mina intervjupersoner upplevde marginalisering inom sjukvården, har jag börjat med att undersöka detta. Jag kommer även att koppla ihop de teoretiska utgångspunkterna jag har presenterat, men analyserar även de sjukvårdsalternativ som finns idag i Sverige inom området lesbiska och bisexuella kvinnors hälsa.

6.1 Marginalisering

Den marginalisering som lesbiska och bisexuella kvinnor upplever inom sjukvården har sitt ursprung i den heteronormativitet som ligger som grund i vårt västerländska samhälle, men även inom forskningen.¹⁶¹ Det sätt som forskning genom tiderna har använt sin makt för att upprätthålla dominerande normativa grupper på, har gått från att handla om biologiska skillnader till att handla om sociala och kulturella strukturer.¹⁶² I själva mötet mellan vårdpersonal och patient har det alltid funnits en ojämlig maktrelation, vilken även finns idag. Vi lägger våra liv i så kallade experters händer. Vid mötet mellan en marginaliserad grupp och vårdpersonal ligger det därför en större maktojämlikhet, då t.ex. lesbiska och bisexuella kvinnor samtidigt hamnar i ett underläge på grund av den ojämna maktrelationen mellan vårdpersonal och patient, samtidigt som deras icke accepterade sexualitet skapar en maktoabalans. Det sker enligt Rosenberg en exkludering av den marginaliserade gruppen, vilket är en del av normativitetens regler. För att det normala skall kunna anses vara normalt måste det finnas något som är onormalt, vilket den lesbiska och bisexuella sexualiteten symboliserar i förhållande till heteronormativiteten.¹⁶³

Jag frågade de lesbiska och bisexuella intervjupersoner vad de hade för upplevelser av sjukvård. I deras berättelser kom tydliga exempel på heteronormativitet inom vården fram, samt en gängse bild av hur ”kvinnor” borde vara.

¹⁶¹ Sandell, (2004), s. 345.

¹⁶² Ibid. s. 345-349.

¹⁶³ Rosenberg, (2002), s. 102-103.

6.1.1 Upplevelser av sjukvården

Upplevelserna av sjukvård var lite olika bland kvinnorna. Några hade skräckupplevelser och andra tycktes vid första anblick inte haft några dåliga erfarenheter. Vid en närmare undersökning av materialet fann jag att det som några kvinnor inte menade vara så "farligt" ansåg några av de andra kvinnorna vara jobbigt för dem. Detta innebar att personerna hade upplevt situationer som liknade varandra, på olika sätt. Det kunde t.ex. handla om den situation där de hade berättat att de var lesbiska och personalen blev helt tysta. De var dock alla eniga i att vårdpersonalen hade utgått från att de var heterosexuella. Maria och Emma hade upplevt liknande situationer på olika sätt. Maria säger:

"de utgår från att man är heterosexuell. Sedan har jag mött den här tystnaden att det blir pinsamt.. och ibland har jag valt att inte berätta för att jag inte har tyckt att det varit viktigt att tjafsa om det också. Men man känner sig lätt som ett kolli. Man är bara ett personnummer och ingen känner mig."

Jag uppfattade det som att Maria var ledsen över det som hänt medan Emma som hade haft liknande upplevelser hade en mera positiv inställning till det: *" det är väl många som blivit stumma och tappat hakan, men jag är positiv med det. Det känns som jag har fått belöning för det när jag har varit rakryggad med det. Jag har blivit respekterad med det."* Skillnaden var att Maria kunde känna att hon inte orkade berätta på grund av sättet hon blev bemött på, medan Emma hade haft fler "bra" upplevelser i situationen. Hon hade även en känsla av styrka när hon varit *"rakryggad"* med sin sexualitet.

Den heteronormativitet som de mötte kan liknas med vad Judith Butler kallar den heterosexuella normen. Sjukvårdspersonalen utgår ifrån att deras patienter är heterosexuella för att detta är den accepterade normen i samhället. Det är denna norm som ses i tv, står i tidningarna, skönlitteraturen, ja på alla områden är det denna norm som ses figurera i samhället. Här kommer marginaliserade sexualitetsformer i skymundan. De blir en exkluderad grupp som varken är synliga eller accepterade inom hälsovården.¹⁶⁴

Den medicinska forskningen har historiskt behandlat lesbiska kvinnor som ännu en hotbild av kvinnans sexualitet. Den homosexuella har ansetts vara sjuk och sammankopplats med andra sexuella former som ansetts vara sjukliga, exempelvis sex med djur och sex utanför äktenskapet. På

¹⁶⁴ Butler, (1999), s. 1-11, 30.

1850 talet var den homosexuella personen en stor skamfläck fylld av synd.¹⁶⁵ Detta är en tanke som jag tror lever kvar idag. Det kan ta tid att driva bort sådana tankar, och desto svårare blir det om det inte talas om det, vilket inte verkar vara fallet inom hälsovården. Att läkare och annan hälsovårdspersonal blir tysta kan peka på att kopplingen till skammen fortfarande ligger kvar. Personalen skäms å den homosexuellas vägar. Det kan även betyda, vilket Sandell hävdar, att skammen har förflyttat sig till den homofobiske personen istället för den homosexuella. Det blir nu den icke homosexuella personen som upptäcker sina förutfattade meningar och känner skam.¹⁶⁶ Detta kan endast stanna vid spekulationer då jag inte har talat med vårdpersonalen själva om detta.

Intervjupersonerna uttryckte nästan alla ett missnöje med att bli erbjudna p-piller då de inte ansåg att detta var nödvändigt för dem. Sandra delade en av sina värsta upplevelser med mig vilken hon beskrev som en väldigt traumatisk upplevelse för henne själv. Hon hade fått tid hos en gynekolog p.g.a. blödningar i underlivet. Hon lade sig i undersökningsstolen och gynekologen började göra en ultraljudsundersökning i underlivet:

"Och då skriker han till mig - Men gud, det ser ut som att du är gravid! Men det vet jag att jag inte är så jag säger till honom - nej, men jag är inte gravid. Men han fortsätter yrka på att jag är gravid. Och jag känner att jag inte har något förtroende för honom så jag vill inte säga att jag är lesbisk. Och jag sitter där i den där stolen, otroligt utelämnande. Men så till sist så säger han att jag inte är gravid.."

Sandra fortsätter berätta om hur han efter detta skall göra ett prov i underlivet, men eftersom hon har så starka smärtor, kallar han in en sköterska som tvångshåller henne medan han tar provet. Efter detta är undersökningen över och han berättar att hon har en förtjockad livmodervägg. Han säger att hon skall äta p-piller för detta men börjar därefter ställa flera frågor till henne:

"Han frågade om jag inte funderade på att skaffa barn, för han menade att jag hade kommit upp i den åldern, och att jag måste tänka på det med preventivmedel. Men då säger jag att jag lever med en kvinna och att jag inte behöver förhålla mig till preventivmedel. Men han fattar fortfarande inte vad jag säger och pratar vidare om p-piller. Men då säger jag så här - alla människor lever inte heterosexuellt. För mig är det inte aktuellt med preventivmedel för jag ligger med en kvinna. Då blir

¹⁶⁵ Sandell, (2004), s. 345-347.

¹⁶⁶ Ibid. s. 349.

han helt chockad och sitter vid sin dator i något slags chock tillstånd, och blir helt blockerad. Men till sist säger han att jag är klar och kan gå därifrån."

Sandra går därifrån utan att ha fått annan hjälp än att hon skall komma tillbaka till samma gynekolog för att få svar på sina prover. Vid återbesöket återupprepas samma dialog, då han tydligen har glömt att hon lever lesbiskt. För Sandra är detta väldigt traumatiskt och hon kände sig arg, ledsen och förnedrad.

Detta är en av de upplevelser som kan komma fram då lesbiska och bisexuella kvinnor får frågor om erfarenheter med vården. Denna specifika upplevelse avspeglar tydligt hur gynekologen utgår ifrån att patienten är heterosexuell. Han bryr sig inte ens om att anteckna att hon är lesbisk till nästa möte han har med henne. Det är just sådana händelser och andra liknande som kan uppfattas som traumatiska och förnedrande för lesbiska och bisexuella kvinnor. Detta har även dokumenterats i andra undersökningar som gjorts där liknande upplevelser har framkommit.¹⁶⁷ Sådana upplevelser visar även på en hållning till kvinnor som barnafödande objekt. Historiskt har kvinnan blivit kopplad till det "naturliga" och biologiska där kvinnans reproduktionsförmåga har varit i centrum. Under den historiskt *anatomiskt fysiologiska* perioden förklarades kvinnors underlägsenhet av att hennes energi behövdes till reproduktionsprocessen. Hon ansågs vara svag, till männens motsats vilka sågs som starka.¹⁶⁸ Denne gynekologs uttalande om att hon borde börja tänka på att reproducera ger mig en inblick i hur tankar om kvinnans reproduktionsförmåga fortfarande är stark idag.

Den utveckling som har skett inom andra samhällsområden där en användning av ordet genus istället för kön, har inom medicinen inte fått en lika stark genomslagskraft. Här används fortfarande stora resurser på biologiska förklaringar för att förklara individens problem.¹⁶⁹ Detta kan ses genom det stora förespråkande av p-piller, som ger en förändring av hormoner i kroppen, vilket många läkare gärna använder som lösning på problem. Om den centrala punkten inom medicinen inte hade varit biologin utan en mer holistisk bild av hälsa hade det kanske investerats tid i att uppfinna andra hjälpmedel, än just hormonförändringar i form av piller?

¹⁶⁷ Westerstahl, (2003), s. 42-43.

¹⁶⁸ Johannisson, (1994), s. 33.

¹⁶⁹ Hovelius & Johansson, (2004), s. 37-38.

Efter 1850-talet då homosexualitet fick den verkliga sjukdomsstämpeln användes olika medicinska ingrepp för att bota den sjuke homosexuella personen. Det kunde användas medicinering, elchocker lobotomi, kastrering och sterilisering.¹⁷⁰ Idag blir den homosexuella, i detta fall de lesbiska eller bisexuella kvinnorna, totalt ignorerade. Detta kan ses i exemplet ovan där gynekologen har ”glömt” att hon är lesbisk. Vilket visar på ett stort ointresse och respektlöshet mot sin patient.

Det mina informanter ansåg vara en viktig förändrings punkt inom sjukvården var att sjukvård och sjukvårdspersonal inte skulle utgå ifrån att alla var heterosexuella, och att de skulle använda ord som ”partner” istället för pojk- eller flickvän. Den heterosexuella normen var det största irritationsmomentet för dem.

6.2 De alternativa hälsovårdsinstanserna

De svenska hälsovårdsalternativen som vänder sig till lesbiska och bisexuella kvinnor kan genom det sätt de presenterar sig själva på liknas vid ett särlösningensalternativ, då de vänder sig till en specifik grupp.¹⁷¹ Det som skiljer dem från särlösningensmodeller som exempelvis the Fenway model, är att de svenska modellerna är integrerade i ”vanlig” heterosexuell gymmottagning och mödravård, där hela mottagningen får en HBT- utbildning. Till skillnad mot the Fenway model är de svenska lösningarna mer direkt integrerande, medan the Fenway model stannar på sin planhalva, och sprider sin kunskap därifrån. The Fenway model menar att de har den bästa kulturella servicen till HBT- grupper, just på grund av sin särlösningensmodell.¹⁷² Jag anser dock att lesbiska och bisexuella kan få en bra hälsovård även utan särlösningensmodeller. Den svenska modellen som blandar särlösning och integrering är bra för att den ger speciell vård här och nu, samtidigt som den bygger upp en framtid där HBT- kunskap är integrerad inom vården.

Sandra var den enda av mina intervjupersoner som hade uppsökt ett av de existerande hälsoalternativen. Hon hade efter sin skräckupplevelse ovan, kontaktat Lesbisk mottagning för en gynundersökning. På gynundersökningen på Lesbisk mottagning hade de funnit fram till att hennes livmoder låg snett bakåt, vilket resulterade i att gynundersökningar var otroligt smärtsamma för Sandra. Då Lesbisk mottagning har ett annat undersökningsalternativ till kvinnor med sådana problem behöver gynundersökningar inte vara lika smärtsamma för Sandra idag. Hon känner sig enormt tacksam för att Lesbisk mottagning finns. Hon beskriver det som en ro för själen att komma

¹⁷⁰ Sandell, (2004), s. 345-347.

¹⁷¹ Intervju med Anna Mohr, 21/6-05 och Lotta Andreasson, 18/7-05.

¹⁷² American journal of public health, (2001), s. 892-894.

till denna mottagning där hon blir väl mottagen. Gynekologerna visar enligt henne respekt för sina patienter till skillnad mot den andra gynekologen hon mött.

Sandra är även den första kvinnan i Sverige som har tagit emot hjälp på psykhälsan. De har tidigare endast hänvänt sig till homosexuella män, men vid årsskiftet 2004/2005 fick de anslag till att vända sig även till homosexuella kvinnor. Detta alternativ är hon också väldigt glad för:

"...efter att ha levt fyra år som lesbisk, och det här med att komma ut eller inte, så kände jag att jag hade samlat på mig så mycket frustrationer över mig själv och min situation så då kände jag att jag behövde prata med någon om det här. Därför kontaktade jag dem. Det går inte att beskriva det här lugnet av att inte behöva förhålla sig till om jag ska komma ut, vad jag ska säga nu osv."

För Sandra och de andra kvinnorna handlar det om att de kan slappna av när de kommer till alternativa hälsovårdsinstanser som har HBT kunskap. De behöver inte oroa sig för när de skall "komma ut" eller känna sig osynliga. Som Maria säger: *"Man måste få slappna av någon gång."*

Hanna har en gång ringt till Lesbisk mottagning för att beställa tid på grund av en blödning i underlivet, men hon ansåg att väntetiden på två månader i hennes tillfälle var för lång. Hon sa även så här:

"Fast jag är lite skeptisk, varför skulle det vara någon skillnad liksom, men det kanske det är, eller så är det bara för att det skulle kännas lättare att prata med dom. Fast jag känner lite - nej, men inte ska jag gå dit och ta plats,...för det här har ju ingenting med min lesbiskhet att göra."

När jag sedan frågade henne vem hon trodde kunde komma till den lesbiska och bisexuella mottagningen svarade hon att var man sexuellt aktiv som flata då kanske man kunde gå dit. Min känsla var att hon inte kände att hon kunde gå dit för att hon i ögonblicket inte var sexuellt aktiv. Hon hade svårt att känna att hon hade lika stor rätt att komma dit som "andra" lesbiska och bisexuella kvinnor. Hon gör en identifiering av sig själv som antingen varande inkluderad eller exkluderad i den lesbiska gruppen. I detta tillfälle ser hon sig själv som exkluderad då hon inte är sexuellt aktiv för tillfället. Som Foucault talar om är makt en cirkulerande kraft som rör sig i alla

relationer.¹⁷³ Denna finns även inom gruppen lesbiska. Den lesbiska identiteten kan innehålla många olika definitioner av vad det innebär att vara lesbisk, där individen själv måste välja om hon anser sig tillhöra dessa definieringar. Att Hanna kallar sig för Queer eller bisexuell ibland, kan göra att hon inte känner sig tillhöra gruppen lesbiska. Detta kan vara ett stort problem när hälsoalternativ definieras utefter gruppstillhörighet. Det sker ett uteslutande av personer som inte känner sig bekväma i gruppdefinitionen men som hälsoalternativet räknar med tillhör den grupp de har vänt sig mot.

6.3 Särlosningar

Den hälsodefinition jag har utgått ifrån är den holistiska, som strävar efter att se individen i sin helhet. Jag vill uppmärksamma individens påverkan av sociala och kulturella strukturer, vilka kan vara delaktiga till individens hälsa. Detta innebär att fysiska, psykiska eller andra hälsobesvär inte endast är påverkade av den biologiska kroppen. Den sociala verkligheten runt omkring individen har lika stor betydelse. Den del av mina intervjupersoners hälsa som vi pratade om var deras kontakt med sjukvården. Vi talade inte om deras arbetsplatser, familjeförhållanden m.m., som även den kan vara en del av den holistiska verklighetsbilden. De hälsovårdsmodeller som mina intervjupersoner pratade om berörde därför alla sjukvårdsområdet.

Alla intervjupersoner tyckte att det var positivt att det fanns olika särlosningar för lesbiska och bisexuella kvinnor. De hade inte alla uppsökt dem, men de var eniga i att det var viktigt att de alternativ som fanns idag skulle finnas kvar. Ingen av dem tyckte dock att detta skulle vara det enda alternativet, vilket jag skriver mer om nedan. De områden de ansåg nödvändigt att ha särlosningar på var framförallt inom *gynekologi* och *mödravård*. Anna menade att detta område var viktigt för att dessa områden hade nära relation till sexualiteten.

Mödravården nämnde många av dem i samband med den nya *inseminationslagen* för lesbiska. De uttryckte en oro men även förväntan över hur denna lag skulle fungera konkret. För mina intervjupersoner var det inom detta område viktigt att det fanns någon form av särlosning där de kunde känna sig trygga och välkomna. Som Lotta Andreasson från Mama Mia nämnde kan stress och oros känslor hos mamman försvåra en förlossning, vilket kan leda till att det utförs fler kejsarsnitt.¹⁷⁴ Det är därför viktigt att den gravida lesbiska eller bisexuella kvinnan känner sig trygg

¹⁷³ Foucault, (1980), s. 98.

¹⁷⁴ Intervju med Lotta Andreasson, 18/7-05.

och accepterad för den hon är. Idag utgör Mama Mia den mödravårdscentral som lesbiska och bisexuella kvinnor kan känna sig trygga på. Nu när den nya inseminationslagen har kommit är det viktigt att även arbeta för att lesbiska och bisexuella kvinnor känner sig accepterade. Det är därför viktigt att tala om på vilka sätt hälsovården kan hjälpa dem att göra det. Regnbågsprojektet är en särlösningssmodell som vänder sig till gravida lesbiska och bisexuella kvinnor och som arbetar för att göra de lesbiska och bisexuella kvinnorna trygga genom sin graviditet, samtidigt som de hjälper kvinnorna att få kontakt med andra lesbiska och bisexuella kvinnor.¹⁷⁵ Målet vore självklart att lesbiska, bisexuella, heterosexuella och andra kvinnor tillsammans kunde utgöra en nätverksgrupp under sin graviditet. Men då lesbiska och bisexuella grupper fortfarande inte är accepterade kan detta kanske kännas obehagligt.

Vid min genomgång av intervjuerna lade jag märke till att intervjupersonernas ålder hade en viss inverkan på deras svar angående områden de ansåg vara viktiga till särlösningss metoder. Då deras åldrar sträckte sig mellan 25-51 år var deras livserfarenheter även olika. Maria som var 51 år nämnde att det för henne var relevant med ett *lesbiskt äldreboende* som särlösning, medan kvinnorna runt de 30 mer talade om gynekologi och mödravård som särlösningar. Maria talade länge om äldreboendet för lesbiska kvinnor. Hon hade redan ritat upp en bild i sitt huvud av hur det skulle se ut: ” *målet är ju ett höghus för kvinnor och ett höghus för män, där det är en korridor mellan, kanske med allrum. Det är drömmen. Jag vet hur det ska se ut...Jag tror att vi skulle ha jävligt roligt tillsammans.*” Hon hade erfarenhet av äldre vänner som blivit tvungna att flytta till äldreboende eller hade hemtjänst. Hon berättade om hennes väninna som hade hemtjänst: ” *hon måste ju plocka bort olika saker i sitt hem så att ingen ska ana eller se det.[att hon är lesbisk].*”

Det sista alternativet de nämnde var en *psykhälsa* för lesbiska kvinnor. Anna beskriver det så här: ”*...när man har psykiska problem som härrör från ens homosexualitet då är det bra att man kan komma till en terapeut som vet vad det handlar om.*”

Särlösningar handlade för mina intervjupersoner om att dessa kunde ge ett tryggt alternativ här och nu, dit de kunde komma och inte behövde oroa sig för vad folk tänkte, eller vad de skulle säga, när de skulle komma ut osv. Som samhället ser ut idag menade de att det var nödvändigt att ha sådana särlösningar för att ta hand om problemet här och nu.

¹⁷⁵ Ibid.

En särlösningmodell är tätt kopplad till Frasers idéer om omfördelning och erkännande. Utifrån hennes modell måste man först titta på om den marginalisering som är närvarande har ett socioekonomiskt eller kulturellt uttryck. Sexualitet har enligt henne sin bakgrund i ett kulturellt uttryck. För att lösa denna marginalisering är en hennes lösning ett erkännande av denna grupp. Detta erkännande har som mål att bejaka den utstötta gruppen som i detta tillfälle är lesbiska och bisexuella kvinnor inom vården, men även att skapa en differentiering i det annars så ensartade sättet att se på sexualitet. Ett sätt att bejaka denna grupp är att erkänna dem som en grupp som har behov för särskilt stöd eller uppmärksamhet inom vården. Detta leder till en särlösningmodell där lesbiska och bisexuella kvinnor blir sedda som en grupp och får den acceptans de behöver. Denna lösning kallar Fraser även för en *affirmativ* lösning, som röjer upp i problemen som ligger på ytan. Den *transformativa* lösningen som är möjlig inom detta område är att istället för att hålla fast i en konstant lesbisk identitet tala om sexuella identiteter som föränderliga identiteter. Sådana tankar har sin utgångspunkt i en queerpolitisk agenda som vill upplösa dikotomier och inte vill se på identiteter som stabila och orörliga.¹⁷⁶ Dessa tankar tillhör även den postmoderna strömningen som dominerar inom t.ex. genusvetenskapen idag.¹⁷⁷ Genom en *transformativ* lösning skulle identiteter nedbrytas och särlösningalternativet skulle inte vara nödvändigt då det inte fanns några identiteter att utgå ifrån. För att nå detta är en öppenhet och förståelse för att alla människor är olika viktig.

Iris Marion Young talar i samband med särlösningar om en ”*radikal demokratisk pluralism*” där den marginaliserade gruppen jobbar *inom* gruppen för att få rättvisa. Detta har varit tydligt inom den homosexuella rörelsen där det har varit viktigt att göra sina röster hörda och att skapa en gemensam identitet. Young menar att vi skall ha grupprepresentationer för att allas röster skall bli hörda.¹⁷⁸ Både Fraser och Young menar att en lösning är att bli erkänd med en identitet som marginaliserad.

Särlösningar kan även liknas med empowermentstrategin där den marginaliserade gruppen kämpar inom sin grupp för att bli accepterade och få lika rättigheter med den inkluderade gruppen.¹⁷⁹ Det sättet jag kopplar empowerment till gruppen lesbiska på är att de på individ- och gruppnivå kan

¹⁷⁶ Fraser, (2003), s. 182.

¹⁷⁷ Zalewski, (2000), s. 3-4.

¹⁷⁸ Young, (1990), s. 156-163.

¹⁷⁹ Nederveen, Pietersee, (2003), s. 111-113.

arbeta upp en kunskapsnivå om *var* de kan vända sig när det handlar om sjukvård, *var* de skall hänvända sig när de vill klaga över dåligt bemötande, *vilka* könssjukdomar de kan få m.m. Detta är en otroligt viktig kunskap att få men även en viktig makt att kunna ta. Att sätta sina gränser, och ta den makt som de har rätt till. Den makt som Foucault talade om som inte endast hade ett negativt uttryck utan även hade en stark förändrings potential anser jag är en av empowerment modellens styrkor. Att jobba upp en egen motmaktstrategi som marginaliserad individ är viktig för att få egen styrka och för att kunna se sin situation som föränderlig.¹⁸⁰

Det negativa vid grupprepresentationer är problemet med enhetliga grupper. Jag tror inte att det finns något som enhetliga grupper, och därför kan det vara problematiskt med grupprepresentationer eller sär Lösning modeller. Sådana lösningar tar inte hänsyn till personens individualitet. Inom en enhetlig grupp kan det finnas olika klassbakgrund, etnicitet, ålder m.m. som även det kan vara viktigt för en förståelse av personen. Allas röster blir därför inte hörda. Jag anser att vi istället måste skapa en agenda där allas olikheter kan bli accepterade och respekterade. Här kan jag se Frasers transformativa lösning genom ett queerperspektiv som ett bra alternativ. Där sexuella identiteter kan ses som föränderliga istället för statiska.

6.3.1 Lesbiska som grupp?

Jag frågade mina intervjupersoner om lesbiska kunde omtalas som en grupp. Här var de relativt eniga i sitt svar. Hanna uttrycker det så här:

"...om det nu är så att det är sämre hälsa för lesbiska som grupp då blir det plötsligt viktigt att man pratar om dem som grupp vad gäller sjukvård. Samtidigt finns det tusen olika saker som inte alls har med lesbiskheten att göra när det gäller sjukvård, och då blir det ju bara pinsamt... T.ex. tänder eller att man bryter benet eller stukar foten eller får cancer eller vad som helst."

Kristina säger:

"jo det tror jag man kan göra, men jag tror att man inte får kategorisera in folk och tro att de är på samma sätt....man måste vara medveten om att inom lesbiska som grupp så finns det olika grupper och individer som inte ens kategoriserar sig själva." Sandra är inne på samma spår när hon säger: "...bara för att en grupp kvinnor är lesbiska finns det ju en massa andra saker som spelar roll. Klass kommer

¹⁸⁰ Jfr. Foucault, (1980), s. 98.

att spela en jätte stor roll i hälsa, etnicitet kommer också att spela en roll och funktionshinder...Det är ju bara ett sätt att förenkla verkligheten på genom att säga att vi talar om gruppen lesbiska."

Alla dessa uttalanden uttrycker att det kan talas om gruppen lesbiska om det samtidigt problematiseras att alla inte är lika inom gruppen. Det kan finnas olika behov inom gruppen som det är viktigt att ta hänsyn till. Risken vid att benämna lesbiska kvinnor som en grupp är som mina intervjupersoner säger, att alla lesbiska dras över en kam. Det är viktigt att klargöra att alla lesbiska inte är lika, tycker samma saker och har samma upplevelser med sig i bagaget om det skall talas om lesbiska som grupp. Lesbiska kvinnor tillhör olika samhällsklasser, har olika etnisk bakgrund, har olika ålder, har olika kroppar m.m. Det enda som de har gemensamt är att de har kärleksrelationer och sex med andra kvinnor.

Diana Mulinari, sociolog, ser även hon en fara i att utgå från fixerade gruppidentiteter som "lesbisk". Hon säger: *"Att erkänna någons etniska, sexuella eller religiösa identitet kan förstärka patientens självkänsla men att utgå från fixerade identiteter som dessutom är underordnade, och patologiserar patienten."*¹⁸¹ Hon är enig med Fraser i att det kan förstärka självkänslan hos den marginaliserade gruppen men menar även att det kan vara med och sätta en sjukdomsstämpel på gruppen genom att hålla fast dem i en underordnad identitet.

6.4 Integrering

Alla intervjupersoner nämnde särlösningar och gav exempel på sådana, men de uttryckte även tydligt att det var viktigt, eller viktigast med ett integrerande arbete som skulle jobba med en övergripande HBT- kompetens inom hälsovårdens områden. De var alla eniga i att det var viktigt att det kom en öppenhet inför olika sätt att leva på. Emma säger: *" en integrerad sjukvård vore väll det optimala för alla, så alla får kunskap och förstår att normen idag kanske inte är det normala".*

Kristina har konkreta förslag på hur det kunde göras:

"...det krävs engagerade människor som går in och föreläser, som är engagerade i det här och som driver det framåt på något sätt...De skulle kunna gå in och hålla föreläsningar som är obligatoriska och inte bara som man kan välja, utan det skall vara inlagt i undervisningen...eller att man gör temadagar löpande."

¹⁸¹ Mulinari, (2004), s. 465.

En integrering ser de som vägen till framtiden där de kan bli accepterade för den de är.

Fraser talar istället för integrering om en ”omfördelning” av den politiska och ekonomiska strukturen i samhället. Fraser menar dock att sexualitet inte har sin bas i socioekonomisk ojämlikhet och menar därför inte att lösningen ligger just här.¹⁸² Jag är dock inte enig med henne i detta då jag menar att marginalisering inte kan ses endast utifrån kulturell eller socioekonomisk utgångspunkt. Jag anser att den sexualitet som marginalisering kommer av har båda dessa utgångspunkter. Vad Fraser menar med omfördelning är att ändra den *skillnad* som har funnits mellan grupper till att bli en *enhet*. Alltså en så kallad affirmativ lösning som slätar ut skillnaderna som finns och ger alla lika rättigheter, och skrapar bort ojämlikheter på ytan.¹⁸³ Detta kallar Young för ”assimilering”, vilket för henne betyder att den exkluderade gruppen skall integreras med den inkluderade gruppen och ingå i denna grupps spelregler.¹⁸⁴

Den transformativa modellen i Frasers omfördelningsbegrepp går in och gör en grundlig förändring ner till rötterna av vad problemet är. Här är lagar och socialpolitiska ändringar de riktiga transformativa lösningarna enligt Fraser.

Den mainstreaming eller integrering som jag vill tala om inom hälsovård är vad jag kallar ”sexuell mainstreaming”. Vad jag förstår vill mina intervjupersoner ha en sexuell mainstreaming där frågor om sexuell identitet eller läggning tas upp och diskuteras inom alla samhällets områden. De vill att HBT-kunskap skall finnas på den allmänna agendan. Precis som Sverige har skrivit under en jämställdhetsmainstreaming i sin regeringsförklaring, så kunde det även tänkas att en sexuell mainstreamingsåtgärd kunde skrivas in i en regeringsförklaring. Den måste sträcka sig från grunden inom hälsopolitiken där undervisningsplanen finns, till relationen mellan hälsovårdspersonal och patient. Problemet med mainstreaming är att gå från tanke till handling. Hur skall en sexuell mainstreamingsmodell praktiseras i samhället? Att först lägga en grund med en lag är bra, men hjälper denna om själva grundtanken hos människor är att homosexualitet är något onaturligt?

Det som för mig verkar vara en god start inom det integrerande området är de svenska alternativa modellernas ”nätverk”. Det som egentligen sker i denna grupp är en liten del av en sexuell

¹⁸² Fraser, (2003), s. 182.

¹⁸³ Ibid.

¹⁸⁴ Young, (1990), s. 156-163.

mainstreamingsprocess. Även fast de inte själva har uttalat det, använder de sig av i alla fall två av de tre till fyra *R* metoderna som kan användas i en mainstreamingssituation. De undersöker och talar om hur *representationen* fördelas mellan heterosexuella och homosexuella kvinnor. De analyserar vilka *resurser* de behöver för att arbeta med den marginalisering som lesbiska och bisexuella kvinnor lider av.¹⁸⁵ Jag är i någon mån kritisk till utformningen av dessa *R* metoder då de mest syftar till verksamheter som skall drivas med profit. Det talas om jämställdhet i termer av budget och pengar, då det hela syftar till verksamhetsplaner. Jag menar att en jämställdhetsfråga även handlar om det personliga, de tankar och värderingar som florerar i samhället. Att ändra tankar och värderingar i en organisation är kostnadsfritt då det handlar om den enskilda personen. Möjligtvis är en kostnad nödvändig till en informatör som kommer och pratar om skillnaden som finns inom området som skall bli jämställt. Men som "nätverket" har visat som driver sin egen utvärdering utan ekonomiskt stöd kommer man med viljans hjälp långt.

¹⁸⁵ Sveriges kommuner och landsting, (2005b).

7 Slutsatser

Heteronormativiteten är en av de största faktorerna till att lesbiska och bisexuella kvinnor känner sig exkluderade inom sjukvården. Detta har både bevisats genom min historiska och nutida genomgång av den medicinska forskningen, samt genom tidigare undersökningar och genom mina egna intervjuer. Lesbiska och bisexuella kvinnor upplever att de blir osynliggjorda inom sjukvården och känner sig inte accepterade. Vad kan göras åt detta?

7.1 Fördelar och nackdelar

Frågan om *särlösning* eller *integrering* som lösning på marginaliserade gruppers exkludering inom sjukvården är enormt svår. Vad sker när vi skapar särlösningar? Döljer vi inte bara problemet bakom dessa särskilda alternativ? Min uppsats har reflekterat över de fördelar och nackdelar som särlösning kontra integration har som modeller till att främja marginaliserade grupper. Dessa teorier har jag använt mig av för att se om de är användbara som lösningsmodeller inom hälsovården, där jag har koncentrerat mig på sjukvårdsinstitutionerna.

Fördelen med särlösningssmodeller är att lesbiska och bisexuella kvinnor dels kan få hjälp här och nu då det finns några modeller i Sverige som liknar särlösningar.¹⁸⁶ Dels kan dessa modeller göra att lesbiska och bisexuella kvinnor träffas, vilket kan skapa grund till empowerment där den marginaliserade gruppen tillsammans arbetar mot ett förtryck.¹⁸⁷ Det kan genom särlösning eller empowerment skapas nätverk inom denna marginaliserade grupp, som kan ge en känsla av erkännande och styrka till fortsatt kamp. Nackdelarna med en särlösningssmodell har dock att göra med just erkännandet. Som bland annat Mulinari har sagt, kan detta erkännande utifrån särlösningar innebära att den marginaliserade gruppen blir stigmatiserad i sin avvikande roll och patologiseras.¹⁸⁸ En annan riskfaktor är att enhetliga grupper har en tendens till att glömma individens diversitet.¹⁸⁹ Det utgås oftast endast från *en* sammanhållande faktor i sådana grupper, i detta fall är det lesbiska och bisexuella kvinnors kärleks och sexuella relationer med andra kvinnor. Detta kan göra att exempelvis den etniska skillnaden, ålder, handikapp och klasskillnader m.m. glöms bort, vilka kan vara minst lika viktiga faktorer att ha med när individens hälsa skall bedömas.

¹⁸⁶ Se avsnitt om Lesbisk mottagning, Mama Mia och Regnbågsprojektet.

¹⁸⁷ Jfr. Nederveen, Pietersee, (2003), s. 114.

¹⁸⁸ Mulinari, (2004), s. 465.

¹⁸⁹ Young, (1990), s. 183.

Fördelen med integrationsmodellen är att den jobbar på att omfördela makten på lång sikt och inom alla institutioner, om den upptas som ett regeringsförslag.¹⁹⁰ Detta kan vara en fördel då det inom sjukvården skulle innebära en sexuell mainstreaming, där alla vårdinstitutioner fick en HBT-kunskap, vilket på lång sikt förhoppningsvis skulle innebära att lesbiska och bisexuella kvinnor kunde få den vård de behövde utan att känna sig rädda för hur de blev bemötta. Den risk eller nackdel som dock kan finnas vid integrationsarbeten är, som Fraser säger i sin *affirmationstanke*, att det vid ett införande av sociala och ekonomiska lagar endast blir skrapat på ytan av ett problem. Fraser menar att risken är att den verkliga orsaken till marginaliseringen inte behandlas,¹⁹¹ vilket i detta fall är heteronormativiteten. Den andra risken som Young och Rosenberg står för är att den exkluderade gruppen endast bli inkluderad på den normativa gruppens redan fastlagda premisser.¹⁹²

7.2 Vad är bäst?

Mina intervjupersoner menade alla att en blandning av *integrering* av HBT-kunskap i samhället och en *särlösning* inom vissa områden var den bästa lösningen. *Särlösningarna* var nödvändiga här och nu då det var viktigt att lesbiska och bisexuella kvinnor fick den vård de behövde. *Integreringen* var däremot viktig på lång sikt. De områden som informanterna tyckte att det behövdes särlösningar inom var, mödravård, gynekologi, psykologi och ett äldreboende för lesbiska kvinnor. Åldersfaktorn gav en skillnad på svaret om särlösningens områden. Den äldre lesbiska kvinnan nämnde äldreboendet, medan de yngre kvinnorna nämnde gynekologi och mödravård, vilket understryker att ålder är en viktig faktor att se närmare på när lesbiska och bisexuella kvinnor talar om lösningar till marginalisering.

Att söka vård innebär i sig själv att vara i ett underläge och det är därför viktigt att individen blir sedd för den hon är. Att vårdpersonalen försäkras om att få en holistisk bild av sin patient för att kunna ge den bästa möjliga vården är något som måste arbetas på inom vården. Definitionen av *hälsa* innefattar dock ett stort område och den faktiska vården på sjukhuset spelar en stor roll, men är endast en del av åtgärderna för att förändra lesbiska och bisexuella kvinnors marginalisering inom hälsoområdet.

Hälsobegreppet har i min uppsats definierats utifrån fyra områden: *psykisk, fysisk, sexuell* och *social* hälsa. Alla dessa områden är i stor grad beroende av hur samhället fungerar. Om jag skall dra en

¹⁹⁰ Sveriges kommuner och landstings hemsida, (2005a).

¹⁹¹ Fraser, (2003), s. 199.

¹⁹² Young, (1990), s. 156-163 och Rosenberg, (2002), s. 102-103.

hårdgräns skulle jag dock säga att den *fysiska, sexuella, och psykiska* hälsan hör till sjukvårdens område, medan den *sociala* hälsan handlar om hur samhället fungerar omkring individen. Hur blir hon bemött? Blir hon sedd för den hon är? m.m. På området för social hälsa är det ingen som talar om att särlösningar borde finnas. Behöver vi särskilda skolor, arbeten m.m. för lesbiska och bisexuella kvinnor, då detta även är områden som lesbiska och bisexuella kvinnor far illa på? Mina intervjupersoner menade det inte, och de flesta av oss skulle nog säga nej. Här skall istället arbetas med integrering. Varför behövs då särlösningar på hälsan som handlar om, *fysisk, sexuell och psykiska* områden? Svaret är nog att det inte skulle behövas, men det har kommit särlösningar ändå.

Som problemet ser ut idag har jag inte lust att säga att vi skall avskaffa de särlösningar som finns för lesbiska och bisexuella kvinnor inom hälsovården. Jag vill istället erkänna de problem som mina intervjupersoner har berättat om, och uppmana dem som arbetar med lesbiska och bisexuella särlösningar idag till att dela sin kunskap till resten av hälsovården så att en integreringsprocess kan påbörjas, samtidigt som dessa alternativ finns kvar. Målet är för mig att dessa särlösningar kan avvecklas på lång sikt.

Den lösningsstrategi som jag anser att hälsovården skall föra är att särlösningar som Lesbisk mottagning och Mama Mia kvarstår då de innehåller både en särlösnings och integreringsmodell. Institutionerna är integrerade inom vård som vänder sig till heterosexuella, samtidigt som all personal har fått en HBT- utbildning. Detta gäller egentligen även Regnbågsprojektet, även fast de innehåller mer av vad jag kallar en särlösningsmodell, då deras grupper endast vänder sig till lesbiska och bisexuella kvinnor. De har dock deras lokaler tillsammans med Mama Mia som är integrerad med "vanlig" heterosexuell gynnottagning. "Nätverksgruppen" är ett av de forum där de som arbetar inom de svenska särlösningsmodellerna träffas och diskuterar och tillsammans arbetar för att vara ett bra vård alternativ för denna exkluderade grupp. Jag har i min uppsats hävdat att de utan att själva uttala det, i själva verket utgör en viktig del i en sexuell mainstreamingsprocess. De utvärderar deras institutioner och försöker genom diskussion förbättra sig själva. Förhoppningsvis kan den HBT- kompetens som detta nätverk och dess särlösningsinstitutioner har, sprida sig till resten av vårdapparaten, då denna form för integrationsarbete är ett viktigt alternativ för att jobba med exkluderade grupper i samhället. Det är dock viktigt att vi börjar föra en stor sexuell mainstreamingsprocess som inte endast går ut och informera om HBT kunskap, utan även måste tala om sättet att se på identiteter och normativitet. Det finns en tendens att inom hälsovården se på

kön, identitet och sexualitet utifrån en norm av vad som anses vara ”rätt” eller ”fel”. Denna bild håller fast individen och förhindrar henne i att fritt utvecklas.

Då jag ser makt utifrån en Foucauldiansk synvinkel, som cirkulerande runt i alla våra sociala relationer, innebär detta att inte endast sjukvård kan hållas ansvarlig för ett ojämlikt maktförhållande. Detta innebär att lesbiska och bisexuella kvinnor inte endast kan ses som offer av situationen, vilket skulle göra dem maktlösa. De har istället möjlighet att ta makten över sin egen situation genom exempelvis empowerment. Det sätt som jag menar att lesbiska och bisexuella kvinnor kan utöva sin makt på är genom makten till kunskap om var de skall hänvända sig vid dålig behandling, vilka möjligheter de har m.m.

Mina egna tankar kan placeras under en typisk postmodern era som hävdar att subjektet inte innehåller en fast kärna. Postmodernister anser att subjektet i sig är en illusion som är skapat för att upprätthålla en maktordning.¹⁹³ Jag menar nämligen att våra identiteter och våra liv förändras med tid, med erfarenhet, och i och med att nya möjligheter öppnas för oss. Om vi såg på världen utifrån den tanken att allt är föränderligt, att ingenting är fastlåst tror jag att vi kunde acceptera oss själva och varandra mycket lättare. Vi måste transformera hela vårt sätt att tänka och se på sexualitet. Denna tanke är viktig att få med när det talas om en integrering av HBT- kunskap inom hälsovården. På detta sätt underlättar vi även för andra marginaliserade grupper som finns i samhället. Allt är föränderligt, ingenting är fast.

Låt oss inte hålla varandra fast i att lesbiska eller bisexuella kvinnor är si eller så, arbetarklassen är si eller så m.m. Låt oss istället tala om att vi är olika, att allt är föränderligt, att vi har olika behov som människor och att vi därför måste öppna våra sinnen för att kunna möta andra människor.

7.3 Framtida forskning

För att utöka kunskapen om vad lesbiska och bisexuella kvinnor tycker om vård och lösningar till den marginalisering de upplever inom detta område, är det relevant att utföra en omfattande enkätundersökning med kompletterande intervjuer. Det är betydelsefullt för fortsatt forskning inom området att höra vad den marginaliserade gruppen själv tycker borde göras. Det är vid sådana intervjuer viktigt att få en stor spridning på ålder, p.g.a. att äldre lesbiska och bisexuella kvinnor är relativt osynliga inom forskning om homosexualitet och hälsa. Mina intervjuer visade nämligen att

¹⁹³ Zalewski, (2000), s. 23-27.

det fanns en skillnad på de äldre och yngre kvinnornas svar, vilket kunde vara relevant att se närmare på.

Det kunde även vara relevant att undersöka hur bisexuellas hälsa ser ut. Vilket innebär att det skulle kunna göras en enskild undersökning av endast denna grupp, för att se hur mycket deras exkludering inom den homosexuella världen ger uttryck på deras hälsa. I denna förbindelse kunde det även vara intressant att göra en jämförande undersökning av bisexuella kvinnor och män för att se om det finns någon skillnad på deras hälsa.

Något som jag inte har lagt fokus på i min uppsats är ett intersektionalistiskt sätt att se på makt. Detta innebär att se på makt som *"inbäddad i varandra och som förändra[d] i skilda rumsliga och historiska sammanhang"* som Paulina de los Reyes, Irene Molina och Diana Mulinari skriver.¹⁹⁴ Genom en intersektionalistisk utgångspunkt skall det enligt dessa författare arbetas med kön, klass och ras/etnicitet på en gång, då dessa kategorier skapar varandra. Här skulle det vara intressant att fläta in kategorin sexualitet för att få ett helhetsperspektiv på ojämlikhetens landskap. Detta skulle även vara en nödvändig forskning inom hälsovården, då min avslutande kommentar i uppsatsen handlar om att se mångfalden hos individen.

¹⁹⁴ De los Reyes, Molina och Mulinari, (2005), s. 25. Paulina de los Reyes är docent i ekonomisk historia, Irene Molina är FD i kulturgeografi.

8 Litteraturlista

- Andersen, John and Siim, Birte, (2004), *The politics of inclusion and empowerment - gender, class and citizenship*, London: Palgrave Macmillan
- Berger L, Peter & Luckmann Thomas, (1966), *Den samfundsskabte virkelighed*, Danmark: Lindhardt og Ringhof
- Butler, Judith, (1998), ”Merely cultural”, *New left review* ser. 1 nr 227, s. 43, London
- Butler, Judith, (1999), *Gender Trouble, feminism and the subversion of identity*, London: Routledge
- Cuesta, Marta, (2003), ”Vardagssamtal mellan kvinnor, feministiska reflektioner kring berättandet”, i Diana Mulinari, Kerstin Sandell & Eva Schömer (red), *Mer än bara kvinnor och män- feministiska perspektiv på genus*, Lund: Studentlitteratur
- De los Reyes, Paulina, Molina, Irene & Mulinari, Diana, (2005), ”Introduktion - Maktens (o)lika förklädnader”, i Paulina de los Reyes, Irene Molina och Diana Mulinari (red.), *Maktens (o)lika förklädnader*, Stockholm: Atlas
- Edenheim, Sara, (2005), *Begärets lagar – Moderna statliga utredningar och heteronormativitetens genealogi*, Stockholm: Symposion
- Edenheim, Sara, (2001), ”Handledning I Teratologi: en dekonstruktion av bisexualitet och andra monstruösa fenomen”, i *Lambda Nordica nr. 1-2, Både och och varken eller*, Stockholm: Lambda Nordica förlag
- Ehrlich, Carol, (1992), ”Kvinnokampen under 70-talet”, i Pia Laskar (red), *Anarkafeminism*, Stockholm: Federativs
- Foucault, Michel, (2002[1976]), *Sexualitetens historia- viljan att veta*, Göteborg: Daidalos

Foucault, Michel, (1980), *Michel Foucault- Power/Knowledge*, Great Britain:

Harvester Wheatsheaf

Fraser, Nancy, (2003), *Den radikala fantasin: mellan omfördelning och erkännande*, Göteborg:

Daidalos

Freedman B. Estelle & Thorne Barrie, (1984), 'Introduction to 'the feminist sexuality debates',

Signs, vol. 10 no. 1, s. 102-105, University of Chicago.

Gransell, Leyla, (2005), *Free your mind – upplevelser av bisexism bland bisexuella kvinnor*, D-

uppsats, Lunds Universitet: Sociologiska institutionen

Hamberg, Katarina, (2004), "Har kvinnor verkligen bredband i hjärnan? Om jakten på biologin i

"kvinnligt" och manligt". Birgitta Hovellius & Eva E. Johansson, (red), *Kropp och Genus i*

medicinen, Lund: Studentlitteratur

Hemmings, Clare, (2002), *Bisexual Spaces*, New York: Routledge

Hovellius, Birgitta och Johansson, E, Eva, (2004), *Kropp och genus i medicinen*, Lund:

Studentlitteratur

Johannisson, Karin, (1994), *Den mörka kontinenten - kvinnan, medicinen och fin-de-siècle*,

Stockholm: Norstedts Förlag

Kvale, Steiner, (1997), *Interview- en introduction til det kvalitative forskningsinterview*,

København: Hans Reitzels Forlag

Lister, Ruth, (2004), "Exclusion, inclusion and empowerment : community empowerment? :

reflecting on the lessons of strategies to promote empowerment", i John Andersen & Birte Siim,

(red.), *The politics of inclusion and empowerment- gender, class and citizenship*, London: Palgrave

Lundqvist, Åsa, (2005), "Det uttalade och det outtalade. Om tolkningsarbete i historiesociologiska studier", i Åsa Lundqvist, Karen Davies & Diana Mulinari (red.), *Att utmana vetandets gränser*, Malmö: Liber

Mattsson, Tina, (2005), *I viljan att göra det normala – en kritisk studie av genusperspektivet i missbrukarvården*, Malmö: Égalité

Moegelin, Lena & Parmhed, Sule, (2005), "Mottagning för lesbiska" i Stockholms läns landsting och RFSL, *Seminarium om lesbiska och bisexuella kvinnors hälsa- 2005-05-13*, Stockholm: Stockholms läns landsting och RFSL

Mulinari, Diana, (2004), "Medicinsk praktik i det postkoloniala Sverige - några (feministiska) reflektioner", i Birgitta Hovellius & Eva E. Johansson, (red.), *Kropp och genus i medicinen*, Lund: Studentlitteratur

Niederveen, Pietersee, Jan, (2003), "Gendered Sexualities and Lived Experience: The Case of Gay Sexuality in Women, Culture and Development", i Kum-Kum Bhavnani, John Foran & Priya Kurian, (red.), *Feminist futures - re-imagining women, culture and development*, London: Zed books

Rydström, Jens, (2004), "Från fula gubbar till goda föräldrar- synen på sexualitet och genus i lagstiftning och debatt 1944-2004", i Anna- Clara Olsson & Caroline Olsson, (red), *I den akademiska garderoben*, Stockholm: Atlas

Riksförbundet för sexuellt likaberättigande, (1996), *Lesbisk hälsa- seminarium den 11 december 1996*. Stockholm; Rfsl

Rich, Adrienne, (1980), "Compulsory heterosexuality and lesbian existence", *Signs*, vol. 5 No. 4 Women: sex and sexuality, s. 631-660. the University of Chicago Press

Rosenberg, Tiina, (2002), *Querfeministisk agenda*, Stockholm: Atlas

Röndahl, Gerd, (2005), *Heteronormativity in a nursing context- attitudes towards homosexuality and experiences of lesbians and gay men*, Sverige: Uppsala Universitet,

Sandell, Kerstin, (2004), "Heteronormativitet i medicinsk kunskap och praktik", i Birgitta Hovelius, Kerstin Sandell & Eva E. Johansson, (red), *Kropp och Genus i medicinen*, Sverige: Studentlitteratur

Schiebinger, Londa, (1995), *Nature's body: gender in the making of modern science*, Boston: Beacon Press

Storr, Merl, (1999), *Bisexuality: a critical reader*, New York: Routledge

Tanesini, Alessandra, (1999), *An introduction to feminist epistemologies*, England: British library

Thomsson, Heléne, (2005), "Feministiskt integrationsarbete- eller vem ska definiera vems behov?" i Paulina de los Reyes, Irene Molina & Diana Mulinari, (red), *Maktens (o)lika förklädnader*, Stockholm: Atlas

Tiby, Eva, (1999), *Hatbrott*, Stockholms universitet: Kriminologiska institutionen

Weeks, Jeffrey, (1977), *Coming out- Homosexual politics in Britain from the nineteenth century to the present*, London: Quartet books limited

Westerståhl, Anna, (2003), *Encounters in the medical context- issues of gender and sexuality*, Sverige: Göteborgs Universitet

Westerståhl, Anna, (1996), "Hälsofrågor hos lesbiska", i Rfsl,s seminarie kompendium, *Lesbisk hälsa- Seminarium den 11 december 1996*, Stockholm: Rfsl

Widerberg, Karin, (2002), *Kvalitativ forskning i praktiken*, Lund: Studentlitteratur

Wittig, Monique, (1992), *The straight mind and other essays*, USA: Beacon Press

Young, Iris, Marion, (1990), *Justice and the politics of difference*, USA: Princeton

Young, Iris, Marion, (2000), *Inclusion and Democracy*, New York: Oxford University Press

Zalewski, Marysia, (2000), *Feminism after postmodernism – theorising through practice*, London: Routledge

Ålund, Aleksandra, (1997), *Multikultiungdom- kön etnicitet, identitet*, Lund: Studentlitteratur

Ålund, Aleksandra, (2005), "Etnicitet, medborgarskap och gränser", i Paulina de los Reyes, Irene Molina & Diana Mulinari, (red), *Maktens (o)lika förklädnader*, Stockholm: Atlas

8.1 Muntliga källor

Intervju med Anna Mohr från RFSL d. 21/6-05

Intervju med Anita Johansson från Lesbisk mottagning d. 22/6-05

Intervju med Lena Moegelin från Lesbisk mottagning d. 23/6-05

Telefonintervju med Lotta Andreasson från Mama Mia och Regnbågsprojektet d.18/7-05

Samtal med Regina Wintzer från Statens folkhälsoinstitut d. 8/8-05

Intervju med "Hanna" 17/10-05

Intervju med "Maria" 2/11-05

Telefonintervju med "Emma" 3/11-05

Intervju med "Sandra" 7/11-05

Intervju med "Kristina" 7/11-05

Intervju med "Anna" 8/11-05

8.2 Elektroniskt material

American Journal of Public Health, (2001), *The evolution of the fenway community health model*: http://80-elin.lub.lu.se.ludwig.lub.lu.se/cgi-bin/linker/ebSCO_local?4528297, s. 892-894 [30-05-2005]

Black health care, (2000), *Blackhealthcare.com*: www.blackhealthcare.com, [07-02-2006]

Statens Folkhälsoinstitutet: (2004) *På väg mot en mer hälsofrämjande hälso-och sjukvård*: <http://www.fhi.se/upload/PDF/2004/rapporter/r200433halsotframjandehalsosjukvard.pdf> s.19-21 [07-02-2006]

Statens Folkhälsoinstitutet, Wintzer, Regina, (2005), *Uppdrag till Statens Folkhälsoinstitut att undersöka och analysera hälsosituationen för homo- och bisexuella personer samt transpersoner*:
<http://www.fhi.se/upload/PDF/2004/uppdrag/homouppdrag.pdf>, [07-02-2006]

Psykologiska institutionen, Göteborg, *Homosexförsök i Göteborg*:
<http://hem.passagen.se/agermark/DRA/homo.htm>, [2006]

RFSL, (2005), *Vad är HBT hälsa?*: <http://www.rfsl.se/?p=1337>, [07-02-2006]

Sveriges kommuner och landsting, (2005a), *En handbok för jämställdhet*:
www.skl.se/artikel.asp?C=2506&A=8281, [07-02-2006]

Sveriges kommuner och landsting, (2005b), *Metoder*:
<http://www.skl.se/artikel.asp?A=8317&C=2859>, [07-02-2006]

U.S, National Library of health, (1996), *Community- based health care models*:
<http://www.nlm.nih.gov/archive/20040829/pubs/cbm/cbmodels.html>, [07-02-2006]

8.3 Rekommenderad läsning

LAFAs: www.lafa.nu