

Den «vanskelige» identiteten

Homofile, lesbiske og bifile har oftere symptomer på svekket psykisk helse enn heterofile. Dette er ett av de få sikre funnene om seksuell identitet i levekårsundersøkelsen fra 2008, der vi for første gang inkluderte spørsmål om seksuell tiltrekning og identitet. Det er også tegn på at homofile, lesbiske og bifile har svekkede levekår på andre områder, men her er resultatene usikre. Usikkerheten bunner i at svært få klassifiserer seg selv som ikke-heterofile. Noe av årsaken er at seksuell identitet er et vanskelig fenomen å fange inn i statistiske undersøkelser.

Den 1. januar 2010 trådte den nye ekteskapsloven i kraft – den likestiller ekteskap mellom personer av begge og samme kjønn. Da hadde vi hatt den gamle partnerskapsloven siden 1993. Den nye ekteskapsloven representerer en ganske merkbar endring i samfunnets forhold til homofili siden 1972, da straffelovens § 213 mot homoseksualitet ble avskaffet.

Seksuell identitet har vært et tema som Statistisk sentralbyrå tidligere har ment ikke har vært egnet til å inngå i våre store levekårsundersøkelser. For det første har vi ansett det som for sensitivt til at vi kunne spørre om dette, og for det andre har vi ikke sett det som en sentral indikator i forklaringen av levekårsforskjeller. Data som kunne si noe om levekårene til homofile, lesbiske og bifile, har imidlertid vært etterspurt.

Det er ikke bare å spørre sånn uten videre ...

I 2007 startet SSB en utredning om hvorvidt seksuell identitet skulle inkluderes i levekårsundersøkelsen. Dersom det skulle gjøres, måtte vi kunne svare bekreftende på to viktige spørsmål. Først – kan det med rimelighet antas at seksuell identitet er en relevant faktor når vi skal forklare levekårsforskjeller? Dernest – er det mulig å spørre et utvalg av befolkningen om deres seksuelle identitet på en måte som gjør at ingen synes det er plagsomt, og at de derfor svarer så riktig som mulig? Disse to spørsmålene var grunnlaget for utredningsarbeidet som er dokumentert i Gulløy, Haraldsen og Normann (2009).

Med grunnlag i både norsk og internasjonal forskning kom vi fram til at det er rimelig å anta at seksuell identitet kan bidra til å forklare levekårsforskjeller. De mest fremtredende funnene var innenfor helse, både fysisk og psykisk. Men også innenfor områder som sosial kontakt, arbeidsmiljø, boforhold, diskriminering, vold og trusler finnes det forskning som peker på forskjeller. Ut fra et levekårsperspektiv var det dermed interessant å inkludere spørsmål om seksuell identitet, spesielt i levekårsundersøkelsen i 2008 der overordnet tema var helse, men der også forhold som sosial kontakt, diskriminering, vold og trusler samt livsstil var med.

Den neste utfordringen var å utvikle spørsmål om temaet seksuell identitet. Hva skal man egentlig spørre om, og hvordan?

Seksuell identitet er ikke nødvendigvis enkelt å klassifisere i gjensidig utelukkende kategorier, og i noen tilfeller kan den kan endre seg i løpet av livet.

Tor Morten Normann

Artikkelen bygger på en nylig utkommet rapport: Tor Morten Normann og Elisabeth Gulløy (2010) *Seksuell identitet og levekår. Evaluering av levekårsrelevans og datafangst*. Rapport 13/2010, Statistisk sentralbyrå



Tor Morten Normann er statsviter og seniorrådgiver i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for levekårsstatistikk. Han jobber med analyser av levekårsundersøkelsene, og er fagansvarlig for EU-SILC. (tor.morten.normann@ssb.no)

Dessuten er det ikke sikkert at identiteten samsvarer med seksuell tiltrekning og eventuelle seksuelle erfaringer. For å utvikle gode spørsmål gjennomgikk vi flere mulige måter å utforme spørsmål på, og vi testet dem ut ved å stille dem til tilfeldig valgte personer. Det var dessuten viktig å plassere spørsmålene slik at de inngikk i en sammenheng der seksuell tiltrekning og identitet var relevant.

Etter gjennomgangen av forskning på området og testingen av spørsmålene kunne vi svare bekreftende på våre innledende spørsmål: Ja, seksuell identitet kan være relevant for levkårene, og ja, det kan være mulig å stille gode spørsmål om seksuell identitet. Derfor valgte vi å inkludere spørsmål om seksuell identitet som et prøveprosjekt i vår levkårsundersøkelse om helse i 2008. For dokumentasjon av levkårsundersøkelsen, se Wilhelmsen 2008.



Få homofile og lesbiske

Det finnes ikke noe eksakt tall for hvor stor andel av befolkningen som identifiserer seg selv som homofile, lesbiske eller bifile. I den offentlige debatten verserer det mange tall. I en nylig sendt fjernsynsdokumentar på NRK ble det sagt at en av fem er homofil eller lesbisk, og i det mye omtalte NRK-programmet «Hjernevask» ble det nevnt en andel på 3,3 prosent homofile menn, uten at kilde ble oppgitt. I andre sammenhenger kan det dukke opp andre tall, men fram til nå har det ikke vært mulig å verken bekrefte eller avkrefte anslagene ved hjelp av representative data i Norge.

Som nevnt valgte vi å inkludere spørsmål om både seksuell tiltrekning og seksuell identitet i våre undersøkelser.

Først spurte vi respondentene om hvilket kjønn de følte seg seksuelt tiltrukket av. Så spurte vi dem som var tiltrukket av samme eller begge kjønn, om hvilken seksuell identitet de anså seg selv å ha. Med denne måten å spørre på, fant vi at 1,2 prosent av befolkningen i alderen 16 år og over identifiserer seg selv som homofil, lesbisk eller bifil. Noen flere, 1,8 prosent, svarte at de føler tiltrekning til samme eller begge kjønn.

Betyr dette at det er «bare» 1,2 prosent homofile, lesbiske og bifile i Norge? Ikke nødvendigvis.

Mulige feilkilder

Vi var på forhånd klar over at det var metodiske utfordringer knyttet til disse spørsmålene, og rapporten som denne artikkelen bygger på, drøfter blant annet datakvaliteten (se tekstboks). Der konkluderes det med at det er en viss fare for underrapportering for andelen homofile, lesbiske og bifile. Dette skyldes både at enkelte ikke har svart på spørsmålet, og at det alltid er en risiko for feilsvar når man stiller sensitive spørsmål i et intervju. Vi har likevel ikke noen enkel mulighet til å anslå hvor stor denne målefeilen eventuelt er.

En mulig måte å vurdere om målefeilen er stor eller ikke, er å sammenligne med andre lignende undersøkelser. En stor folkehelseundersøkelse gjennomført i Sverige, som rett nok klassifiserer på en litt annen måte, viser 1 prosent homofile og bifile. I tillegg kommer 1 prosent «heterofile med visse homoseksuelle innslag», altså til sammen 2 prosent i gruppen vi kan kalle ikke-heterofile (Statens Folkhälsoinstitut 2005). Det er ikke så veldig ulikt andelen i SSBs levkårsundersøkelse. Andre undersøkelser viser noe høyere andeler ikke-heterofile enn det levkårsundersøkelsen gjør, men de er ofte ikke helt sammenlignbare (se Gulløy, Haraldsen og Normann 2009).

Unge og kvinner oftest bifile?

I og med at andelen ikke-heterofile er så lav, er det vanskelig å si noe sikkert om forskjeller i kjønn, alder, bosted og utdanning. Vi kan likevel forsøke å antyde noen forskjeller, selv om de ikke er statistisk sikre.

Kvinner og menn er i omtrent samme grad tiltrukket bare av samme kjønn, og dermed er andelen henholdsvis homofile (0,6 prosent) og lesbiske (0,7 prosent) nokså like (se figur 1). Det ser imidlertid ut til at det er vanligere blant kvinner å føle tiltrekning til begge kjønn. 1,4 prosent av kvinnene har svart dette, mot 0,7 prosent blant menn. Dermed er også andelen bifile høyere blant kvinner enn blant menn.

Vi kan heller ikke si noe sikkert om aldersforskjeller, og her kan vi i tillegg ane en fare for målefeil i og med at vi knapt finner ikke-heterofile blant de aller eldste (se figur 1). Delvis er det en metodisk forklaring på dette. De som ikke føler seksuell tiltrekning til noen, har heller ikke har fått spørsmål om seksuell identitet. Det gjelder selvfølgelig oftest blant de eldste. Ser vi bort fra dette, er tiltrekning bare til samme kjønn nokså jevn for alle aldersgrupper fra 16 til 66 år (1,0-0,7 prosent), mens tiltrekning til begge kjønn er vanligst blant de yngste. Det gjelder 2 prosent av 16-24 åringene. Dette gjenspeiles da også i mindre aldersvariasjon i andelen homofile og lesbiske enn i andelen bifile.

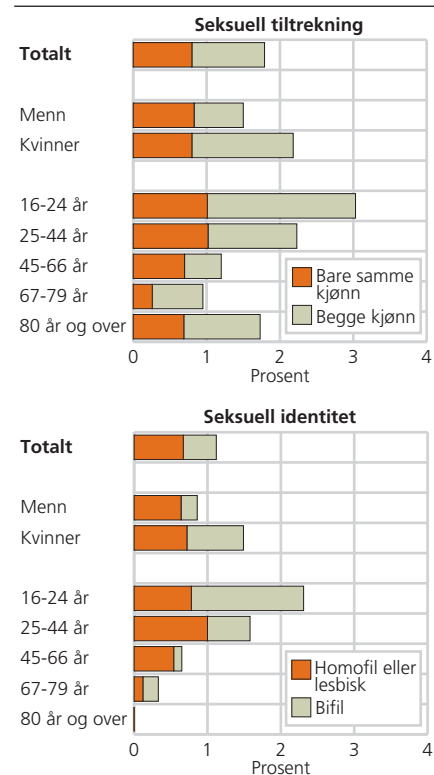
Små forskjeller i bosted og utdanning

Det har tidligere blitt hevdet at flertallet av homofile og lesbiske trekker inn mot byene, og at det er der man derfor finner de høyeste andelen (Hegna mfl 1999). I våre data finner vi delvis støtte for dette, men igjen er funnene usikre. Andelen som er tiltrukket av samme eller begge kjønn, er noe høyere i de største tettstedene enn andre steder, og andelen homofil, lesbisk eller bifil er også noe høyere.

En undersøkelse gjennomført av NOVA i 1998 (ibid.) viste at homofile og lesbiske hadde betydelig høyere utdanningsnivå enn befolkningen ellers. Våre data gir ikke støtte til en slik konklusjon. I de ulike utdanningsgruppene er det små forskjeller i andeler som er tiltrukket bare av samme kjønn, selv om andelen er størst i gruppen med høyere utdanning. Andelen som er tiltrukket av begge kjønn, er imidlertid høyest i gruppen med kun grunnskoleutdanning, men det har sammenheng med at andelen også er høy blant de yngste.

Heller ikke når vi ser på identitet er det store forskjeller etter utdanningsnivå. Ser vi på homofile, lesbiske eller bifile under ett, finner vi ikke noen stor overrepresentasjon av denne gruppen blant dem med høyere utdanning.

Figur 1. Andel med ulik seksuell tiltrekning og seksuell identitet, etter alder og kjønn. Personer 16 år og over. 2008. Prosent



Kilde: Levkårsundersøkelsen 2008, Statistisk sentralbyrå.





Knapt forskjeller i egenvurdert helse ...

Som nevnt tidligere var introduksjonen av spørsmål om seksuell tiltrekning og identitet i levekårsundersøkelsen begrunnet med at dette kan være relevant i forklaringer av levekårsforskjeller. Den lave andelen ikke-heterofile er i så måte en utfordring, i og med at det da blir vanskelig å finne statistisk sikre resultater. Vi skal likevel trekke fram noen hovedfunn som belyser forskjeller på grunnlag av seksuell tiltrekning og identitet.

Tidligere forskning fra Norge har vist at både lesbiske kvinner og homofile menn har noe dårligere allmenn helse enn andre (ibid.), mens resultater fra Sverige stort sett bare finner forskjeller mellom lesbiske og heterofile kvinner (Statens Folkhälsoinstitut 2005). Når vi ser på forskjeller i egenvurdert helse ved hjelp av data fra levekårsundersøkelsen, viser det seg at åtte av ti heterofile vurderer sin egen helse som god eller meget god. Andelen blant homofile, lesbiske og bifile er omtrent lik.

... men tiltrekning til samme kjønn slår negativt ut

Det å bare se på ulike andeler med god eller dårlig helse i enkelte grupper gir ikke et utfyllende bilde av sammenhenger. Sammenligning av slike andeler kan både tildekke og avdekke forskjeller som egentlig skyldes andre forhold. Selv om det er stor likhet mellom heterofile og ikke-heterofile i egenvurderingen av helse, kan det likevel være at seksuell identitet eller tiltrekning har betydning? For å finne ut mer om dette har vi gjennomført en multivariat analyse (logistisk regresjon, se tekstboks).

Analysen viser oss at både kjønn, alder og utdanning påvirker helsen. Dette er kjent fra tidligere, men selv om vi kontrollerer for disse forholdene, finner vi også at det å være tiltrukket kun av samme kjønn faktisk gir større sannsynlighet for å rapportere dårlig egenvurdert helse.

I en tilsvarende analyse hvor vi benyttet seksuell identitet i stedet for tiltrekning, fant vi imidlertid ingen effekt. Når vi går fra seksuell tiltrekning til seksuell identitet, blir altså den lille sammenhengen vi fant, helt borte. En mulig forklaring på dette kan være at noen av dem som er tiltrukket av samme kjønn, likevel klassifiserer seg som heterofile, eller ikke kan plassere seg innenfor noen av kategoriene. Det kan være denne lille gruppen som rapporterer svekket helse, og som dermed gjør at tiltrekning har effekt, mens identitet ikke har det.

Logistisk regresjon

Logistisk regresjon er en multivariat analysemetode som benyttes for å studere den unike effekten av flere forklaringsvariabler på en avhengig variabel. Metoden er velegnet når den avhengige variabelen er dikotom, altså har to uavhengige verdier, og vi har flere mulige årsaksvariabler. Her brukes analysemetoden for å se på om man definerer seg som ufør eller ikke ut fra utdanning, kjønn, alder, utdanning, husholdningstype, fødeland og helse. For mer om logistisk regresjon, se for eksempel Ringdal (2001).

Samme resultat for varig sykdom

Svenske resultater har også vist at det var noe vanligere å ha langvarig sykdom blant homo- og biseksuelle enn i befolkningen for øvrig (Statens Folkhälsoinstitut 2005). Vi har gjennomført tilsvarende analyser som for egenvurdert helse der vi har sett på varig sykdom.

Gjør vi som for egenvurdert helse, og først sammenligner andeler som rapporterer varig sykdom, ser vi at personer som er tiltrukket av samme kjønn, noe oftere rapporterer varig sykdom enn personer som bare er tiltrukket av motsatt kjønn. Dette gjelder delvis også for personer som er tiltrukket av begge kjønn, men da i mindre grad. Ser vi på identitet i stedet for tiltrekning, finner vi også noe av det samme. Homofile, lesbiske og bifile rapporterer varig sykdom noe oftere enn heterofile, men forskjellen er ikke stor. Den gruppen som oftest rapporterer varig sykdom, er de som har usikker identitet, altså personer som er tiltrukket av samme kjønn, men som ikke har ønsket eller

kunnet oppgi identitet innenfor de gruppene vi har definert. Denne gruppen er imidlertid svært liten, så her er resultatene meget usikre.

Når vi så gjennomførte en multivariat analyse tilsvarende den for egenvurdert helse, fant vi imidlertid resultater som var til forveksling like. Personer som føler seksuell tiltrekning bare til samme kjønn, har større sannsynlighet for å rapportere langvarig sykdom enn heterofile (referansegruppen), mens det å være homofil eller lesbisk ikke har signifikant betydning for sannsynligheten for å rapportere varig sykdom. Forklaringen på at tiltrekning slår ut mens identitet ikke gjør det, kan ligge i resultatene for gruppen av usikre, som omtalt i det forrige avsnittet.

En psykisk belastning?

Forskningen på seksuell identitet og helse fokuserer i større grad på den psykiske enn på den fysiske helsen. Resultater peker på at selve prosessen med å erkjenne seg selv som ikke-heterofil, samt det å møte fordommer og stigmatisering, kan bidra til psykiske vansker for noen, og flere rapporter viser svekket psykisk helse blant ikke-heterofile (se bla Statens Folkhälsoinstitut 2005, Hegna mfl 1999, Moseng 2002, 2005).

I levekårsundersøkelsen om helse er det mange spørsmål om psykisk helse. Vi har her valgt ut to indekser, og bruker disse for å se om våre data gir grunnlag for å si om seksuell tiltrekning og identitet henger sammen med svekket psykisk helse. Disse indeksene gir på ingen måte noe uttømmende bilde av den psykiske helsen, men gir et bilde av symptomer (se tekstboks om indeksene).

Oftere symptomer på svekket psykisk helse

Resultater for den første indeksen, som vi har kalt PH5, viser at nesten en av tre heterofile har opplevd varige eller tilbakevendende plager (se figur 2). Det oppleves oftere av kvinner enn av menn. Personer som føler seksuell tiltrekning til samme kjønn, har oftere plager enn dem som bare er tiltrukket av motsatt kjønn, og homofile, lesbiske og bifile har oftere plager enn heterofile. En spesielt høy andel med plager finner vi blant bifile kvinner, men her er antallet observasjoner så lavt at vi ikke kan slå fast om dette er et sikkert utslag.

Den andre indeksen vi bruker til å måle nedsatt psykisk helse, er den såkalte Hopkins liste (se tekstboks). En gjennomsnittskår på over 1,75 ved bruk av denne indeksen tolkes som symptomer på angst og depresjon. Blant heterofile skårer en av ti over denne verdien (se figur 3). Dette betyr ikke nødvendigvis

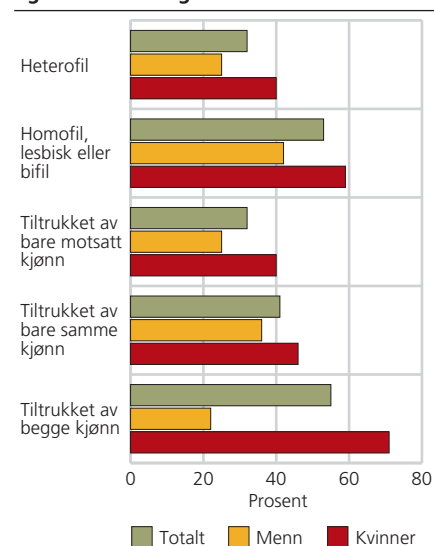
Psykisk helse – indekser

Indeksen PH5 er sammensatt av fem ulike spørsmål om varige eller tilbakevendende psykiske plager de siste tre månedene (regnet fra intervju tidspunktet). Plagene som inngår, er: 1) nedstemt eller deprimert, 2) irritabel eller aggressiv, 3) konsentrasjonsvansker, 4) søvnproblemer og 5) trett eller slapp.

Hopkins liste

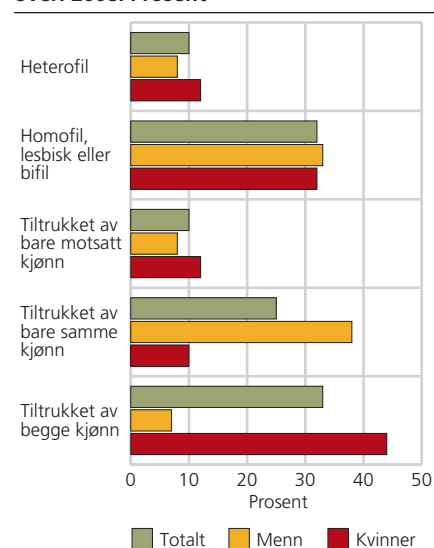
Hopkins liste (Hopkins Symptoms Checklist - HSCL-25) er et velkjent og mye brukt screeninginstrument utviklet på Johns Hopkins University på 1950-tallet. Den omfatter en symptomliste med 25 spørsmål som måler symptomer på angst og depresjon. Skalaen for hvert av spørsmålene inkluderer fire svarkategorier: ikke plaget = 1, litt plaget = 2, ganske mye plaget = 3 og veldig mye plaget = 4. Totalsummen er gjennomsnittsscoren på alle de 25 spørsmålene. Her ser vi på andeler med totalsum på 1,75 eller mer. I mange tilfeller er det vist at totalsummen korrelerer sterkt med en alvorlig følelsesmessig lidelse med en uspesifisert diagnose. (Jensen og Hedum 2007)

Figur 2. Andel med varige og tilbakevendende symptomer på psykiske plager de siste tre månedene, etter seksuell identitet og tiltrekning. Kvinner og menn 16 år og over. 2008. Prosent



Kilde: Levekårsundersøkelsen 2008, Statistisk sentralbyrå.

Figur 3. Andel med HSCL¹ over 1,75 i gjennomsnitt, etter seksuell identitet og tiltrekning. Kvinner og menn 16 år og over. 2008. Prosent



¹ For nærmere forklaring av HSCL, se tekstboks om Hopkins liste.

Kilde: Levekårsundersøkelsen 2008, Statistisk sentralbyrå.

at en av ti har psykiske problemer, men de har altså symptomer som er forbundet med psykiske problemer. Blant de ikke-heterofile skårer en av tre over grenseverdien. Det kan se ut til at lesbiske avviker fra mønsteret ved å sjelden skåre over 1,75, men igjen gjør det lave antallet observasjoner at vi ikke kan fastslå dette med sikkerhet.

Sikre sammenhenger mellom identitet og symptomer

Vi har også her foretatt multivariate analyser for å se om det er sikre sammenhenger mellom seksuell tiltrekning og psykisk helse. Det samme har vi gjort for seksuell identitet. I analysen har vi kontrollert for kjønn, alder og utdanning for å se hvilke forhold som øker eller minker sannsynligheten for å rapportere minst ett symptom i PH5 eller over 1,75 på Hopkins liste.



Analysen for PH5 viser at de som er tiltrukket av begge kjønn, har større fare for å oppleve minst ett symptom enn de som kun er tiltrukket av motsatt kjønn (referansegruppen). Slår vi sammen homofile, lesbiske og bifile til en gruppe, finner vi også at denne gruppen har en betydelig høyere risiko for å oppleve minst ett av symptomene sammenlignet med heterofile (referansegruppen). Det betyr at selv når vi kontrollerer for effekten av kjønn, alder og utdanning, ser det ut til at ikke-heterofile likevel har svekket psykisk helse målt ved PH5.

Samme type multivariate analyser basert på Hopkins liste over symptomer viser noe av det samme. Personer som er tiltrukket av enten bare av samme eller av begge kjønn, har større sannsynlighet for å skåre over grenseverdien på 1,75 sammenlignet med dem som er tiltrukket bare av motsatt kjønn. Tilsvarende finner vi når vi bruker seksuell identitet som analysevariabel.

Homofile, lesbiske og bifile har en betydelig større risiko for psykiske symptomer sammenlignet med heterofile.

På bakgrunn av disse analysene av psykisk helse fra levekårsundersøkelser kan vi slå fast at ikke-heterofile har økt fare for å ha symptomer på svekket psykisk helse sammenlignet med heterofile. Våre funn er dermed i tråd med funn fra forskning som vi tidligere har referert til.

Vold, trusler og uro for vold

I Sverige rapporterte en av fem ikke-heterofile menn at de hadde vært utsatt for vold de siste tolv månedene (Statens Folkhälsoinstitut 2005). Dette er fire ganger høyere andel enn blant andre menn. I tillegg til en økt utsatthet for vold viser svenske data også at homo- og biseksuelle er mer engstelige for å bli utsatt for vold enn andre.

I norsk forskning har man funnet at lesbiske kvinner er noe mer utsatt for vold enn kvinner generelt, mens man til forskjell fra de svenske funnene ikke har funnet forskjeller mellom heterofile og homofile menn. Ser vi på *trusler* om vold, blir bildet mer negativt for homofile og lesbiske. Det fremheves at spesielt unge homofile menn er mer utsatt for trusler om vold enn befolkningen generelt (Hegna mfl. 1999).

I levekårsundersøkelsen i 2008 ble det stilt tre spørsmål om vold, trusler og frykt for vold. Alle disse tre fenomenene er relativt sjeldne. Knapt 3 prosent

av befolkningen rapporterer at de har vært utsatt for vold de siste tolv månedene, og det er noe vanligere blant menn enn blant kvinner.

Trusler om vold forekommer noe oftere, knapt 4 prosent av befolkningen har vært utsatt, og i motsetning til vold er kvinner noe mer utsatt enn menn. Vold og trusler kan føre til frykt og uro hos flere enn de som faktisk er utsatt. Derfor er det naturlig at enda flere enn bare de utsatte opplever å være urolig for vold når man går alene på stedet man bor. Totalt 7 prosent av befolkningen over 16 år rapporterer at de er svært eller noe urolige for å bli utsatt for vold, og igjen er andelen høyere blant kvinner enn blant menn – drøyt en av ti kvinner er redde for vold.

Ingen sammenheng mellom vold og seksuell identitet

Ser vi på gruppen homofile, lesbiske og bifile samlet, finner vi en høyere forekomst av både utsatthet for vold, trusler om vold og frykt for vold sammenlignet med heterofile. Vi finner også at dette rammer lesbiske kvinner i høyere grad enn homofile menn. Men – å se på slike enkle sammenhenger gir lite i og med at vi har så få observasjoner i de ulike gruppene. Vi kan derfor ikke si om noen av disse forskjellene er sikre.

Igjen har vi derfor tydd til multivariate analyser. I tillegg til seksuell tiltrekning og identitet har vi brukt kjønn, alder, bosted, aleneboende og utdanning som mulige årsaksvariabler. I våre multivariate analyser finner vi ingen sikker sammenheng mellom utsatthet for vold, trusler eller uro for vold og seksuell identitet eller seksuell tiltrekning. Det eneste lille unntaket er personer som ikke har kunnet, eller ikke har ønsket å plassere seg i en kategori for seksuell identitet, og dermed blir kalt usikre – der finner vi en viss sammenheng med frykt for vold.

Oftere diskriminering, men mange årsaker

Diskriminering av homofile og lesbiske har vært og er en sentral del av den offentlige debatten de siste årene, og det er interessant for levkårsstudier. Diskriminering er imidlertid vanskelig å måle. Så lenge vi baserer oss på intervju, må vi stole på en subjektiv opplevelse av situasjonen. Hvorvidt dette ville kvalifisere til diskriminering i juridisk forstand, er et helt annet spørsmål (Tronstad 2009).

I levkårsundersøkelsen i 2008 ble det stilt spørsmål om opplevd diskriminering med flere alternative årsaker.

En av de mulige årsakene var seksuell identitet, og det er kanskje litt overraskende at bare i underkant av 6 prosent av alle homofile, lesbiske og bifile har opplevd slik diskriminering. Det er spesielt homofile og lesbiske som opplever diskriminering, og ikke bifile.

I Sverige rapporterer også homo- og biseksuelle at de oftere opplever krenkende behandling enn andre (Statens Folkhälsoinstitut 2005). For å utfylle bildet noe har vi derfor også sett



på andre former for diskriminering i tillegg (kjønn, alder, helse, funksjonshemming, etnisk tilhørighet, religion og annet). Vi ser da at forskjellen mellom heterofile og andre faktisk er større enn når vi kun så på diskriminering på grunn av seksuell identitet. Dette kan tyde på at homofile, lesbiske og bifile opplever større grad av diskriminering uten at årsaken så lett lar seg identifisere. Når vi samler alle former for diskriminering, forskyver dessuten forskjellene seg noe innad i den ikke-heterofile gruppen. Bifile er nå også relativt utsatt, på linje med homofile. Lesbiske er likevel mest utsatt.

Mange homofile røykere

Både i offentlig debatt og forskning på området har det vært en viss oppmerksomhet rundt det vi kan kalle livsstil og levevaner blant homofile og lesbiske. Både norsk og svensk forskning har tidligere funnet at det finnes en større andel med risikokonsum av alkohol blant homo- og biseksuelle enn i befolkningen for øvrig (Hegna mfl. 1999, Moseng 2005, Statens Folkhälsoinstitut 2005). Men i tillegg finner man en større andel som er totalt avholdende.

Også når det gjelder narkotiske stoffer, viser den samme forskningen at bruk er vanligere blant homo- og biseksuelle enn i befolkningen ellers. I Sverige er det også vanligere å røyke daglig blant homo- og biseksuelle, men det er mindre vanlig å snuse sammenlignet med befolkningen for øvrig. Ved hjelp av levekårsundersøkelsen fra 2008 kan vi se om vi finner de samme trekkene.

I løpet av de siste tiårene har andelen dagligrøykere i den norske befolkningen vært jevnt fallende. I 2008 svarte 22 prosent at de røykte daglig. Blant ikke-heterofile er andelen høyere, 37 prosent. Det er spesielt homofile, altså menn, som bidrar til å trekke denne andelen opp siden halvparten av alle homofile i vårt utvalg røyker daglig. Når vi i tillegg kontrollerer for kjønn, alder og utdanning, har homofile signifikant høyere risiko for å være dagligrøykere enn heterofile. Dette gjelder ikke for lesbiske og bifile.

Snusing er ikke like vanlig som røyking, drøyt en av ti voksne bruker snus daglig eller av og til. Blant homofile, lesbiske og bifile er andelen høyere, og det er spesielt blant lesbiske vi finner mange snusere. Nå er vi imidlertid usikre på om det er noe årsaksforhold her, eller om det er andre forhold som ligger bak. I en multivariat analyse finner vi ingen sammenheng mellom seksuell identitet og snusing. Veldig forenklet kan vi si at det å være ung mann med lav utdanning er det som har sammenheng med bruk av snus.

Resultater for alkohol og narkotika

Den omtalte spredningen i form av avholdenhet eller risikokonsum av alkoholbruk som tidligere forskning har påpekt, finner vi ingen sikker støtte for i levekårsundersøkelsen. 13 prosent av de heterofile har ikke drukket alkohol de siste tolv månedene. Vi finner ingen homofile som ikke har drukket, mens andelen «avholdende» er noe høyere blant lesbiske og bifile sammenlignet med befolkningen ellers. Homofile og bifile skiller seg også ut når det gjelder å være ofte beruset.



Når det gjelder narkotiske stoffer, er det først og fremst de som er tiltrukket av begge kjønn, og/eller er bifile i identitet, som skiller seg ut. De har oftere brukt hasj, marihuana eller narkotika de siste tolv månedene, og de har også oftere prøvd narkotika en eller annen gang. Også personer tiltrukket av samme kjønn og homofile skiller seg noe ut, men ikke så mye.

Men også for bruk av alkohol og narkotika kan det ligge andre årsaker bak. Alder, kjønn, utdanning og bosted kan være forhold som forklarer disse variasjonene i større grad. I multivariate analyser finner vi bare sikkert utslag i form av at personer som er tiltrukket av begge kjønn, drikker noe mer enn referansegruppen (tiltrukket kun av motsatt kjønn), ellers er ikke resultatene for variasjoner i bruk av rusmidler sikre nok til at vi kan trekke noen slutninger på dette området. De variasjonene vi har funnet, må derfor bare ses på som indikasjoner og spore til videre forskning.

Mye usikkerhet, men det er helseforskjeller

For første gang har Statistisk sentralbyrå i 2008 stilt spørsmål om seksuell tiltrekning og identitet i den faste levekårsundersøkelsen. Annen forskning, både nasjonalt og internasjonalt, har vist at det sannsynligvis er en sammenheng mellom seksuell identitet og sentrale levekårsområder. Vårt formål var å se om vi kunne finne slike sammenhenger i en representativ befolkningsundersøkelse. Resultatene viser at det kan være vanskelig å påvise dette – først og fremst på grunn av at andelen personer som svarte at de var tiltrukket av samme kjønn eller begge kjønn, er bare 1,8 prosent, og andelen homofile, lesbiske eller bifile er bare 1,2 prosent. I en utvalgsundersøkelse gir dette da få personer i de ulike gruppene, hvilket igjen gjør det vanskelig å finne statistisk sikre forskjeller og sammenhenger.

Vi har likevel kunnet påvise at tiltrekning til samme kjønn øker faren for svekket helse. De sterkeste sammenhengene fant vi for psykisk helse, der både tiltrekning til samme kjønn og ikke-heterofil identitet gir en økt fare for symptomer på svekket psykisk helse.

Vi har også sett på områder som utsatthet for vold og trusler, samt diskriminering. Her finner vi høyere andeler utsatte blant homofile, bifile og lesbiske, men kan ikke si hvorvidt dette er sikre sammenhenger eller ikke. Også for bruk av ulike rusmidler er sammenhengene usikre, men vi finner en nokså klar sammenheng som tilsier en høyere andel røykere blant homofile menn.

Referanser

Gulløy, Elisabeth, Gustav Haraldsen og Tor Morten Normann (2009): *Kartlegging av seksuell identitet i Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse. Dokumentasjon av bakgrunn og utvikling av spørsmål*, Notater 2009/22, Statistisk sentralbyrå.

Jensen, Arne og Andreas Hedum (2007): «Marginalisert ungdom og helse – dårligere helse, mer usunne levevaner», Kap 5 i Normann, T.M (red.) *Ungdoms levekår*, Statistiske Analyser 93/2007, Statistisk sentralbyrå.

Hegna, Kristinn, Hans W. Kristiansen og Bera Ulstein Moseng (1999): *Levekår og livskvalitet blant lesbiske kvinner og homofile menn*. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, NOVA, Rapport 1/1999.

Moseng, Bera Ulstein (2002): *Lesbiskes psykiske helse*. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, NOVA, Rapport 4/2002.

Moseng, Bera Ulstein (2005): *Skeive dager 2003 – en rusundersøkelse*. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, NOVA, Rapport 3/2005.

Normann, Tor Morten og Elisabeth Gulløy (2010): *Seksuell identitet og levekår. Evaluering av levekårsrelevans og datafangst*, Rapporter 13/2010, Statistisk sentralbyrå.

Ringdal, Kristen (2001): *Enheter og mangfold. Samfunnsvitenskapelig metode og kvantitativ metode*, Fagbokforlaget, Bergen.

Tronstad, Kristian Rose (2009): *Opplevd diskriminering blant innvandrere med bakgrunn fra ti ulike land*, Rapporter 2009/47, Statistisk sentralbyrå.

Statens Folkhälsoinstitut (2005): *Homosexuellas, bisexuellas och transpersoners hälsosituation. Återrapportering av regeringsuppdrag att undersöka och analysera hälsosituationen blant hbt-personer*, Statens Folkhälsoinstitut, Rapport nr. A 2005/19.

Wilhelmsen, Marit (2009): *Samordnet levekårsundersøkelse 2008 – Tverrsnittsundersøkelsen. Dokumentasjonsrapport*. Notater 2009/40, Statistisk sentralbyrå.