

Homosexuellas, bisexuellas och transpersoners hälsosituation

Återrapportering av regeringsuppdrag att undersöka och analysera hälsosituationen bland hbt-personer



STATENS
FOLKHÄLSOINSTITUT

www.fhi.se
Rapport nr A 2005:19

Innehåll

1. SAMMANFATTNING.....	5
2. UPPDRAGET	8
2.1 Regeringens direktiv	8
2.2 Uppdragets genomförande	8
2.3 Åtterrapporerings disposition	10
3. INLEDNING.....	12
4. HÄLSA OCH LIVSVILLKOR BLAND HBT-PERSONER - EN SAMMANFATTNING AV DEN NATIONELLA FOLKHÄLSOENKÄTEN OCH WEBBENKÄTEN	16
4.1 Inledning.....	16
4.2 Resultat.....	18
4.2.1 Allmänt hälsotillstånd	18
4.2.2 Psykisk hälsa	20
4.2.3 Fysisk hälsa	22
4.2.4 Vårdkontakter	23
4.2.5 Levnadsvanor.....	24
4.2.6 Utsatthet	28
4.2.7 Social förankring	32
4.2.8 Öppenhet	36
5. SAMMANFATTANDE SLUTSATSER	38
5.1 Sammanfattning av kunskapsläget	38
5.2 Slutsatser.....	48
6. FÖRSLAG TILL ÅTGÄRDER.....	51
6.1 Förslag till regeringen, berörda myndigheter och organisationer	51
6.2 Rekommendationer till landsting/regioner och kommuner	55
 <i>Bilagor</i>	
<i>Bilaga 1. Förklaring av begrepp</i>	
<i>Bilaga 2. FHI-rapporten Hälsa på lika villkor? -Hälsa och livsvillkor bland hbt-personer</i>	
<i>Bilaga 3. Sammanställning av kunskap från FHI:s underlagsrapporter m.m.</i>	
<i>Bilaga 4. FHI:s underlagsrapporter</i>	
<i>Bilaga 5. RFSL:s förslag till åtgärder</i>	
<i>Bilaga 6. Sammanställning av rättsligt skydd för hbt-personer</i>	
<i>Bilaga 7. Diskussionsunderlag för fortsatt utredning om kompetenscentrum för hbt- frågor</i>	
<i>Bilaga 8. Medlemmar i den externa referensgruppen</i>	

1. Sammanfattning

Hbt-personer har betydligt sämre psykisk hälsa än övriga befolkningen

Statens folkhälsoinstitut har haft regeringens uppdrag att undersöka hälsan bland homo- och bisexuella samt transpersoner (hbt-personer) och komma med förslag till åtgärder för att den skall kunna förbättras. I detta syfte har FHI genomfört en nationell folkhälsoenkät och en webbenkät för att beskriva den självrapporterade hälsan och göra jämförelser med den övriga befolkningen.

Folkhälsoenkäten visade att det var lika vanligt bland homo- och/eller bisexuella män att ha ett bra hälsotillstånd som bland män i övriga befolkningen. Bland kvinnor fanns däremot stora skillnader. Bra hälsotillstånd var betydligt vanligare bland kvinnor i övriga befolkningen (72 procent) än bland homo- och/eller bisexuella kvinnor (60 procent). Det var framförallt homo- och/eller bisexuella kvinnor i åldrarna 45-64 år som hade ett dåligt allmänt hälsotillstånd i större utsträckning än kvinnor i övriga befolkningen.

Det som är oroande i de jämförelser som gjorts är att den *psykiska ohälsan* var betydligt mer utbredd bland homo- och/eller bisexuella personer än i den övriga befolkningen. Psykisk ohälsa i form av nedsatt psykiskt välbefinnande var dubbelt så vanligt bland homo- och/eller bisexuella personer som i övriga befolkningen. Psykisk ohälsa mätt som svåra besvär av ångslan, oro eller ångest visade sig dessutom vara betydligt vanligare bland homo- och/eller bisexuella personer än i övriga befolkningen, särskilt bland homo- och/eller bisexuella kvinnor i åldrarna 16-29 år. Även transpersoner, speciellt i de yngre åldrarna, uppgav ett sämre psykiskt välbefinnande än exempelvis homosexuella personer.

Även när det gäller *självordsförsök* visade undersökningen att skillnaderna var mycket stora mellan homo- och/eller bisexuella personer och den övriga befolkningen. Självordsförsök var dubbelt så vanliga bland homo- och/eller bisexuella personer jämfört med övriga befolkningen. Att någon gång övervägt eller att ha försökt ta sitt liv var särskilt vanligt bland unga homo- och/eller bisexuella personer mellan 16-29 år. Hälften av de tillfrågade transpersonerna hade någon gång övervägt att ta sitt liv.

När det gäller jämförelser i levnadsvanor mellan homo- och/eller bisexuella personer och övrig befolkning visade undersökningsresultaten att det var vanligare med *tobaksrökning* bland homo- och/eller bisexuella personer, framför allt män, än i övriga befolkningen. Bland homo- och/eller bisexuella personer fanns en större andel som inte konsumerade *alkohol* alls, samtidigt som det fanns en större andel som var riskkonsument av alkohol än i den övriga befolkningen, i synnerhet bland unga homo- och/eller bisexuella kvinnor. Att använda *cannabis* var dessutom betydligt vanligare bland framför allt unga homo- och/eller bisexuella personer än i den övriga befolkningen. Ett ökat riskbeteende inom levnadsvaneområdet kan sannolikt bidra till en ökad psykisk ohälsa bland hbt-personerna, samtidigt som psykisk ohälsa i sin tur kan medföra ett ökat riskbeteende.

Utsatthet för kränkande behandling eller bemötande, hot om våld, våld, otrygghet, avsaknad av emotionellt stöd, brist på tillit till andra människor var också betydligt vanligare bland homo- och/eller bisexuella personer än i den övriga befolkningen. Även *utsatthet för diskriminering och våld, trakasserier* på grund av sexuell läggning eller könsidentitet/könsuttryck var vanligt förekommande bland hbt-personer. Eftersom diskriminering är en bestämningssfaktor för hälsa är det sannolikt att diskriminering, liksom även andra former av utsatthet, bidrar till den psykiska ohälsan hos hbt-personer. En viktig bakomliggande orsak till såväl diskriminering som kränkningar är det som kallas heteronormativitet, det vill säga föreställningen att heterosexualiteten ses som den önskvärda normen och att andra former av sexualitet ses som något avvikande.

Sammanfattningsvis kan konstateras att det enligt resultaten ovan råder en tydlig ojämlikhet i hälsa mellan hbt-personer och den övriga befolkningen, och att denna ojämlikhet är mest markant när det gäller den psykiska ohälsan. Även bland hbt-personer, liksom i den övriga befolkningen, finns inom de flesta hälsoområdena stora skillnader inom respektive grupp avseende exempelvis ålder, kön, utbildningsnivå samt geografiska skillnader (se bilaga 2, FHI:s rapport Hälsa på lika villkor? – hälsa och livsvillkor bland hbt-personer).

Förslag till åtgärder för att förbättra hälsosituationen hos hbt-personer

För att kunna förbättra hälsan hos hbt-personer krävs ett flertal olika åtgärder från samhällets sida med den övergripande målsättningen att minska diskrimineringen och dess yttringar. Statens folkhälsoinstitut anser det angeläget att

- myndigheter och organisationer bedriver ett aktivt arbete mot diskriminering av hbt-personer i sin externa verksamhet mot kunder/brukare
- Ombudsmannen mot diskriminering på grund av sexuell läggning (HomO) får förbättrade möjligheter att på bred front arbeta mot diskriminering och homofobi i samhället
- myndigheter och organisationer i sitt antidiskrimineringsarbete integrerar frågor om heteronormativitet och samverkar för att aktivt bidra till en kunskapsöverföring på hbt-området
- regeringen tillsätter en expertgrupp för hbt-frågor bestående av forskare från olika discipliner och andra sakkunniga
- medel tillförs Vetenskapsrådet eller Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS) och öronmärks för tvärvetenskaplig forskning kring hbt-personer hälsoproblematik
- Statistiska centralbyrån (SCB) i samverkan med projektet Diskriminering och hälsa genomför en validering av frågan om sexuell läggning och frågan om könsuttryck. En målsättning är att frågorna på sikt inkluderas i olika hälso-och befolkningsundersökningar

- hbt-personers hälsosituation särskilt beaktas vid implementeringen av Socialstyrelsens och Statens folkhälsoinstituts handlingsplaner för självmordsprevention.

Därutöver rekommenderar Statens folkhälsoinstitut landsting/regioner och kommuner att

- uppmärksamma behovet av att personal främst inom hälso- och sjukvård och socialtjänst utbildas i ett icke-heteronormativt bemötande för att motverka ett kränkande bemötande och ett sämre omhändertagande. Utbildningsbehov kan även finnas bland personal som kommer i kontakt med ungdomar inom elevhälsa, på ungdomsmottagningar och inom barn- och ungdomspsykiatri
- huvudmännen för skolhälsovården (elevhälsan), ungdomsmottagningar, barn- och ungdomspsykiatri uppmärksammar det angelägna i att alla ungdomar har samma möjligheter att få sina behov tillgodosedda. Det ligger på huvudmännens ansvar att tillgodose en god och jämn resurstilldelning till verksamheterna, att personalen vid mottagningarna har adekvat kunskap i att möta hbt-ungdomar, att det finns tillgång till kontinuerlig fortbildning och att utvärderingar görs och kvaliteten säkras
- kommunerna uppmärksammar behovet av familjerådgivningar som har kompetens att stödja hbt-personer samt behovet av stöd till föräldrar med hbt-ungdomar
- uppmärksamma behovet av att ett hbt-perspektiv integreras i skolmiljön och i skolundervisningen och behovet av fortbildning av skolpersonal i hbt-frågor
- uppmärksamma behovet av ett brett samhällsinriktat preventionsarbete på alkohol- och drogområdet där ett hbt-perspektiv ingår. Det är också av stor vikt att det finns tillgång till alkohol- och drogfria mötesplatser för hbt-personer
- landsting och regioner uppmärksammar det behov som homo- och bisexuella kvinnor samt män som har sex med män har, av specialmottagningar för sin hälsa eller andra resurser som är anpassade till deras behov. Mottagningar av denna typ kan utgöra viktiga resurser för kunskapsuppbyggnad och kunskapsöverföring av hbt-frågor.

2. Uppdraget

2.1 Regeringens direktiv

Statens folkhälsoinstitut (FHI) fick i november 2003 regeringens uppdrag att undersöka och analysera hälsosituationen för homosexuella, bisexuella och transpersoner (hbt-personer). Uppdraget hade föregåtts av ett tidigare regeringsuppdrag på området, vilket FHI avrapporterade som en delrapport i maj 2003. Den innehöll en plan för genomförande av det nuvarande uppdraget med en omfattande undersökning av homo- och bisexuella samt transpersoners hälsa med särskild belysning av ungdomars situation.

I det nuvarande uppdraget ingick att lämna förslag till åtgärder som kan förbättra hälsosituationen för hbt-personer. Genomförandet skulle ske med utgångspunkt i den tidigare nämnda delrapportens förslag. Uppdraget skulle även genomföras i enlighet med intentionerna i propositionen Mål för folkhälsan om indikatorer för folkhälsans bestämningsfaktorer. I genomförandet av uppdraget skulle skillnader i livsvillkor mellan kvinnor och män/flickor och pojkar samt mellan olika socioekonomiska grupper, mellan olika etniska grupper och mellan åldersgrupper belysas och analyseras.

Uppdraget skulle genomföras i samråd med Socialstyrelsen, Arbetslivsinstitutet, Ombudsmannen mot diskriminering på grund av sexuell läggning (HomO), Jämställdhetsombudsmannen (JämO), Ungdomsstyrelsen, Integrationsverket, Riksförbundet för Sexuellt Likaberättigande (RFSL) och RFSL Ungdom.

2.2 Uppdragets genomförande

Uppdraget har genomförts av en arbetsgrupp inom FHI och i nära samarbete med en referensgrupp bestående av företrädare för Socialstyrelsen, Arbetslivsinstitutet, Ombudsmannen mot diskriminering på grund av sexuell läggning (HomO), Jämställdhetsombudsmannen (JämO), Ungdomsstyrelsen, Integrationsverket, Riksförbundet för Sexuellt Likaberättigande (RFSL) och RFSL Ungdom. Därutöver har ett antal forskare med hbt-kompetens ingått i referensgruppen.

Återrapporteringen av regeringsuppdraget bygger huvudsakligen på två undersökningar genomförda av FHI, den nationella folkhälsoenkäten och en internetbaserad webbenkät. Resultaten från båda undersökningarna speglar hbt-personers självskattade hälsa och livsvillkor, men är på grund av olika metoder och urval inte jämförbara.

Den nationella folkhälsoenkäten

Undersökningen genomfördes 2005 i samarbete med landsting/regioner och med hjälp av Statistiska centralbyrån. Den nationella folkhälsoenkäten innehåller ett 70-tal frågor om framför allt fysisk och psykisk hälsa, vårdkontakter, levnadsvanor, arbete, trygghet och sociala relationer. I undersökningen år 2005 inkluderades för första gången en fråga om sexuell läggning, vilket gjorde det möjligt att jämföra homo- och/eller bisexuella kvinnor och mäns livsvillkor med den övriga befolkningen. Under våren 2005 skickades enkäten ut till sammanlagt 64 000 slumpvis utvalda personer i åldrarna 16–84 år och svarsfrekvensen var 63 procent, cirka 40 000 personer. Knappt 2 procent definierade sig som inte enbart heterosexuella. Bland dessa 2 procent återfanns endast ett fåtal personer i åldersgruppen 65 år och äldre, varför denna grupp exkluderades ur den statistiska analysen. Se vidare avsnitt 4 och för en utförlig beskrivning se bilaga 2 rapporten Hälsa på lika villkor? – hälsa och livsvillkor bland hbt-personer.

Den Internetbaserade webbenkäten

Då gruppen transpersoner inte kunde undersökas genom den nationella folkhälsoenkäten utarbetades en specifik webbenkät riktad till transpersoner samt till homo- och bisexuella. Enkäten fanns under april och maj 2005 tillgänglig på webbplatser som besöks av målgrupperna. I webbenkäten ställdes samma frågor om hälsa, levnadsvanor och sociala relationer som i den generella befolkningsenkäten samt en mängd specifikt riktade frågor till homo- och bisexuella respektive transpersoner såsom frågor om trakasserier, diskriminering och öppenhet. Totalt inkom 3 774 svar. Efter det att svaren rensats från oseriösa svar, dubletter och personer som endast svarat på en enda fråga i formuläret återstod 3 653 svar. I webbenkäten hade 3 014 personer besvarat frågan om sexuell läggning. Dessutom hade 374 personer uppgett att de var transpersoner. Totalt bestod materialet av 3 388 personer, 37 procent kvinnor och 63 procent män. Ett fåtal, 19 personer, hade inte uppgett något biologiskt kön (varav 8 var transpersoner). Se vidare avsnitt 4 samt för en utförlig redovisning se bilaga 2 rapporten Hälsa på lika villkor? – hälsa och livsvillkor bland hbt-personer, se bilaga 2.

Övriga undersökningar

I syfte att fullfölja regeringsuppdraget och för att komplettera FHI:s egna undersökningar gjordes följande studier och rapporteringar:

1. Intervjuundersökning/pilotstudie av homo- och bisexuella ungdomars psykiska hälsa, Hans Hanner
2. Homo-, bi- och transsexuella ungdomar – förslag till åtgärder för att förbättra den psykiska, fysiska och sociala hälsan, sammanfattning, Maria Sekora
3. Hälsa hos äldre homo- och bisexuella. Två fokusgrupper, Håkan Sandberg
4. En kunskapsöversikt om transpersoner, sammanfattning, Sam Larsson, John Lilja och Björn Fossum
5. Intersexualism – en introduktion, Viktoria Tauson
6. Lesbisk hälsa, Lena Moegelin
7. Hälsoläget bland män som har sex med män, Lars E. Eriksson och Torsten Berglund.

Studierna behandlas som en del av utredningens underlagsmaterial, där författarna själva ansvarar för innehållet i rapporterna. Rapporterna redovisas i bilaga 4. Därutöver har Gunnar Fahlberg, f.d. chefsjurist på Socialstyrelsen, haft i uppdrag att se över det rättsliga läget för hbt-personer samt tagit fram ett diskussionsunderlag för fortsatt utredning om ett kompetenscentrum för hbt-frågor. Dessa underlag redovisas i bilaga 6 och 7.

Rapporterna 1 och 2 belyser hbt-ungdomars situation. Undersökningarna presenteras på grund av sitt omfång i form av författarnas sammanfattningar. Rapport 3 beställdes i form av ett uppdrag i syfte att belysa äldre hbt-personers hälsa. Rapport 4 utgörs av en sammanfattning av en kunskapsöversikt om transpersoner och deras hälsosituation. Hela kunskapsöversikten kommer att presenteras under våren 2006 i form av en monografi. Rapport 5 är en promemoria och kort introduktion till gruppen intersexuella. I utredningen har det dock inte varit möjligt att närmare analysera intersexualism. Rapporterna 6 och 7 diskuterar den sexuella hälsan hos homo- och bisexuella kvinnor samt hos män som har sex med män.

Hbt-uppdragets begränsningar

Som framgår har FHI inte haft resurser att genomföra någon systematisk kunskapsöversikt över hela området. I stället har några av underlagsrapporterna och deras referenser utgjort den kunskapsbas som FHI:s egna undersökningar speglas mot i den mån det varit möjligt.

FHI:s folkhälsoenkät utgör den första studie där det är möjligt att jämföra hälsotillstånd och levnadsvanor bland hbt-personer och den övriga befolkningen. Andelen som definierade sig som homosexuella eller bisexuella är dock endast 0,7 procent respektive 0,8 procent. Det finns sannolikt ett betydande mörkertal. Detta har medfört att vissa variabler, såsom socioekonomisk grupp och etnicitet, inte kunnat analyseras och att homo- och bisexuella kvinnor och män är otillräckligt belysta, liksom även grupperna äldre, bisexuella och invandrare. Transpersoner har i webbenkäten inte kunnat differentieras i undergrupper. Intersexuella har inte varit föremål för någon undersökning, utan har enbart beskrivits kortfattat i ovan nämnda promemoria.

Hbt-återrapporeringen har dock gett värdefull kunskap om de stora hälsoskillnader som finns mellan hbt-personer och övrig befolkning och kan betraktas som ett första steg mot fördjupad kunskap på området.

2.3 Återrapporeringens disposition

Återrapporeringen består av en huvudrapport och 7 bilagor. I *huvudrapporten* redovisas främst resultaten från FHI:s nationella folkhälsoenkät och den internetbaserade webbenkäten. Slutsatser om hbt-personers hälsosituation dras väsentligen från dessa undersökningar och i viss mån från underlagsrapporterna och tidigare forskning. Huvudrapporten avslutas med FHI:s förslag till åtgärder. Utöver huvudrapporten väljer FHI att bifoga 7 bilagor. Dessa är:

- Bilaga 1.* Förklaring av begrepp inom hbt-området
- Bilaga 2.* FHI-rapporten Hälsa på lika villkor? – hälsa och livsvillkor bland hbt-personer, redovisning av resultat från den nationella folkhälsoenkäten och webbenkäten
- Bilaga 3.* Sammanställning av kunskap från FHI:s underlagsrapporter m.m.
- Bilaga 4.* FHI:s underlagsrapporter
- Bilaga 5.* RFSL:s förslag till åtgärder
- Bilaga 6.* Sammanställning av rättsligt skydd för hbt-personer
- Bilaga 7.* Diskussionsunderlag för fortsatt utredning om kompetenscentrum för hbt-frågor
- Bilaga 8.* Medlemmar i den externa referensgruppen

3. Inledning

Sexualitet och könsidentitet

Sexualitet är ett komplext begrepp och den strikta tudelningen i hetero- och homosexualitet beskriver förmodligen snarare kulturella normer än människors egentliga sexuella preferenser och erfarenheter. Homo- och bisexuella personers identiteter relaterar till sexuell läggning medan transpersoners identiteter relaterar till könsuttryck eller könsidentitet. Med transpersoner avses främst transsexuella och transvestiter. Transsexuell är en person som är född i ett visst kön men som uppfattar sig som tillhörande det andra könet. Transvestit är en person som tillhör ett visst kön men som ständigt eller tillfälligt uppträder som tillhörande det andra könet. I Sverige har det utvecklats ett så kallat hbt-begrepp (hbt=homo/bi/trans) som kommit att bli den mest använda beteckningen inom icke-heterosexuell forskning och i officiella sammanhang (1).

Sexualitet är en sammansatt blandning av biologiska, psykologiska och sociala uttrycksformer och visar människors behov, könsidentitet, sexuella preferenser och livsstil i relationer till andra. Begreppet sexuell läggning definieras utifrån en individs känslomässiga relationer, erotiska fantasier och fysiska sexuella aktiviteter riktade mot det motsatta könet, samma kön eller båda könen. Sexuell läggning har inte med könsidentitet eller könsuttryck att göra. Begreppet könsidentitet avser i stället det kön/genus man själv väljer att identifiera sig med, dvs. självupplevt kön. De flesta väljer det kön/genus som de tilldelades vid födseln, men inte alla. Med könsuttryck avses en persons uttrycksmedel för ett visst socialt kön genom kroppsspråk, val av kläder, kosmetika, frisyr med mera. Könsidentitet och sexualitet är inte bara biologiskt bestämda mänskliga företeelser, utan också socialt konstruerade. Upplevelsen av att vara man och kvinna (eller ytterligare tänkbara köns kategorier), olika sexuella identiteter och sexuella preferenser, varierar inte bara mellan individer utan också historiskt sett över tid, mellan och inom samhällen.

Samkönad sexualitet är ett vidare begrepp än homosexuell/homosexualitet och skapar inte föreställningar om en given sexuell identitet. Att fantisera om, ha sex med eller ha känslor för någon av samma kön som man själv behöver inte nödvändigtvis betyda att en person känner sig/identifierar sig som homo- eller bisexuell. Sexuella handlingar behöver således inte indikera homo- eller bisexualitet, utan kan lika gärna vara en del av ett ”heterosexuellt” experimenterande, uppvaknande, en ren nyfikenhet eller kompensation (2).

Eftersom sexualitet och könsidentitet är komplexa begrepp är det också svårt att mäta antal personer som har en viss sexuell läggning eller könsidentitet. Det blir därför svårt att genomföra olika intervju- eller enkätundersökningar då det förmodligen finns ett mörkertal i statistiken. Det finns ett flertal undersökningar, bland annat om erfarenheter av sex med personer av samma kön och bisexuella erfarenheter bland ungdomar, vilka har visat på en stor spännvidd mellan resultaten. Detta beror delvis på olikheter i forskningsupplägg och olika

frågeformuleringar och definitioner. Därför är det svårt att dra några generella slutsatser. I institutets folkhälsoenkät uppgav knappt 2 procent att de definierade sig som inte enbart heterosexuella. De olika resultaten sammantaget antyder dock att andelen med personer som har samkönade sexuella erfarenheter har ökat de senaste åren (3), vilket kan vara logiskt med tanke på att diskussionen kring heteronormativitet samtidigt har ökat i samhället. Svårigheter med att få fram underlag om sexuell läggning och könsidentitet kan också bero på den rådande heteronormativiteten, vilket kan göra det svårt för personer att identifiera sig som homo- eller bisexuella personer eller transpersoner.

Heteronormativitet – heterosexualitet som norm

Normsystemet i samhället med heterosexualitet som det normgivande kan utgöra en grund för diskriminering av hbt-personer. Forskningsstudier tyder på att ett heteronormativt samhälle stigmatiserar avvikare och bidrar till olika former av homofobi, hatbrott, verbal och fysisk diskriminering (öppen och dold) samt trakasserier, vilka sammantaget har konstaterats utgöra psykosociala stressfaktorer för hbt-personer (4, 5). Heteronormativiteten utgår ifrån att heterosexualitet medvetet eller omedvetet tas för givet och ses som det enda rätta, naturliga och normala. Därmed följer att hbt-personer betraktas som avvikande och underordnade eftersom de heterosexuella är den dominerande gruppen i samhället. Heteronormativitet tar sig uttryck i samhällets alla miljöer – i arbetslivet, i skolan, i vardagliga samtal, inom sex- och samlevnadsundervisning, i bemötande inom socialtjänsten, hälso- och sjukvården med mera. Osynliggörande och tystnad är dessutom några av heteronormativitetens främsta kännetecken (6).

Det har under de senaste 10–15 åren skett stora förändringar i synen på och förutsättningarna för så kallade samkönade relationer bland främst ungdomar. Det som i dag verkar vara av stor betydelse är det känslomässiga engagemanget i en annan individ. I förlängningen skulle detta kunna innebära ett lösgörande från den heterosexuella normen där könstillhörigheten inte blir det avgörande för om ett känslomässigt engagemang uppstår (3). Samtidigt är det den traditionella könsindelningens olika förutsättningar och positioner som ger genomslag i de studier och i den forskning som i dag bedrivs.

I dagens mångkulturella miljöer där man framför allt studerat ungdomar har det visat sig att det bland dessa utvecklas särskilda förhållningssätt, normer och mönster. Genom de komplexa sammanhang som ungdomar i dag lever i blir ungdomar på så vis bärare av något helt nytt. I en studie visade det sig att det har skett en kraftig förändring de senaste åren i inställning till samkönad sexualitet hos yngre människor på så sätt att en majoritet bland unga män (cirka 60 procent) och en övervägande majoritet av unga kvinnor (cirka 90 procent) i åldrarna 16–24 år anser att det inte är onormalt att vara homosexuell (7). Det finns också forskningsresultat som visar på en tendens att samkönade sexuella erfarenheter har ökat under senare år bland ungdomar samtidigt som det skett en ökad diskussion kring heteronormativitet (3).

Diskriminering som bestämningsfaktor för hälsa

All form av diskriminering har sin utgångspunkt i rådande samhällsstrukturer oavsett om det är handlingar som begås av individer eller av institutioner. Diskriminering och trakasserier ska alltså inte ses som isolerade händelser, även om en individ kränker eller särbehandlar en annan utan sakliga motiv. Dessa samhällsstrukturer omfattar bland annat relationen mellan underordnade och dominerande grupper som kan utläsas genom sexuell läggning, kön, ålder, etnicitet, funktionshinder med mera. Strukturell diskriminering som har samband med sexuell läggning bygger i stora delar på en heteronormativ samhällsordning. I dag finns ett visst skydd mot diskriminering i antidiskrimineringslagstiftning, vilken delvis innefattar hbt-personer (se bilaga 6).

Individernas hälsa påverkas inte enbart av levnadsvanor och biologiska faktorer utan även av hur samhället är organiserat och strukturerat. Inom folkhälsopolitiken utgår man ifrån resonemang om hälsans bestämningsfaktorer, det vill säga de faktorer i samhällets organisation och människors livsvillkor samt levnadsvanor som sammantaget bidrar till hälsa eller ohälsa (8). Bestämningsfaktorer kan i sin tur delas in i risk-, frisk- och skyddsfaktorer. I dag finns ingen forskning som helt kunnat klarlägga vilka specifika bestämningsfaktorer som gäller för just hbt-personers hälsa, utan här diskuteras ofta hälsobegreppet utifrån ett riskfaktorperspektiv. Resonemang kring bestämningsfaktorer för hälsa bör självklart även vara en viktig utgångspunkt för diskussioner och analyser kring hbt-personers hälsa.

Diskrimineringen i samhället motverkar möjligheterna att uppnå det övergripande målet med den nationella folkhälsopolitiken, nämligen att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. De grupper i samhället som utsätts för diskriminering överensstämmer med de grupper som är mest eftersatta från hälsosynpunkt och diskrimineringen i sig har en negativ inverkan på människors hälsa. Inom folkhälsopolitikens målområde 1, Delaktighet och inflytande i samhället, är diskriminering en av bestämningsfaktorerna för hälsa och indikatorn för att kunna följa utvecklingen av bestämningsfaktorn är självupplevd diskriminering. Det finns i dag forskning som visar på ett samband mellan främst etnisk diskriminering och ohälsa. Diskrimineringens effekter kan därmed reducera vissa gruppers möjlighet till delaktighet och inflytande i samhället (8). Den diskriminering som utestänger individer från arbetsmarknaden och särbehandlar vissa är särskilt allvarlig då arbete för de allra flesta är en viktig grund för ett hälsosamt liv. I dag saknas mycket kunskap om hälsoeffekter av diskriminering på grund av sexuell läggning. Flera studier har dock kunnat visa att hbt-personer utsätts för diskriminering i samhällets olika miljöer och att detta innebär stora problem och främst ökad psykisk ohälsa hos den enskilde individen (9).

Då det finns stora kunskapsluckor avseende diskriminering, hälsa och sexuell läggning har i denna utredning endast kunnat identifieras ett antal olika riskfaktorer som i dagsläget är kända. Enligt det fåtal studier som finns om hbt-personers hälsa, verkar de strukturella bestämningsfaktorerna ha särskilt stor inverkan. Det är därför viktigt att försöka identifiera vilka av dessa som påverkar just hbt-personers hälsa, exempelvis arbetsmiljö och arbetsliv, utbildning,

bemötande inom socialtjänst, kommunal service, hälso- och sjukvård. Det är även angeläget att undersöka hur faktorerna hänger samman med specifika levnadsvanor. För att kunna klargöra vilka bestämningsfaktorer som påverkar hbt-personers hälsa krävs ytterligare forskning.

Sammanfattningsvis finns det ett behov av ett samlat grepp kring frågor rörande diskriminering på grund av sexuell läggning som förutsätter en ökad förståelse för hur olika strukturella normer samverkar och skapar olika former av ojämlikhet utifrån normativa uppfattningar om sexuell läggning. Ombudsmannen mot diskriminering på grund av sexuell läggning (HomO) menar att förståelsen av och analyserna kring strukturell diskriminering beror på den generella bristen på ett så kallade intersektionellt perspektiv, som innebär att analysera hur olika variabler, exempelvis sexuell läggning, ålder, kön och etnicitet, samvarierar. Det är dessutom viktigt att ytterligare studera uppkomsten av och orsakerna till diskriminering, för att på så sätt hitta lämpliga åtgärder inom hbt-området i syfte att minska diskrimineringen, öka hälsan och därmed minska ojämlikheten i hälsa i befolkningen.

Statens folkhälsoinstitut (FHI) bedriver tillsammans med Diskrimineringsombudsmannen (DO), Handikappombudsmannen (HO), Ombudsmannen mot diskriminering på grund av sexuell läggning (HomO) och Jämställdhetsombudsmannen (JämO) projektet Diskriminering och hälsa. Projektet som har samordnats av FHI har haft som syfte att inhämta kunskap och utveckla ett gemensamt förhållningssätt kring begreppet diskriminering. Dessutom har projektet påbörjat metodutveckling för att mäta diskriminering och klargöra vilka samband som finns mellan diskriminering och hälsa. En fortsättning av projektet, som i dag delfinansieras av EU, omfattar framtagande av kunskapsunderlag inom området diskriminering och hälsa, analys samt kompletterande studier som avslutas med en slutkonferens och rapport hösten 2007.

Det är viktigt att samhällets antidiskrimineringsarbete fortsätter med oförminskad kraft även framöver. Frivilligorganisationerna gör idag betydande insatser inom området och det är därför av stor vikt att dessa organisationer får de förutsättningar som krävs för att fortsätta detta viktiga arbete.

4. Hälsa och livsvillkor bland hbt-personer - En sammanfattning av den nationella folkhälsoenkäten och webbenkäten

4.1 Inledning

Det är svårt att undersöka hälsa och livsvillkor bland homosexuella, bisexuella och transpersoner med ett representativt urval. Vanligtvis utgörs urval i undersökningar med detta syfte av RFSL:s medlemmar, vilket dock inte är helt representativt för hbt-populationen. Ett sätt att tillnärmelsevis få ett representativt urval är att kunna urskilja dessa grupper i befolkningsundersökningar som görs på slumpmässiga urval.

Det krävs mycket stora urval för att få statistiskt jämförbara data för homo- och bisexuella i relation till övriga befolkningen. Nationella folkhälsoenkäten¹ gjorde det möjligt att kunna få ett någorlunda stort underlag. Vi bedömde att den kunskap som en befolkningsundersökning kunde ge var unik och viktig men inte tillräcklig för hbt-uppdraget. Därför ansåg vi att en undersökning riktad till hbt-populationen också behövdes. Denna motiverades framförallt av att vi inte kunde få kunskap om transpersoners levnadsförhållanden genom befolkningsenkäten.

Transpersoner är en population som är både svårdefinierad och svår att nå. Vi gjorde bedömningen att en webbenkät kunde vara en möjlig väg att nå dessa grupper. En webbenkät hade dessutom den fördelen att vi samtidigt kunde få med homo- och bisexuella i samma undersökning som transpersoner. Ytterligare en fördel med den riktade undersökningen var att vi skulle få ett större antal homo- och bisexuella som underlag för de statistiska analyserna. Detta kunde också möjliggöra fördjupade statistiska analyser av ungdomsgruppen, vilket var i enlighet med regeringsuppdraget.

Undersökningen genomfördes således dels genom en fråga om sexuell läggning i den nationella folkhälsoenkäten och dels genom en webbenkät riktad till hbt-personer. I detta kapitel kommer resultat från dessa två undersökningar att presenteras. En mer utförlig redovisning av resultaten finns i *Hälsa på lika villkor? – hälsa och livsvillkor bland hbt-personer*, bilaga 2.

Material

Då endast ett fåtal personer över 65 år uppgivit annan sexuell läggning än heterosexuell har vi valt att enbart analysera och presentera resultat gällande

¹ Undersökningen genomförs årligen av Statens folkhälsoinstitut och olika landsting/regioner i samarbete med Statistiska centralbyrån.

personer 16-64 år. Enligt *nationella folkhälsoenkäten* hade 29 510 personer i åldern 16-64 år besvarat enkätfrågan om sexuell läggning. Det var ett internbortfall på frågan om sexuell läggning som omfattade 1 028 personer och dessutom togs de som svarat osäker (320 personer) också bort. Det slutgiltiga materialet bestod av 29 190 personer varav 648 personer (2 procent) uppgivit att de inte var enbart heterosexuella. Den största gruppen bland dem som inte var enbart heterosexuella var heterosexuella med vissa homosexuella inslag (här kallade hetero-homo) (304 personer) sedan följde bisexuella (221 personer), homosexuella (99 personer) samt homosexuella med vissa heterosexuella inslag (här kallade homo-hetero) (24 personer).

Enligt *webbenkäten* hade 3 014 personer besvarat frågan om sexuell läggning. Dessutom hade 374 personer uppgivit att de var transpersoner. Totalt bestod materialet av 3 388 personer, 37 procent var kvinnor och 63 procent män. 19 personer hade inte uppgivit biologiskt kön (varav 8 var transpersoner). Den största gruppen bland dem som inte var heterosexuella var homosexuella (1 821 personer) sedan följde bisexuella (620 personer), homo-hetero (331 personer) samt hetero-homo (122 personer).

Fördelningen mellan kvinnor och män bland homo- och bisexuella personer var lika i nationella enkäten och webbenkäten. För grupperna homo-hetero och hetero-homo skiljde sig fördelningen mellan kvinnor och män betydligt mellan de två undersökningarna. De svarande i webbenkäten var betydligt yngre än dem i nationella folkhälsoenkäten. Skillnaden i åldersfördelning mellan de svarande i nationella enkäten och i webbenkäten beror troligen till viss del på att unga personer är mer vana vid Internetanvändning.

De personer som uppgivit att de är homo- eller bisexuella, homosexuella med heterosexuella inslag eller heterosexuella med homosexuella inslag har i betydligt större utsträckning kort utbildning i nationella folkhälsoenkäten än i webbenkäten. Bland homo-, bisexuella, homosexuella med heterosexuella inslag eller heterosexuella med homosexuella inslag var det vanligare att vara född i Sverige bland dem som besvarat webbenkäten än bland dem som besvarat folkhälsoenkäten.

Redovisningsgrupper

I *nationella folkhälsoenkäten* redovisas resultat för två grupper: homo- och/eller bisexuella personer dvs. de som definierat sig som inte enbart heterosexuella och övriga befolkningen.

I de fall då resultaten från *webbenkäten* delas upp efter två eller fler bakgrundsfaktorer (exempelvis sexuell läggning, kön, ålder, utbildning) grupperas de som svarat att de är homosexuella i en homosexuell grupp och de som svarat att de är bisexuella, homosexuella med vissa heterosexuella inslag eller heterosexuella med vissa homosexuella inslag i en bisexuell grupp. Vid beskrivning av jämförelser mellan sexuell läggning och endast en bakgrundsfaktor beskrivs homosexuella som ovan, medan bisexuella, homosexuella med vissa heterosexuella inslag och heterosexuella med vissa homosexuella inslag presenteras var för sig.

I samtliga av ovanstående grupper i webbenkäten har transpersoner exkluderats och transpersoner utgör en egen redovisningsgrupp.

Eftersom det är ålderskillnader i de båda undersökningarna och ålder har ett mycket starkt samband med hälsa så har samtliga resultat, som inte redovisas för åldersgrupper, åldersstandardiserats.

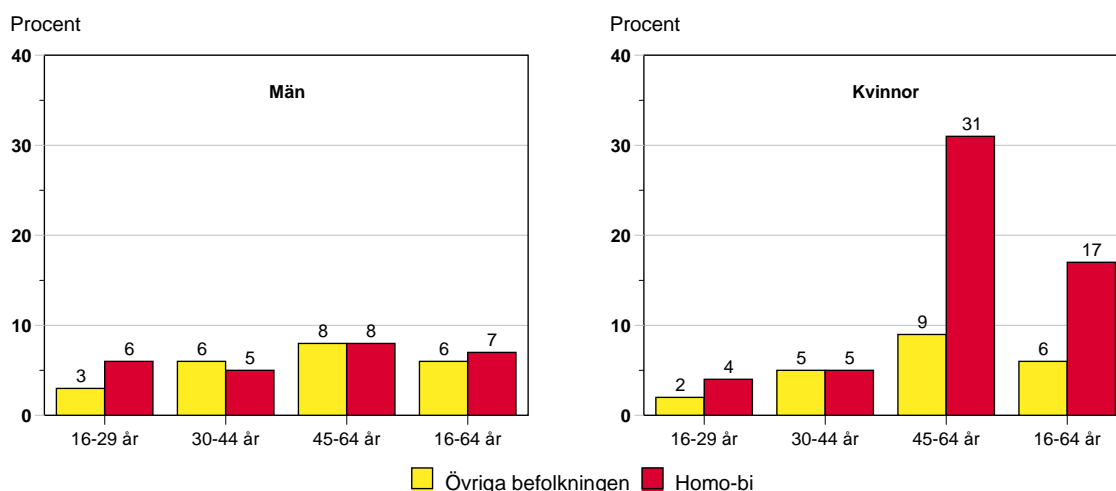
4.2 Resultat

4.2.1 Allmänt hälsotillstånd

Variabeln *allmänt hälsotillstånd* bygger på frågan: Hur bedömer Du ditt allmänna hälsotillstånd? Svarsalternativen var: Mycket bra, Bra, Någorlunda, Dåligt samt Mycket dåligt. De som svarade att de hade mycket bra eller bra allmänt hälsotillstånd bedömdes i analysen ha ett bra allmänt hälsotillstånd och de som svarade att de hade dåligt eller mycket dåligt allmänt hälsotillstånd bedömdes i analysen ha ett dåligt allmänt hälsotillstånd.

Bra allmänt hälsotillstånd var vanligare i övriga befolkningen (73 procent) än bland homo- och/eller bisexuella personer (homosexuella, bisexuella, homosexuella med vissa heterosexuella inslag och heterosexuella med vissa homosexuella inslag) (64 procent). Det var lika vanligt att ha ett bra hälsotillstånd bland homo- och/eller bisexuella män som bland män i övriga befolkningen. Den stora skillnaden återfanns bland kvinnor. Bra hälsotillstånd var betydligt vanligare bland kvinnor i övriga befolkningen (72 procent) än bland homo- och/eller bisexuella kvinnor (60 procent).

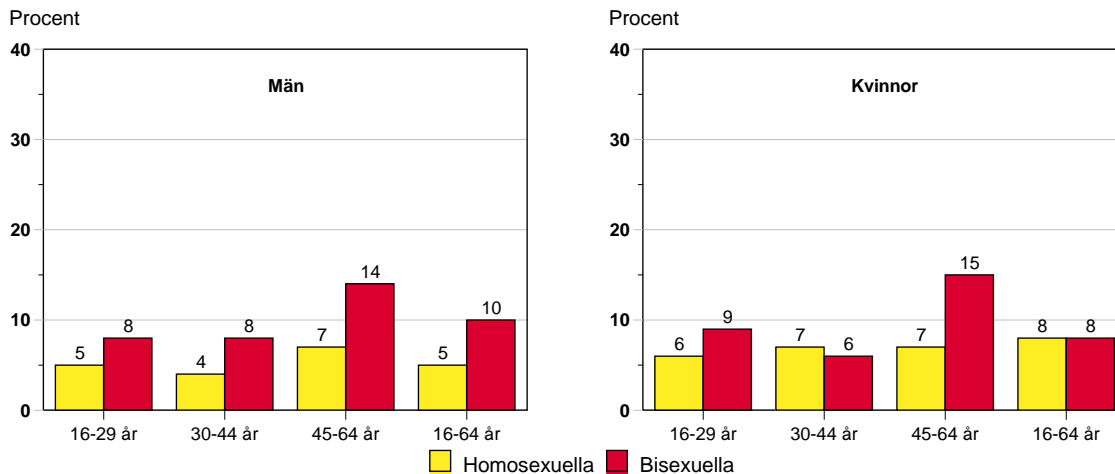
Det var framförallt homo- och/eller bisexuella kvinnor i åldrarna 45-64 år och män i åldrarna 16-29 år som hade ett *dåligt allmänt hälsotillstånd* i större utsträckning än övriga befolkningen (figur 1).



Figur 1. Andel personer som rapporterade dåligt allmänt hälsotillstånd fördelat efter sexuell läggning och ålder.

Källa: Nationella folkhälsoenkäten, 2005. Statens folkhälsoinstitut.

Webbenkäten visade att bisexuella personer (10 procent) hade sämre allmänt hälsotillstånd än homosexuella (6 procent). Dåligt allmänt hälsotillstånd var vanligare bland bisexuella personer i åldersgruppen 45-64 år än bland homosexuella (detta resultat var dock inte statistiskt säkerställt) (figur 2).

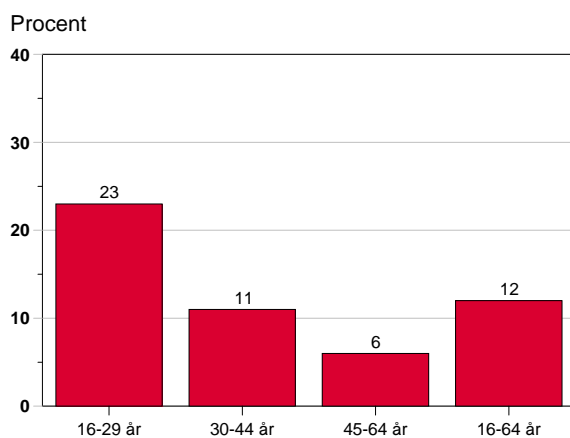


Figur 2. Andel personer som rapporterat dåligt allmänt hälsotillstånd fördelat efter sexuell läggning och ålder.

Källa: Webbenkäten, 2005. Statens folkhälsoinstitut.

Webbenkäten visade också att det var vanligare med dåligt allmänt hälsotillstånd bland bisexuella personer som inte levde i någon av de tre storstäderna Stockholm, Göteborg eller Malmö än bland dem som levde i storstadsregionerna. Det var också vanligare att bisexuella personer som var födda i Sverige hade sämre allmänt hälsotillstånd än dem som var födda i annat land och bland bisexuella personer som inte var föreningsaktiva än bland föreningsaktiva.

Det var 67 procent av transpersonerna som uppgav att de hade bra hälsa och 12 procent hade dålig hälsa. Transpersoner hade sämre hälsa än homosexuella personer (12 respektive 6 procent).



Figur 3. Andel transpersoner med dålig hälsa fördelat efter ålder.

Källa: Webbenkät, 2005. Statens folkhälsoinstitut.

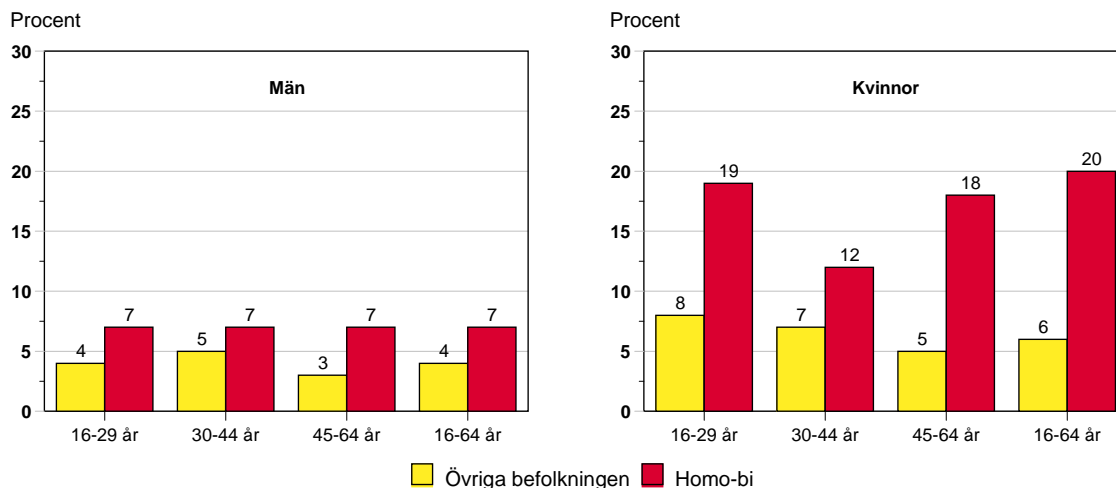
Bland transpersoner i åldersgruppen 16-29 år var andelen med dålig hälsa fyra gånger så stor som bland transpersoner i åldersgruppen 45-64 år (figur 3). Yngre transpersoner hade dessutom mycket sämre hälsa än bisexuella personer (23 respektive 8 procent).

4.2.2 Psykisk hälsa

Enligt *nationella folkhälsoenkäten* var andelen med *nedsatt psykiskt välbefinnande* dubbelt så stor bland homo- och/eller bisexuella personer (38 procent) som i övriga befolkningen (19 procent). Skillnaden var stor oavsett kön och ålder med undantag för kvinnor i åldrarna 30-44 år där inga skillnader förelåg mellan homo- och/eller bisexuella personer och övriga befolkningen.

Enligt *webbenkäten* hade bisexuella män och bisexuella kvinnor i åldrarna 16-29 år och 45-64 år sämre psykiskt välbefinnande än homosexuella personer. Transpersoner hade sämre psykiskt välbefinnande än homosexuella personer. Det var betydligt vanligare med dåligt psykiskt välbefinnande bland transpersoner i åldersgruppen 16-29 år än bland dem i åldersgruppen 45-64 år.

Enligt *folkhälsoenkäten* uppgav en betydligt större andel homo- och/eller bisexuella personer än i övriga befolkningen att de hade *svåra besvär av ängslan, oro eller ångest*. Dessa besvär var framförallt betydligt vanligare bland homo- och/eller bisexuella kvinnor (figur 4).



Figur 4. Andel personer som rapporterat svåra besvär av ängslan, oro eller ångest fördelat efter sexuell läggning och ålder.

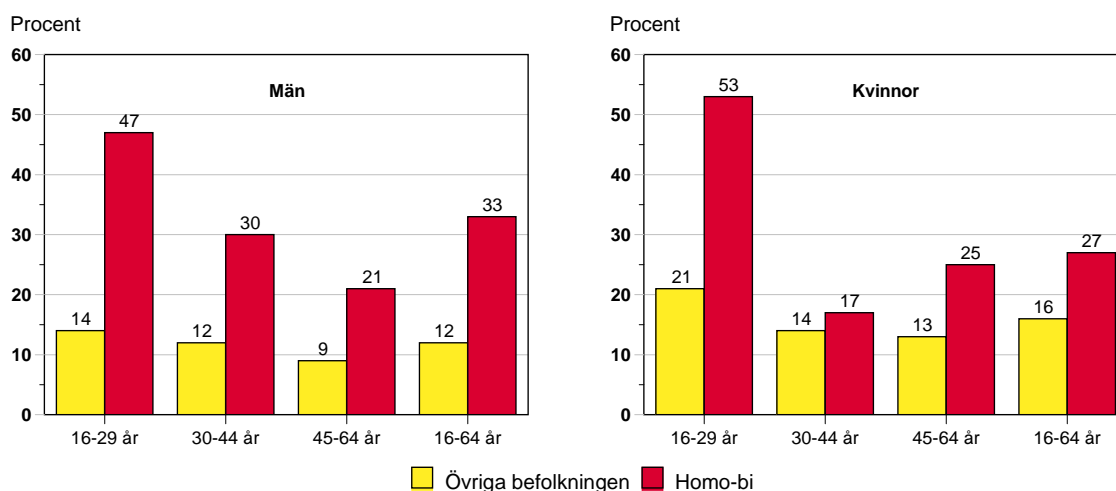
Källa: Nationella folkhälsoenkäten, 2005. Statens folkhälsoinstitut.

Webbenkäten visade att bland homo- och bisexuella kvinnor i åldersgruppen 16-29 år fanns den största andelen som hade svår ängslan, oro eller ångest. Bisexuella män och kvinnor i åldersgruppen 45-64 år hade svår ängslan, oro eller ångest i betydligt större omfattning än homosexuella. Homosexuella med vissa heterosexuella inslag och heterosexuella med vissa homosexuella inslag hade svår ängslan, oro eller ångest i större utsträckning än bisexuella personer. Det var

dubbelt så vanligt att ha svåra besvär av ängslan, oro eller ångest bland transpersoner som bland homosexuella.

Det var betydligt vanligare bland homo- och/eller bisexuella personer att vara *mycket stressade* och/eller ha *svåra sömnbesvär* än i övriga befolkningen. *Webbenkäten* visade att dessa besvär var framförallt vanligare bland homo- och bisexuella kvinnor. Transpersoner hade svåra sömnbesvär i större utsträckning än homosexuella personer.

Enligt *folkhälsoenkäten* var det mycket vanligare att någon gång *övervägt att ta sitt liv* bland homo- och/eller bisexuella personer än i övriga befolkningen. Det var framförallt vanligt att någon gång ha övervägt att ta sitt liv bland homo- och/eller bisexuella personer i åldrarna 16-29 år (figur 5).

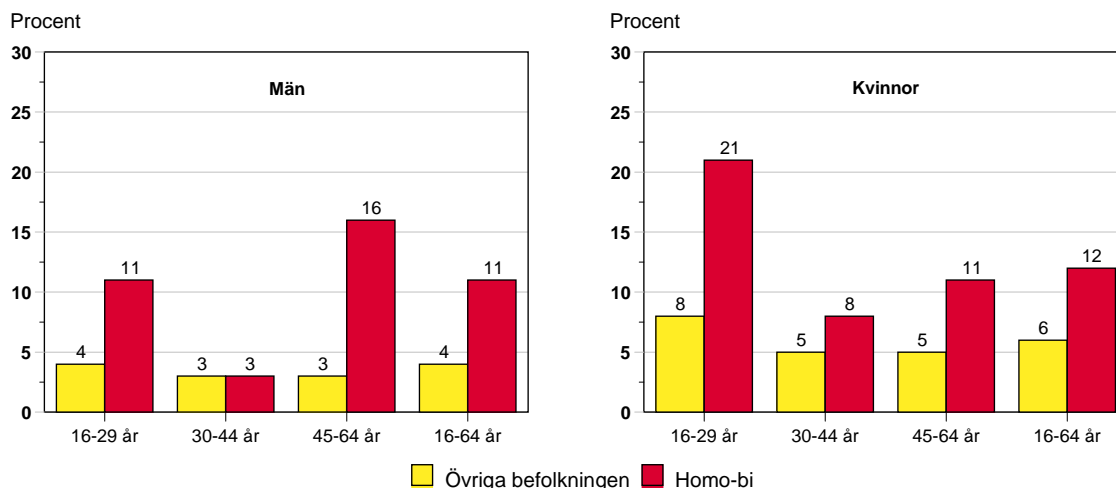


Figur 5. Andel personer som rapporterat att de någon gång haft självmordstankar fördelat efter sexuell läggning och ålder.

Källa: Nationella folkhälsoenkäten, 2005. Statens folkhälsoinstitut.

Enligt *webbenkäten* hade hälften av transpersonerna hade någon gång övervägt att ta sitt liv.

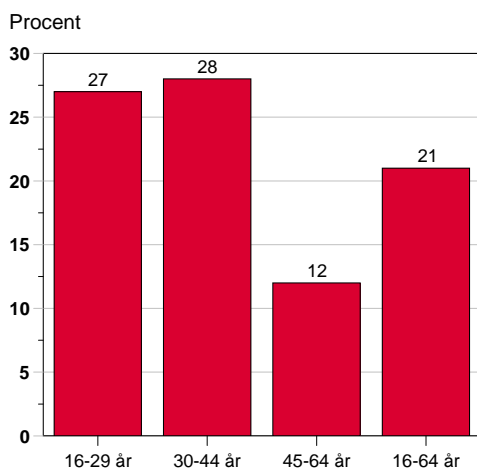
Folkhälsoenkäten visade att *självmordsförsök* var dubbelt så vanligt bland homo- och/eller bisexuella personer som i övriga befolkningen. Det var framförallt vanligare att någon gång försökt ta sitt liv bland homo- och/eller bisexuella personer i åldrarna 16-29 år och 45-64 år (figur 6).



Figur 6. Andel personer som rapporterat att de någon gång hade försökt ta sitt liv fördelat efter sexuell läggning och ålder.

Källa: Nationella folkhälsoenkäten, 2005. Statens folkhälsoinstitut.

Enligt *webbenkäten* var självmordsförsök ungefär lika vanligt bland homo- och bisexuella personer. Det var vanligare med självmordsförsök bland homo- och bisexuella personer med kort utbildning än bland dem med lång. En betydligt större andel bland homosexuella personer som var födda utomlands hade någon gång försökt ta sitt liv än bland svenskfödda. Det var 21 procent av transpersonerna som uppgav att de någon gång *försökt* att ta sina liv. Andelen transpersoner som någon gång försökt ta sitt liv tenderade att vara större än bland homo- och bisexuella personer. Självmordsförsök var vanligast bland transpersoner i åldrarna 16-44 år (figur 7).



Figur 7. Andel transpersoner som någon gång hade försökt ta sitt liv efter ålder.

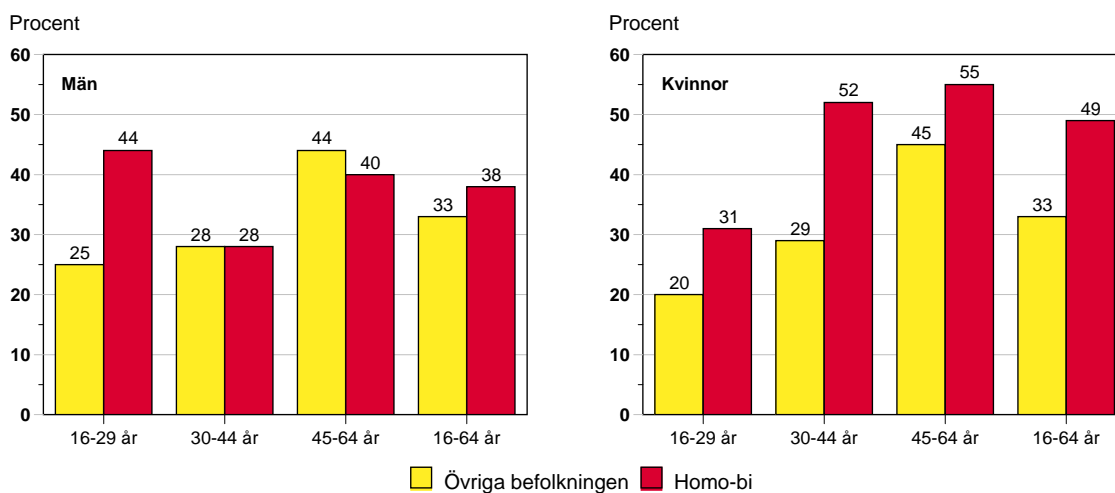
Källa: Webbenkäten, 2005. Statens folkhälsoinstitut.

4.2.3 Fysisk hälsa

Homo- och/eller bisexuella kvinnor hade *svår värk* i större utsträckning än både homo- och/eller bisexuella män och befolkningen i övrigt. Enligt *webbenkäten*

uppgav bisexuella män i åldrarna 45-64 år att de hade svår värk i större utsträckning än homosexuella män.

Folkhälsoenkäten visade att *långvarig sjukdom* var vanligare bland homo- och/eller bisexuella personer än i övriga befolkningen. Det var framförallt vanligare att homo- och/eller bisexuella män i åldrarna 16-29 år och homo- och/eller bisexuella kvinnor uppgav i större utsträckning att de hade någon långvarig sjukdom än kvinnor i övriga befolkningen (figur 8).



Figur 8. Andel personer som rapporterat att de hade långvarig sjukdom fördelat efter sexuell läggning och ålder.

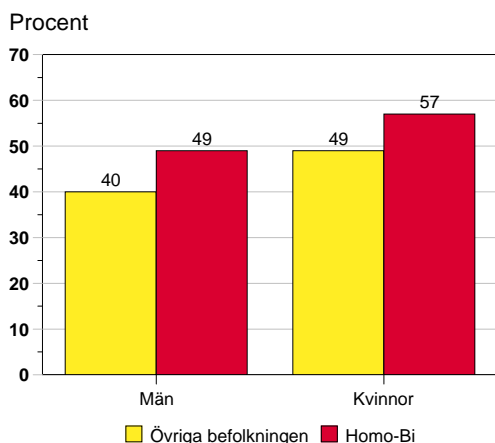
Källa: Nationella folkhälsoenkäten, 2005. Statens folkhälsoinstitut.

Enligt *webbenkäten* uppgav 41 procent av transpersonerna att de led av någon långvarig sjukdom vilket var större än bland bisexuella personer.

Folkhälsoenkäten visade att homo- och/eller bisexuella personer var *överviktiga eller hade fetma* i mindre utsträckning än befolkningen i övrigt (22 respektive 31 procent). Det var framförallt bland homo- och/eller bisexuella män i åldrarna 30-64 år och bland homo- och/eller bisexuella kvinnor i åldrarna 45-64 år som övervikt eller fetma var mindre vanligt än i övriga befolkningen. Enligt *webbenkäten* hade transpersoner inte övervikt eller fetma i större utsträckning än homo- och bisexuella personer.

4.2.4 Vårdkontakter

Det var vanligare bland homo- och/eller bisexuella än i övriga befolkningen att ha uppsökt sjukvården de senaste tre månaderna (figur 9).



Figur 9. Andel personer som rapporterat att de hade haft kontakt med sjukvården de senaste tre månaderna efter sexuell läggning, 16-64 år. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Nationella folkhälsoenkäten, 2005. Statens folkhälsoinstitut.

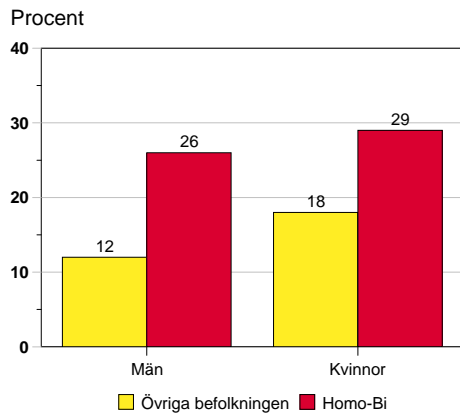
Bland homo- och/eller bisexuella kvinnor var det vanligare att ha haft kontakt med psykolog, sjukgymnast eller att ha varit inlagd på sjukhus än bland kvinnor i övriga befolkningen. Bland homo- och bisexuella män var det vanligare att ha besökt läkare på sjukhus än bland män i övriga befolkningen. Unga kvinnor i den övriga befolkningen hade besökt ungdomsmottagning i betydligt större utsträckning än homo- och/eller bisexuella kvinnor. Bland de unga männen var förhållandet det omvända. Unga homo- och/eller bisexuella män hade besökt ungdomsmottagning i större utsträckning än unga män i övriga befolkningen (detta resultat var dock inte statistiskt säkerställt).

Webbenkäten visade att transpersoner hade träffat psykolog i större utsträckning än homo- och bisexuella personer och det var vanligare bland transpersoner att ha träffat kurator än bland homosexuella personer.

4.2.5 Levnadsvanor

Tobak

Enligt *folkhälsoenkäten* var det vanligare bland homo- och/eller bisexuella personer, framförallt män, att *röka dagligen* än i övriga befolkningen (figur 10).



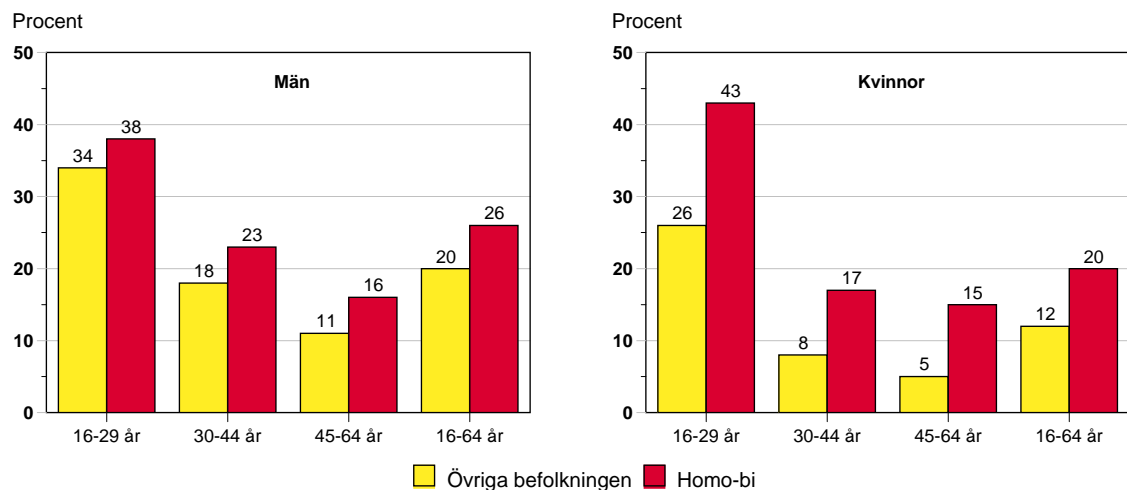
Figur 10. Andel dagligrökare efter sexuell läggning, 16-64 år. Åldersstandardiserade värden. Källa: Nationella folkhälsoenkäten, 2005. Statens folkhälsoinstitut.

Att *snusa dagligen* var mindre vanligt bland homo- och/eller bisexuella män i åldrarna 16-29 år än i övriga befolkningen. Homo- och/eller bisexuella kvinnor i åldrarna 30-64 år snusade i större utsträckning än kvinnor i övriga befolkningen.

Enligt *webbenkäten* snusade homosexuella kvinnor i åldrarna 16-44 år i större utsträckning än bisexuella kvinnor och homo- och bisexuella män.

Alkohol

Bland homo- och/eller bisexuella personer var det en större andel personer som inte nyttjade alkohol alls samtidigt som det också fanns en större andel riskkonsumenter av alkohol än i övriga befolkningen (figur 11).

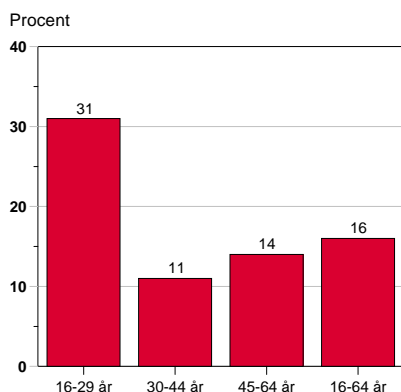


Figur 11. Andel personer med riskkonsumtion av alkohol efter ålder och sexuell läggning. Källa: Nationella folkhälsoenkäten, 2005. Statens folkhälsoinstitut.

Bland yngre homo- och/eller bisexuella kvinnor var det betydligt vanligare att vara riskkonsument av alkohol än bland unga kvinnor i övriga befolkningen.

Webbenkäten visade att riskkonsumtion av alkohol var vanligare bland bisexuella personer som levde i storstad och homosexuella personer som inte var föreningsaktiva.

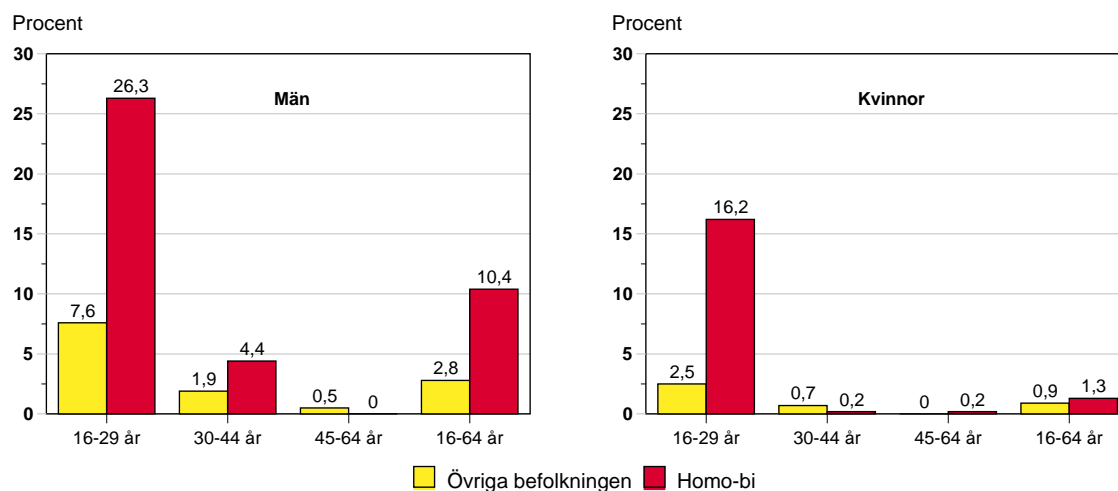
Det var inte lika vanligt med riskkonsumtion av alkohol bland transpersoner (16 procent) som bland homosexuella personer (28 procent). Andelen transpersoner som hade riskabla alkoholvanor var också mindre än bland bisexuella personer (22 procent) (ej statistiskt säkerställt). Det var framförallt transpersoner i åldrarna 16-29 år som hade riskabla alkoholvanor (figur 12).



Figur 12. Andel transpersoner med riskkonsumtion av alkohol efter ålder.
Källa: Webbenkäten, 2005. Statens folkhälsoinstitut.

Narkotika

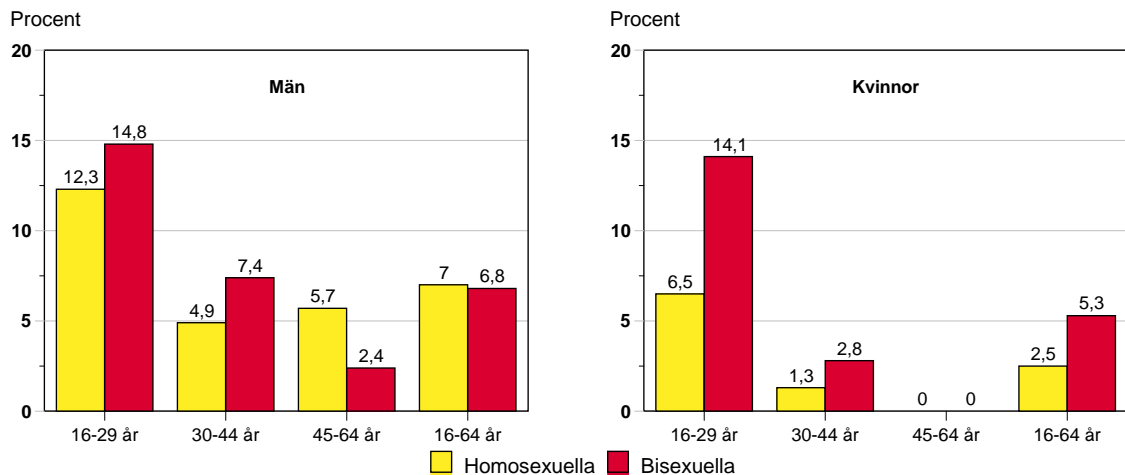
Det var vanligare att ha använt cannabis bland homo- och/eller bisexuella personer, framförallt yngre, än i övriga befolkningen (figur 13).



Figur 13. Andel personer som använt cannabis någon gång under de senaste 12 månaderna efter ålder och sexuell läggning.

Källa: Nationella folkhälsoenkäten, 2005. Statens folkhälsoinstitut.

Enligt *webbenkäten* var det vanligare att ha använt cannabis bland yngre bisexuella personer än bland yngre homosexuella personer (figur 14).



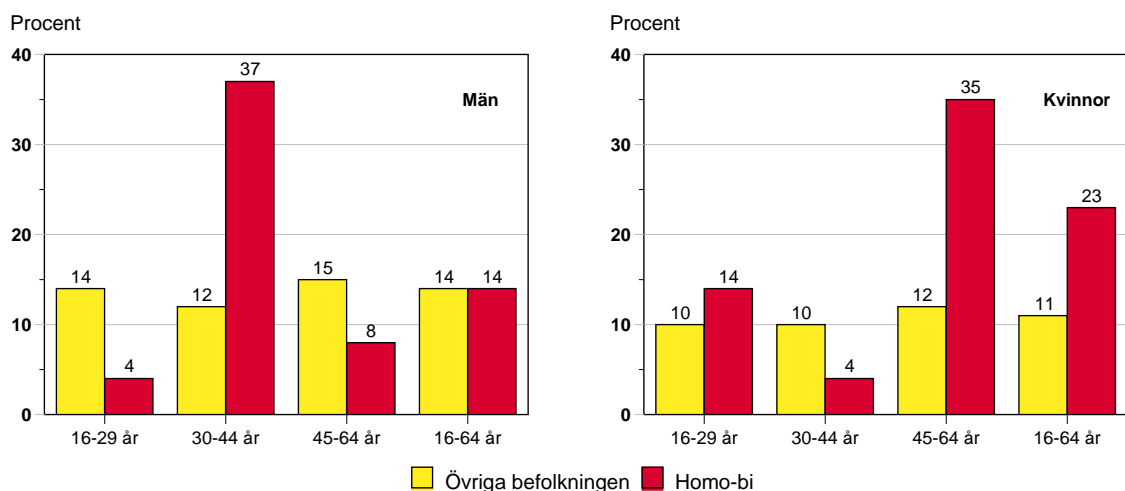
Figur 14. Andel personer som använt cannabis någon gång under de senaste 12 månaderna efter ålder och sexuell läggning.

Källa: Webbenkät 2005, Statens folkhälsoinstitut.

Det var vanligare att ha använt cannabis bland bisexuella personer som var födda utomlands än bland dem födda i Sverige. Att använda annan narkotika än cannabis var vanligare bland homosexuella personer som levde i storstad samt bland dem som inte var föreningsaktiva. Bland transpersoner var det vanligare att ha använt annan narkotika än cannabis bland dem som levde i storstäderna.

Fysisk aktivitet

Homo- och/eller bisexuella kvinnor i åldrarna 16-29 år och 45-64 år samt homo- och/eller bisexuella män i åldrarna 30-44 år hade mer *stillasittande fritid* än befolkningen i övrigt (figur 15).



Figur 15. Andel personer som hade en stillasittande fritid efter ålder och sexuell läggning.

Källa: Nationella folkhälsoenkäten, 2005. Statens folkhälsoinstitut.

Homo- och/eller bisexuella kvinnor och män motionerade eller tränade regelbundet i mindre utsträckning än befolkningen i övrigt oavsett ålder.

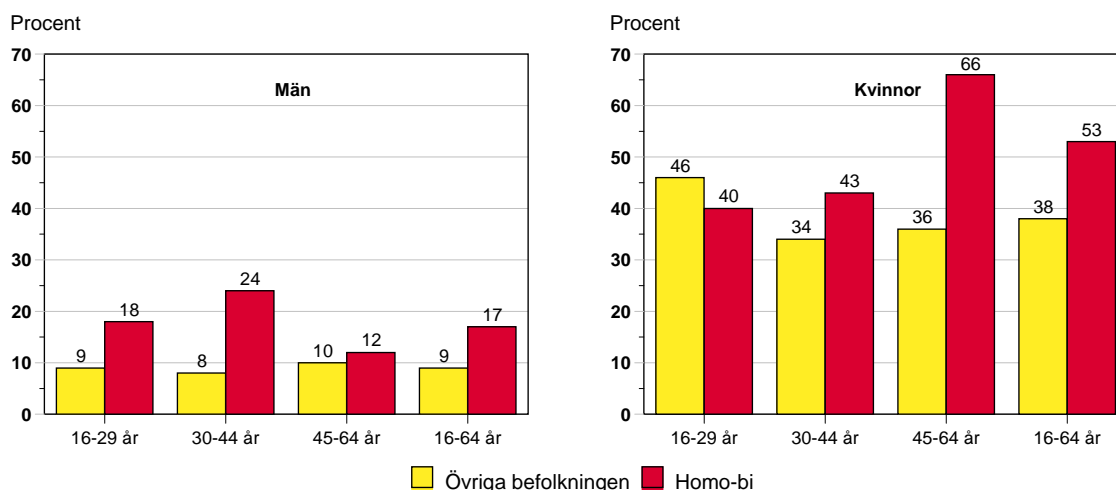
Webbenkäten visade att transpersoner inte hade mer stillasittande fritid (18 procent) än homo- och bisexuella personer (16 respektive 17 procent). Transpersoner motionerade eller tränade regelbundet i mycket mindre utsträckning (29 procent) än homo- och bisexuella personer (45 respektive 43 procent).

4.2.6 Utsatthet

Otrygghet och rädsla

Rädsla för överfall, rån eller annat ofredande

Det var mycket vanligare att homo- och/eller bisexuella personer (40 procent) avstått från att gå ut ensamma av rädsla för överfall, rån eller annat ofredande än i övriga befolkningen (24 procent). Det var betydligt vanligare att kvinnor avstått från att gå ut ensamma än män. Det var framförallt vanligare bland homo- och/eller bisexuella män i åldrarna 16-44 år och bland kvinnor i åldrarna 30-64 år än i övriga befolkningen (figur 16).



Figur 16. Andel personer som avstått från att gå ut ensamma av rädsla för överfall, rån eller annat ofredande efter ålder och sexuell läggning.

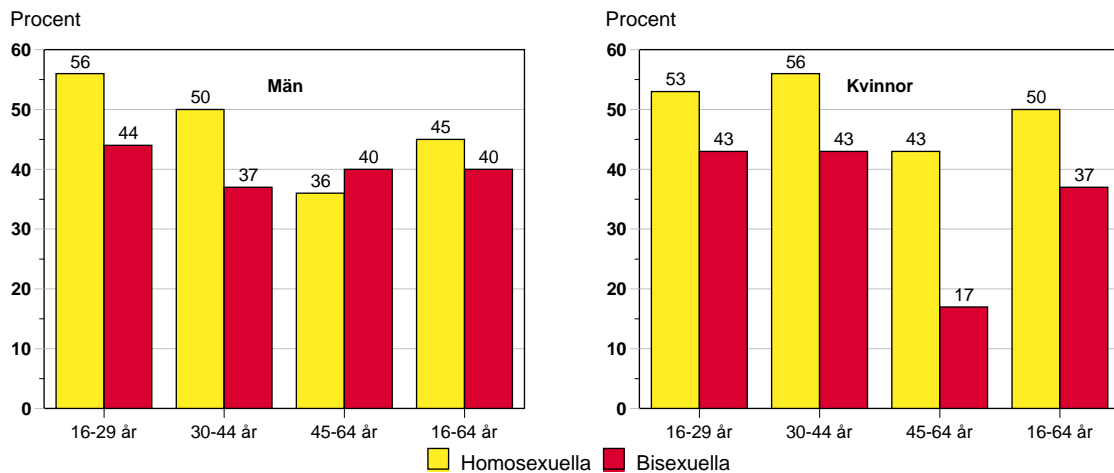
Källa: Nationella folkhälsoenkäten, 2005. Statens folkhälsoinstitut.

Webbenkäten visade att bisexuella personer (28 procent) hade avstått från att gå ut ensamma av rädsla för överfall, rån eller annat ofredande i större utsträckning än homosexuella personer (21 procent). Det var framförallt bland bisexuella män i åldrarna 45-64 år och kvinnor i åldrarna 16-44 år som detta var vanligt. Det var vanligare bland transpersoner (29 procent) än bland homosexuella personer (21 procent) att ha avstått från att gå ut ensam av rädsla för att bli överfallen, rånad eller på annat sätt ofredad.

Rädsla för våld eller trakasserier på grund av sexuell läggning

Webbenkäten visade att hälften av homosexuella kvinnor och 45 procent av homosexuella män var rädda för att bli utsatta för våld eller trakasserier på grund

av sexuell läggning. Denna rädsla var vanligare bland homosexuella än bland bisexuella kvinnor, framförallt i åldrarna 45-64 år (figur 17).

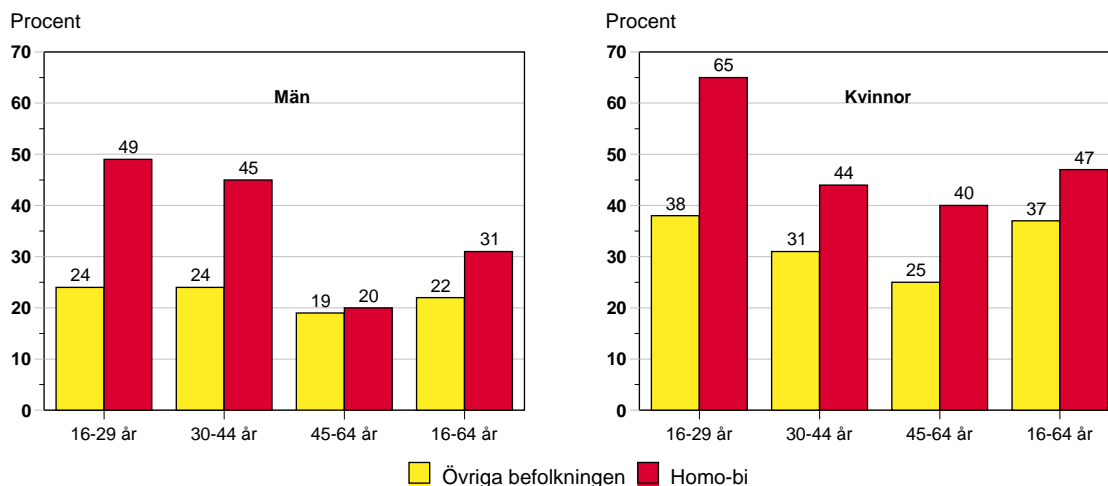


Figur 17. Andel personer som var rädda för att bli utsatta för trakasserier eller våld på grund av sexuell läggning efter ålder och sexuell läggning.
Källa: Webbenkät 2005, Statens folkhälsoinstitut.

Det var vanligare att transpersoner (59 procent) var rädda för att utsättas för våld och trakasserier på grund av sin transsexualism, transvestism, transgenderism etc. än det var bland homo- och bisexuella personer (45 respektive 39 procent) att utsättas för detta på grund av sin sexuella läggning.

Kränkande behandling/bemötande

Det var betydligt vanligare bland homo- och/eller bisexuella personer (43 procent) att, under de senaste tre månaderna, ha utsatts för kränkande behandling eller bemötande än i övriga befolkningen (27 procent). Det var endast i åldersgruppen 45-64 år som det bland män inte förelåg någon skillnad mellan övriga befolkningen och homo- och/eller bisexuella (figur 18).



Figur 18. Andel personer som under de senaste tre månaderna hade blivit behandlade/bemötta på ett sätt så att de känt sig kränkta efter ålder och sexuell läggning.

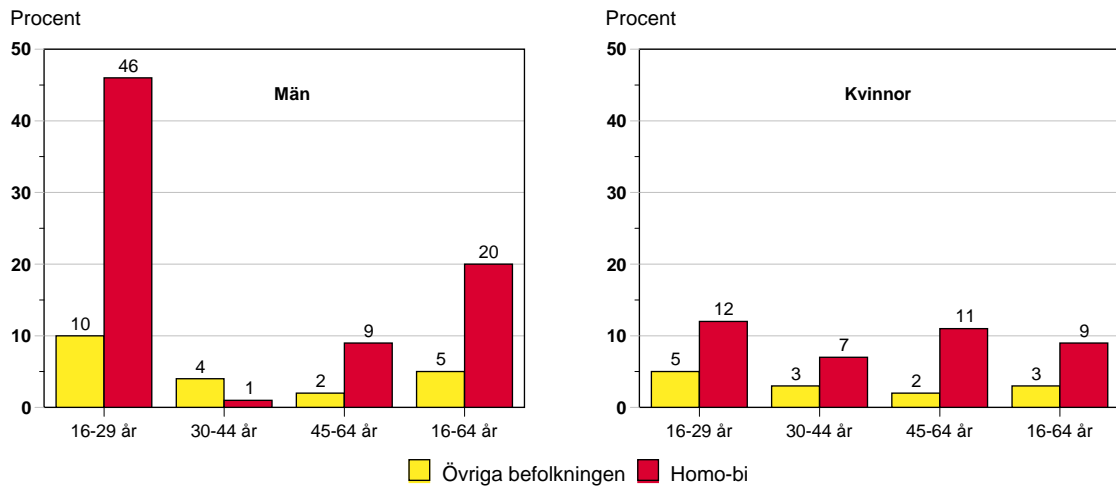
Källa: Nationella folkhälsoenkäten, 2005. Statens folkhälsoinstitut.

Det var även vanligare bland homo- och/eller bisexuella personer (12 procent) att under de senaste tre månaderna ha upplevt kränkande behandling/bemötande flera gånger än i övriga befolkningen (5 procent).

Webbenkäten visade att det var vanligare att ha upplevt sig kränkt bland bisexuella (39 procent) än bland homosexuella personer (30 procent). Det var framförallt bisexuella män i åldrarna 45-64 år och kvinnor i åldrarna 16-44 år som hade upplevt sig kränkta en eller flera gånger under de senaste tre månaderna. Det var mycket vanligare bland transpersoner (41 procent) än bland homosexuella (30 procent) personer att ha upplevt kränkande behandling/bemötande en eller flera gånger under de senaste tre månaderna. Utsatthet för kränkning var bland transpersoner vanligast i åldrarna 16-29 år. Det var vanligare bland transpersoner (12 procent) att ha blivit utsatta för upprepade kränkningar än bland homosexuella personer (6 procent).

Hot, våld och trakasserier

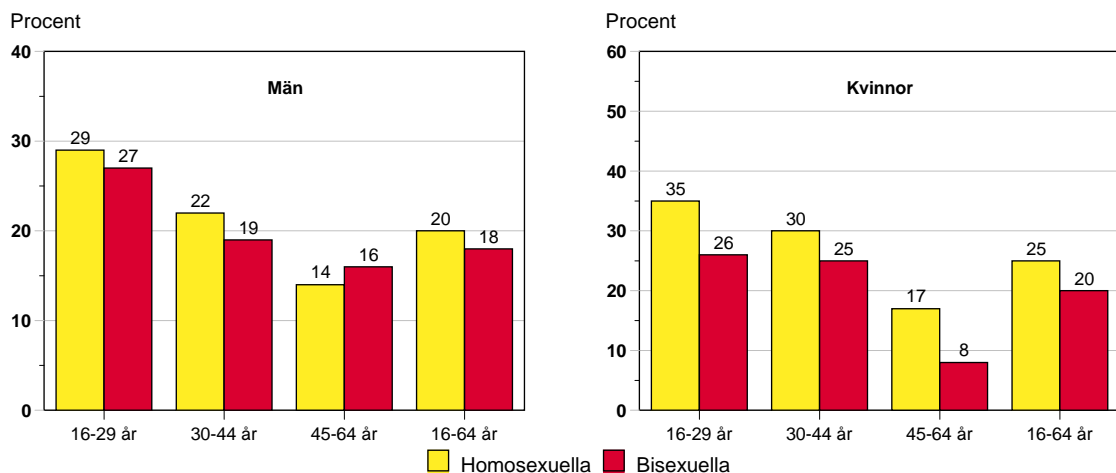
Det var mycket vanligare bland homo- och/eller bisexuella personer (14 procent) än i övriga befolkningen (5 procent) att ha blivit utsatta för *hot om våld* under de senaste 12 månaderna. Det var framförallt vanligare bland homo- och/eller bisexuella män i åldrarna 16-44 år. *Utsatthet för fysiskt våld* var också mycket vanligare bland homo- och/eller bisexuella personer (13 procent) än i övriga befolkningen (4 procent). Homo- och/eller bisexuella män i åldrarna 16-29 år var mycket utsatta, men även män i åldrarna 45-64 år och kvinnor i åldrarna 16-64 år var mer utsatta än dem i övriga befolkningen (figur 19).



Figur 19. Andel personer som hade blivit utsatta för våld under de senaste 12 månaderna efter ålder och sexuell läggning.

Källa: Nationella folkhälsoenkäten, 2005. Statens folkhälsoinstitut.

Webbenkäten visade att homosexuella personer (48 procent) oftare hade blivit utsatta för trakasserier eller våld på grund av sin sexuella läggning någon gång i livet än bisexuella personer (32 procent). Homo- och bisexuella personer hade utsatts nästan lika mycket för trakasserier eller våld under de senaste 12 månaderna. Homosexuella kvinnor tenderade vara mer utsatta än bisexuella kvinnor (ej statistiskt säkerställt) (figur 20).



Figur 20. Andel personer som hade blivit utsatta för våld eller trakasserier, på grund av sexuell läggning, under de senaste 12 månaderna efter ålder och sexuell läggning.

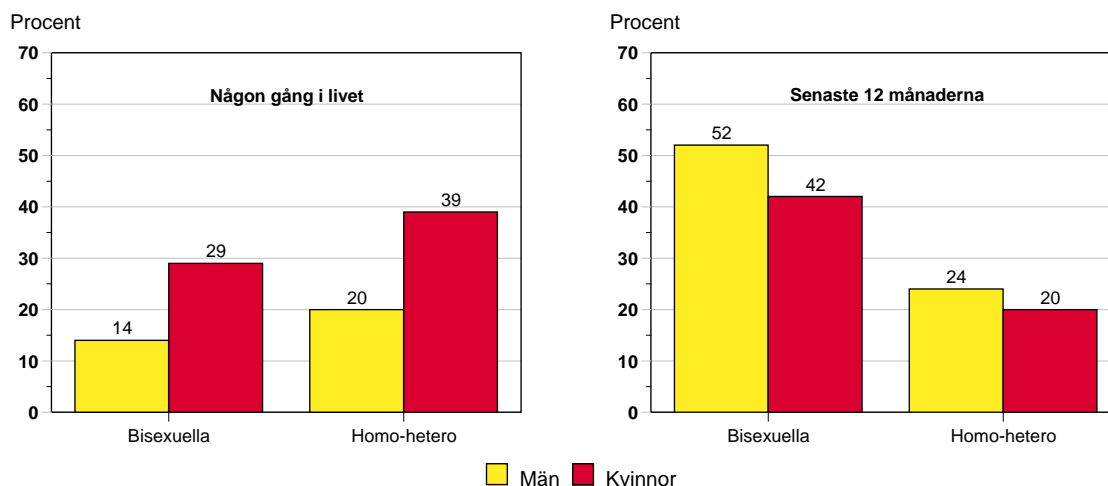
Källa: Webbenkäten, 2005. Statens folkhälsoinstitut.

En tredjedel av transpersonerna rapporterade att de någon gång i livet utsatts för våld eller trakasserier. Av dessa hade 27 procent av transpersonerna varit utsatta för våld eller trakasserier på grund av sitt könsuttryck eller sin könsidentitet under de senaste 12 månaderna. Muntliga trakasserier var vanligast förekommande i alla grupper. Det var vanligare bland homosexuella än bland bisexuella kvinnor att ha utsatts för skriftliga hot/trakasserier och skadegörelse. Muntliga trakasserier hade homosexuella med vissa heterosexuella inslag utsatts för i mycket stor utsträckning. Bisexuella personer var i större utsträckning än

homosexuella med vissa heterosexuella inslag utsatta för sexuella trakasserier och stöld/rån. Muntliga trakasserier var vanligast bland transpersoner men även sexuella trakasserier och hot om våld var vanligt.

Diskriminering

Enligt *webbenkäten* var det lika vanligt att ha blivit utsatt för diskriminering på grund av sexuell läggning någon gång under livet bland homo- och bisexuella personer (21 respektive 19 procent). Av dessa rapporterade 33 procent av de homosexuella och 37 procent av de bisexuella personerna att de blivit utsatta för diskriminering under de senaste 12 månaderna. Utsatthet för diskriminering någon gång i livet på grund av sexuell läggning var vanligare (inte statistiskt säkerställt) bland kvinnor som var homosexuella med vissa heterosexuella inslag (39 procent) än bland bisexuella kvinnor (29 procent). Utsatthet för diskriminering under de senaste 12 månaderna var däremot vanligare bland bisexuella personer (inte statistiskt säkerställt) (figur 21).



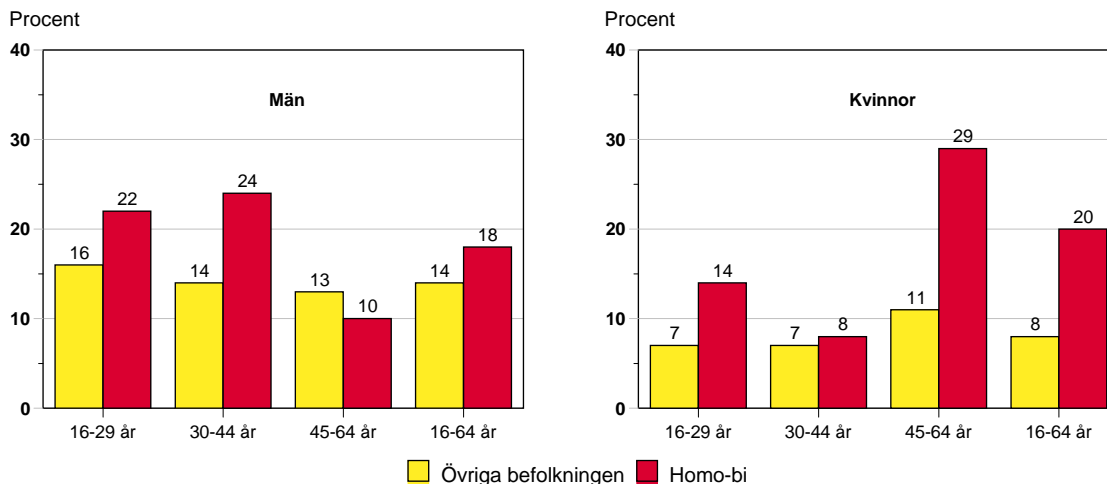
Figur 21. Andel personer som hade blivit utsatta för diskriminering, på grund av sexuell läggning, någon gång i livet respektive under de senaste 12 månaderna efter sexuell läggning. Källa: Webbenkäten, 2005. Statens folkhälsoinstitut.

Bland transpersoner hade 20 procent upplevt sig diskriminerade på grund av könsuttryck/könsidentitet någon gång under livet. Av dessa hade 55 procent upplevt diskriminering under de senaste 12 månaderna.

4.2.7 Social förankring

Socialt stöd

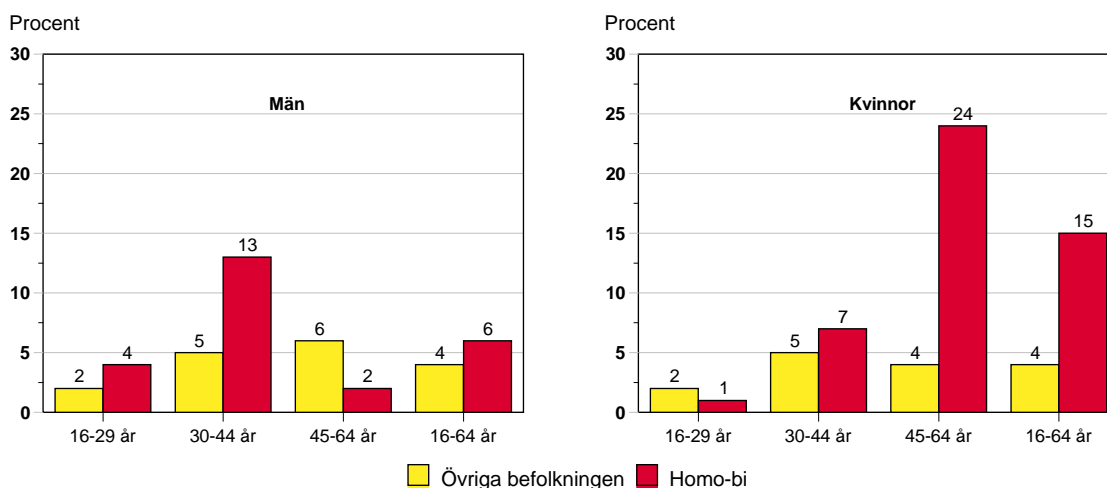
Det var vanligare att sakna *emotionellt stöd* (att inte ha någon att dela sina innersta känslor med och anförtro sig åt) bland homo- och/eller bisexuella kvinnor än bland kvinnor i övriga befolkningen. Det var vanligare bland homo- och/eller bisexuella män i åldrarna 30-44 år och bland kvinnor i åldrarna 16-29 år än bland dem i övriga befolkningen. Det syntes även vara vanligare bland homo- och/eller bisexuella kvinnor i åldrarna 45-64 år men detta resultat var inte statistiskt säkerställt på grund av få personer i åldersgruppen (figur 22).



Figur 22. Andel personer som saknade emotionellt stöd efter ålder och sexuell läggning.
Källa: Nationella folkhälsoenkäten, 2005. Statens folkhälsoinstitut.

Webbenkäten visade att det var vanligare bland bisexuella män (36 procent) än bland homosexuella män (20 procent) att sakna emotionellt stöd. En större andel heterosexuella personer med vissa homosexuella inslag saknade emotionellt stöd än bisexuella och homosexuella med vissa heterosexuella inslag. Det var vanligare att sakna emotionellt stöd bland transpersoner (32 procent) än bland homosexuella personer (19 procent). Det var framförallt transpersoner i åldrarna 30-64 år som saknade någon att dela sina innersta känslor med eller anförtro sig åt (inte statistiskt säkerställt).

Det var vanligare bland homo- och/eller bisexuella kvinnor i åldrarna 45-64 år att sakna *praktiskt stöd* (inte kunna få hjälp av någon/några personer i situationer då man behöver hjälp med praktiska problem eller är sjuk) än bland kvinnor i övriga befolkningen (figur 23).

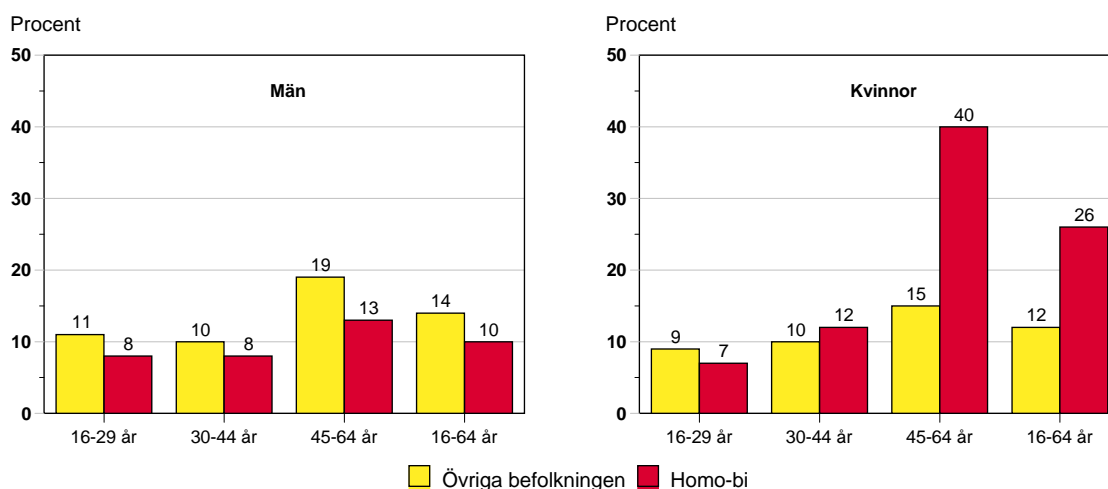


Figur 23. Andel personer som saknade praktiskt stöd efter ålder och sexuell läggning.
Källa: Nationella folkhälsoenkäten, 2005. Statens folkhälsoinstitut.

Webbenkäten visade att det var vanligare bland bisexuella (13 procent) än bland homosexuella personer (9 procent) att de saknade praktiskt stöd. Avsaknad av praktiskt stöd var framförallt vanligt bland bisexuella män. Bland transpersoner var det 15 procent som uppgav att de saknade praktiskt stöd vilket var vanligare än bland homosexuella personer (9 procent). Det var framförallt transpersoner i åldrarna 30-44 år som saknade praktiskt stöd (inte statistiskt säkerställt).

Socialt deltagande

De som har klassificerats som *lågt socialt deltagande* hade rapporterat att de deltagit i en eller ingen av 13 uppräknade aktiviteter². Lågt socialt deltagande var vanligare bland homo- och/eller bisexuella kvinnor än bland kvinnor i övriga befolkningen, speciellt i åldrarna 45-64 år (figur 24).



Figur 24. Andel personer med lågt socialt deltagande efter ålder och sexuell läggning.

Källa: Nationella folkhälsoenkäten, 2005. Statens folkhälsoinstitut.

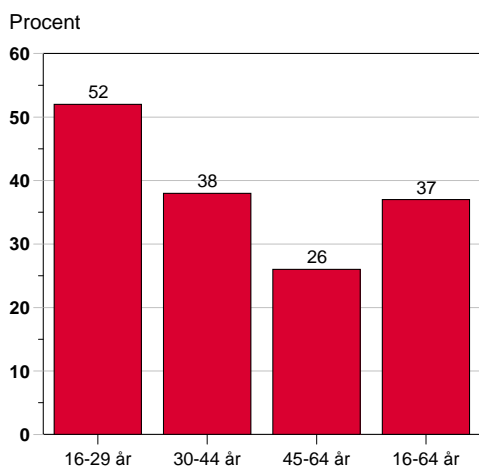
Enligt *webbenkäten* var andelen bland homo- och bisexuella personer som hade lågt socialt deltagande mycket mindre än i folkhälsoenkäten (5 respektive 7 procent). Det fanns inga skillnader mellan könen eller mellan olika åldrar. Sociala deltagandet bland transpersoner skiljde sig inte från homo- eller bisexuella personers.

Tillit

Att *sakna tillit* (dvs. att i allmänhet inte lita på de flesta människor) var betydligt vanligare bland homo- och/eller bisexuella män i åldrarna 30-44 år och bland kvinnor i åldrarna 16-29 år och 45-64 år än bland motsvarande åldersgrupper i övriga befolkningen.

² Aktiviteterna var: Studiekurs/kurs på din arbetsplats; Studiecirkel/kurs på din fritid; Fackföreningsmöte; Annat föreningsmöte; Teater/bio; Konstutställning; Religiös sammankomst; Sporttillställning; Skrivit insändare i tidning/tidskrift; Demonstration av något slag; Offentlig tillställning t.ex. nattklubb, danstillställning eller liknande; Större släktsammankomst; Privat fest hos någon.

Webbenkäten visade att det var vanligare bland bisexuella (37 procent) att sakna tillit till de flesta människor än bland homosexuella personer (28 procent). Det var framförallt vanligare i de yngre åldersgrupperna och bland bisexuella män än bland homosexuella män. Bland transpersoner var det 37 procent som rapporterade att de saknade tillit till de flesta andra människor. Det var vanligare bland transpersoner än bland homosexuella personer att sakna tillit till andra personer. Det var vanligare att sakna tillit bland dem som var 16-29 år än bland dem i åldersgruppen 45-64 år (figur 25).



Figur 25. Andel transpersoner som saknar tillit till de flesta människor efter ålder. Källa: Webbenkäten, 2005. Statens folkhälsoinstitut.

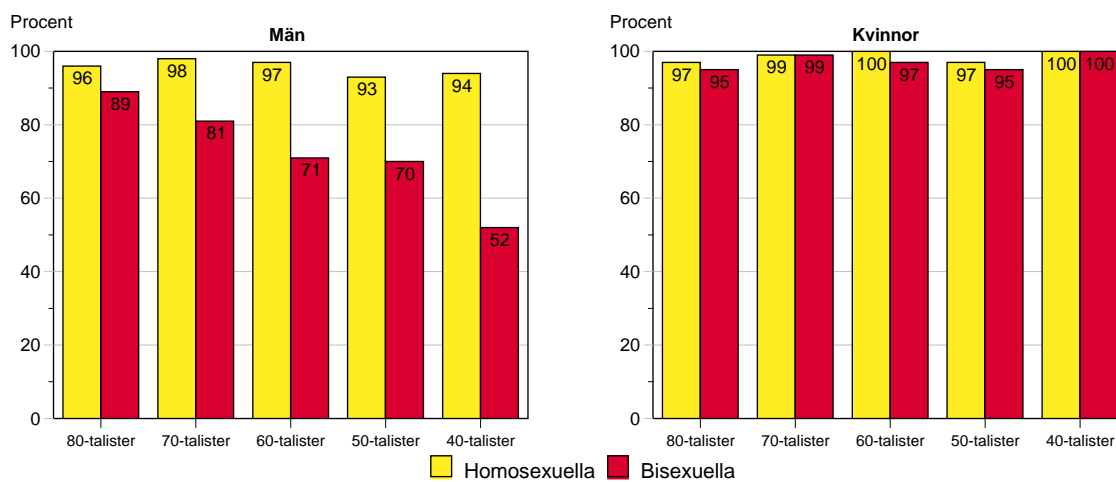
Förtroende för samhällets institutioner

Det var vanligare bland homo- och/eller bisexuella män att ha litet förtroende för arbetsförmedlingen än bland män i övriga befolkningen. Det var också vanligare bland både homo- och/eller bisexuella män och kvinnor att ha litet förtroende för försäkringskassan än bland män och kvinnor i övriga befolkningen. Det var däremot vanligare bland män och kvinnor i övriga befolkningen än bland homo- och/eller bisexuella att ha litet förtroende för riksdagen. Förtroende för kommunalpolitiker var även mindre bland kvinnor i den övriga befolkningen än bland homo- och/eller bisexuella kvinnor.

Webbenkäten visade att det var en större andel bisexuella män som hade litet förtroende för polis och socialtjänst och en större andel bisexuella kvinnor hade litet förtroende för arbetsförmedlingen än bland homosexuella. Det var också en större andel bisexuella kvinnor och män som hade litet förtroende för domstolar än bland homosexuella. Det var vanligare bland transpersoner än bland homosexuella personer att ha litet förtroende för sjukvården, socialtjänst, domstolar, riksdagen, landstingspolitiker och kommunpolitiker. Transpersoner hade även mindre förtroende än bisexuella personer för riksdagen.

4.2.8 Öppenhet

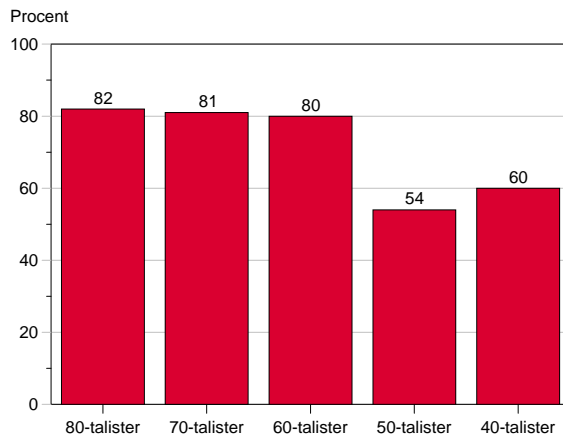
Enligt svaren på *webbenkäten* var det en större andel homosexuella män som var öppna med sin sexuella läggning på minst en av arenorna: i uppväxtfamiljen, bland vänner och i skola eller arbetsliv än bisexuella personer. Lesbiska var öppna i lika stor utsträckning som bisexuella kvinnor. När generationerna som var födda på 40-, 50-, 60-, 70- och 80-talet jämfördes syntes inga skillnader bland kvinnor. Skillnaderna bland män var däremot mycket stora. Bland bisexuella 40-talister var det endast drygt 50 procent som var öppna med sin sexuella läggning samtidigt som det bland 80-talisterna var knappt 90 procent (figur 26).



Figur 26 Andelen (%) som var öppen med sin sexuella läggning i uppväxtfamiljen och/eller bland vänner och/eller i skola/arbetsliv fördelat efter sexuell läggning, kön och generationstillhörighet.

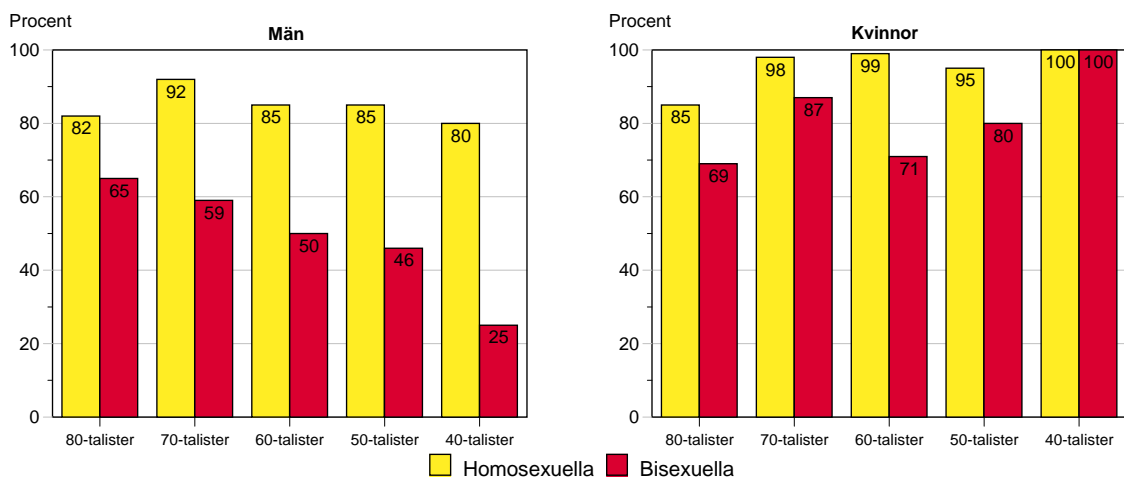
Källa: Webbenkäten, 2005. Statens folkhälsoinstitut.

Transpersoner som var födda på 50-, 60- och 70-talen var öppna i mindre utsträckning än homosexuella personer och öppenhet var även mindre vanligt bland transpersoner som var födda på 70-talet än bland bisexuella personer (figur 27).



Figur 27. Andelen transpersoner (%) som var öppna med sin könsidentitet/könsuttryck i uppväxtfamiljen, bland vänner och i skola/arbetsliv fördelat efter generationstillhörighet. Källa: Webbenkäten, 2005. Statens folkhälsoinstitut.

I *webbenkäten* framgick det att öppenhet med sin sexuella läggning i uppväxtfamiljen var betydligt mindre vanligt bland bisexuella personer än bland homosexuella personer i alla generationer utom bland kvinnor födda på 40- och 50-talen (figur 28).



Figur 28. Andelen (%) som var öppna med sin sexuella läggning i uppväxtfamiljen fördelat efter sexuell läggning, kön och generationstillhörighet. Källa: Webbenkäten, 2005. Statens folkhälsoinstitut.

Webbenkäten visade också att transpersoner i alla generationer i mindre utsträckning var öppna med sin könsidentitet/könsuttryck i uppväxtfamiljen än vad homosexuella var med sin sexuella läggning.

5. Sammanfattande slutsatser

5.1 Sammanfattning av kunskapsläget

Allmänt hälsotillstånd

Folkhälsoenkäten visade att det var lika vanligt bland homo- och/eller bisexuella män att ha ett bra hälsotillstånd som bland män i övriga befolkningen. Bland kvinnor fanns däremot stora skillnader. Bra hälsotillstånd var betydligt vanligare bland kvinnor i övriga befolkningen (72 procent) än bland homo- och/eller bisexuella kvinnor (60 procent). Det var framförallt homo- och/eller bisexuella kvinnor i åldrarna 45-64 år som hade ett dåligt allmänt hälsotillstånd i större utsträckning än kvinnor i övriga befolkningen.

I webbenkäten, som enbart riktade sig till hbt-personer, var det transpersoner som uppgav den största andelen med ett dåligt allmänt hälsotillstånd, 12 procent, bland bisexuella personer var andelen 10 och bland homosexuella 6 procent. Den grupp som uppgav störst andel dålig hälsa var transpersoner 16–29 år.

Webbenkäten visade dessutom att det var vanligare med ett dåligt allmänt hälsotillstånd bland bisexuella personer som inte levde i storstad än bland dem som levde i storstadsregionerna. Det var också vanligare att bisexuella personer som var födda i Sverige hade sämre allmänt hälsotillstånd än dem som var födda i annat land och bland bisexuella personer som inte var föreningsaktiva än bland föreningsaktiva.

Det finns andra studier som också visat på skillnader i självskattad hälsa hos hbt-personer i jämförelse med övriga befolkningen (10-13) även om det i stort sett saknas jämförande studier som är baserade på ett slumpmässigt befolkningsurval. I den norska NOVA-undersökningen visade det sig att homosexuella personer hade sämre självupplevd hälsa än övrig befolkning, särskilt i de yngre åldersgrupperna (10).

Psykisk ohälsa

I folkhälsoenkäten uppgav dubbelt så stor andel bland homo- och/eller bisexuella personer som i övriga befolkningen att de hade nedsatt psykiskt välbefinnande. Över hälften av homo- och/eller bisexuella kvinnor 45-64 år hade nedsatt psykiskt välbefinnande. En betydligt större andel homo- och/eller bisexuella personer än i övriga befolkningen svarade att de hade svåra besvär av ångslan, oro eller ångest och besvären var vanligare bland homo- och/eller bisexuella kvinnor, särskilt i åldrarna 16-29 år och 45-64 år. Det var också betydligt vanligare bland homo- och/eller bisexuella personer att vara mycket stressade och ha svåra sömnbesvär än i övriga befolkningen, framför allt bland homo- och/eller bisexuella kvinnor i åldrarna 16–29 och 45–64 år.

I webbenkäten, där man jämförde grupper av hbt-personer sinsemellan, framkom att bisexuella personer i åldrarna 16–29 och 45–64 år hade sämre psykiskt välbefinnande än homosexuella personer. Bland hbt-personer var det framför allt

bisexuella personer under 29 och över 45 år och de med kort utbildning samt homosexuella personer som var födda i annat land än Sverige som mådde dåligt. Transpersoner, framför allt yngre i åldrarna 16–29 år, hade sämre psykiskt välbefinnande än homosexuella personer. Bland transpersonerna uppgav dubbelt så stor andel att de hade svåra besvär av ångslan, oro eller ångest jämfört med homosexuella personer. Transpersoner hade svåra sömnbesvär i större utsträckning än homosexuella personer.

Flera internationella studier har också visat att psykisk oro och psykisk ohälsa förekommer i mycket större utsträckning bland homo- och bisexuella personer än bland heterosexuella och är störst bland yngre (14-17). FHI:s resultat överensstämmer med den norska undersökningen där man fann att homosexuella personer hade en starkt förhöjd risk för psykisk ohälsa mätt som nervositet, anspänning, nedstämdhet och depression, speciellt hos unga homosexuella personer (10). Detta kan ha ett samband med exempelvis förekomst av diskriminering, fördomar och känslor av skam.

Självordstankar/självordsförsök

Det framkom i folkhälsoenkäten att det var vanligare att någon gång övervägt eller att ha försökt ta sitt liv bland homo- och/eller bisexuella personer än i övriga befolkningen, särskilt i åldrarna 16–29 år. Självordsförsök var dubbelt så vanligt bland homo- och/eller bisexuella personer jämfört med övriga befolkningen.

När man jämför resultaten från webbenkäten, som enbart riktade sig till hbt-personer, framkom att det var vanligare med självordsförsök bland homo- och bisexuella personer med kort utbildning än bland dem med lång utbildning, liksom bland dem som var födda utomlands jämfört med svenskfödda. Halften av transpersonerna hade någon gång övervägt att ta sitt liv. Andelen transpersoner som någon gång försökt ta sitt liv var större (inte statistiskt säkerställt) än bland homo- och bisexuella personer och detta var vanligast i åldersgruppen 16–44 år.

Det finns andra forskningsstudier som styrker ovanstående resultat, dvs. att självordstankar och självordsförsök är betydligt mer förekommande bland homosexuella, bisexuella och transpersoner än övriga befolkningen, särskilt bland homo- och bisexuella ungdomar och unga transpersoner (10, 11, 14, 18-21). I den norska studien fann man att självordstankar och självordsförsök var betydligt vanligare bland homosexuella personer än i den övriga befolkningen, även här var det särskilt vanligt i de yngre åldrarna (10).

Fysisk hälsa

I folkhälsoenkäten framkom att homo- och/eller bisexuella kvinnor hade svår värk i större utsträckning än övriga befolkningen. Att lida av någon långvarig sjukdom var vanligare bland homo- och/eller bisexuella personer än bland dem i övriga befolkningen, framför allt bland homo- och/eller bisexuella män i åldrarna 16–29 år och bland homo- och/eller bisexuella kvinnor.

Undersökningarna tyder inte på att skillnader i den fysiska hälsan mellan homo- och/eller bisexuella personer och övriga befolkningen är lika stora som var fallet

när det gäller den psykiska hälsan, där det var betydligt större andel psykisk ohälsa bland homo- och/eller bisexuella personer.

Tobak, alkohol och narkotika

Folkhälsoenkäten visade att det var vanligare bland homo- och/eller bisexuella personer, framför allt bland män i åldrarna 30-44 år och kvinnor i åldrarna 45-64 år, att röka dagligen än i övriga befolkningen. Att snusa dagligen var mindre vanligt bland homo- och/eller bisexuella män i åldrarna 16-29 år än befolkningen i övrigt. Homosexuella kvinnor i åldrarna 30-64 år snusade i större utsträckning än kvinnor i övriga befolkningen.

Bland homo- och/eller bisexuella personer fanns en större andel personer som inte nyttjade alkohol alls samtidigt som det fanns en större andel som var riskkonsumenter av alkohol än i övriga befolkningen. Bland de yngre homo- och/eller bisexuella kvinnorna var riskkonsumtionen betydligt mer utbredd än bland unga kvinnor i övriga befolkningen. I jämförelser mellan hbt-personer visade det sig att riskkonsumtion var vanligare bland bisexuella personer som levde i storstad och bland homosexuella personer som inte var föreningsaktiva.

Att använda cannabis var betydligt vanligare bland framför allt unga homo- och/eller bisexuella personer jämfört med övriga befolkningen. Bland hbt-personer var cannabis betydligt vanligare bland yngre bisexuella personer än bland yngre homosexuella personer. Det var dessutom vanligare att använda cannabis bland bisexuella personer som var födda utomlands än bland bisexuella födda i Sverige. Det var vanligare att använda annan narkotika än cannabis bland homosexuella personer som levde i storstad samt bland dem som inte var föreningsaktiva än bland dem som inte levde i storstad eller var föreningsaktiva. Bland transpersoner var det vanligare att använda annan narkotika än cannabis bland dem som levde i storstäderna.

När det gäller rökning och alkohol- och drogkonsumtion visar forskningsstudier på motstridiga resultat, men flertalet studier tyder på en högre användning av tobak, alkohol och droger hos exempelvis homo- och bisexuella ungdomar jämfört med ungdomar generellt (11, 14, 19, 20, 22-26). Även i den norska NOVA-studien framkom att fler homosexuella personer ofta drack sig berusade än resterande befolkning. Däremot var det i denna undersökning en mindre andel homosexuella personer som sällan drack alkohol. De homosexuella med hög berusningsfrekvens var här en utsatt grupp med låg livskvalitet. I NOVA-undersökningen var det vanligare att dricka sig berusad bland homosexuella män än homosexuella kvinnor medan det var en större andel homosexuella kvinnor som rökte än homosexuella män. Bruk av narkotika var vidare klart högre bland homosexuella personer än i befolkningen i övrigt. Cannabisanvändning var dubbelt så hög bland unga homosexuella personer jämfört med heterosexuella ungdomar (10).

Fysisk aktivitet och övervikt/fetma

I folkhälsoenkäten framkom att homo- och/eller bisexuella kvinnor i åldrarna 45-64 år samt homo- och/eller bisexuella män i åldrarna 30-44 år hade mer stillasittande fritid än befolkningen i övrigt. När det gällde att motionera eller

träna regelbundet gjorde homo- och/eller bisexuella personer detta i mindre utsträckning än den övriga befolkningen. Homo- och/eller bisexuella personer var överviktiga eller hade fetma i mindre utsträckning än befolkningen i övrigt, särskilt homo- och/eller bisexuella män i åldrarna 30–64 år och homo- och/eller bisexuella kvinnor i åldrarna 45–64 år.

När man jämför hbt-personer sinsemellan framkom att transpersoner motionerade eller tränade regelbundet i mycket mindre utsträckning än homo- och bisexuella personer. Bland homo- och bisexuella var det personer med lång utbildning och de som levde i mindre städer, på mindre orter eller landsbygd som i mindre utsträckning hade övervikt eller fetma.

Otrygghet och rädsla

När det gällde frågor om otrygghet och rädsla visade folkhälsoenkäten att det var mycket vanligare att homo- och/eller bisexuella personer avstått från att gå ut ensamma av rädsla för överfall, rån eller annat ofredande än i övriga befolkningen och det var betydligt vanligare bland kvinnor än bland män. Skillnaderna mellan homo- och/eller bisexuella personer och övriga befolkningen var störst bland män 30-44 år och kvinnor 45-64 år.

Bland hbt-personer var det vanligare att bisexuella personer hade avstått från att gå ut ensamma på grund av rädsla för överfall, rån eller annat ofredande än bland homosexuella personer. Hälften av alla homosexuella kvinnor och 45 procent av homosexuella män var rädda för våld och trakasserier på grund av sin sexuella läggning. Rädslan var vanligare bland homosexuella kvinnor jämfört med bisexuella kvinnor, framför allt i åldrarna 45–64 år. Det var vanligare att transpersoner (59 procent) var rädda för att utsättas för våld och trakasserier på grund av sin transsexualism, transvestism, transgenderism etc. än det var bland homo- och bisexuella personer (45 respektive 39 procent) att utsättas för detta på grund av sin sexuella läggning.

I den norska NOVA-undersökningen tillfrågades homosexuella personer om oro för att bli utsatt för våld eller hot när de gick ut ensamma. Fler homosexuella män än kvinnor var oroliga inför tanken att gå ut ensamma, något som stod i kontrast till den övriga befolkningen, där fler kvinnor än män var oroliga för detta (10).

Diskriminering

Frågor om diskriminering ställdes endast i webbenkäten, vilken enbart riktade sig till hbt-personer. Av resultaten framkom att det var lika vanligt att ha utsatts för diskriminering på grund av sexuell läggning någon gång under livet bland homosexuella och bisexuella personer. Av dessa rapporterade cirka en tredjedel att de blivit utsatta för diskriminering under de senaste 12 månaderna. Bland transpersonerna hade cirka en femtedel upplevt sig diskriminerade på grund av sitt könsuttryck/könsidentitet någon gång i livet och av dessa hade mer än hälften upplevt diskriminering de senaste 12 månaderna.

Det finns ett flertal andra studier som visar att diskriminering är betydligt mer förekommande bland hbt-personer än i den övriga befolkningen (10, 11, 27-31). Vanligt förekommande är att det sker diskriminering av homo- och bisexuella

personer på arbetsplatserna (31). Homo- och bisexuella ungdomar som råkar ut för diskriminering och trakasserier i skolan uppvisar dessutom fler riskbeteenden såsom missbruk, självmordstankar och självmordsförsök och sexuella riskbeteenden (4, 14, 19, 20, 32-38). I NOVA-undersökningen upplevde var femte homosexuell kvinna och var fjärde homosexuell man någon form av diskriminering på arbetsplatsen, framför allt i form av social utstötning och mobbning och då särskilt bland unga homosexuella personer (10).

Bakomliggande orsaker till diskriminering antas vara heteronormativitet, osynliggörande och bristande observans från samhällets sida. Diskriminering och ohälsa ger sannolikt upphov till både psykisk ohälsa och försämrade livskvalitet, som bland annat bristande självkänsla, självmordstankar, psykisk stress, ångest och depression (4, 10, 11, 14, 19, 20, 26-38).

Kränkande behandling/bemötande

At ha utsatts för eller ha upplevt kränkande behandling eller bemötande undersöktes i folkhälsoenkäten. Det framkom att det var betydligt vanligare bland homo- och/eller bisexuella personer än i övriga befolkningen, förutom bland män i åldern 45–64 år, där det inte förelåg någon skillnad.

Bland hbt-personerna var det vanligare att ha upplevt sig kränkt bland bisexuella personer än bland homosexuella, framför allt bland bisexuella män i åldrarna 45–64 år och kvinnor i åldrarna 16–44 år. Allra vanligast var kränkande behandling eller bemötande bland transpersoner, särskilt i åldrarna 16–29 år.

En kartläggning gjord av Arbetslivsinstitutet visade att det förekom trakasserier på arbetsplatsen i form av nedsättande och förlöjligande omdömen om homo- och bisexuella inom framför allt mansdominerade branscher som exempelvis polisen och försvaret men även inom svenska kyrkan (31). Det förekommer också enligt Socialstyrelsen diskriminerande särbehandling, nedlåtande eller kränkande behandling inom socialtjänsten (30).

Hot, våld och trakasserier

Det framkom också i folkhälsoenkäten att det var mycket vanligare bland homo- och/eller bisexuella personer än i övriga befolkningen att ha blivit utsatta för våld under de senaste 12 månaderna. Detta gällde särskilt bland homo- och/eller bisexuella män i åldrarna 16–29 år.

Bland hbt-personer hade homosexuella personer oftare i livet blivit utsatta för trakasserier eller våld på grund av sin sexuella läggning än bisexuella personer. Skillnaderna minskade mellan homo- och bisexuella personer när frågan ställdes om de blivit utsatta för trakasserier eller våld de senaste 12 månaderna. En tredjedel av transpersonerna rapporterade att de någon gång i livet utsatts för våld eller trakasserier på grund av sitt könsuttryck/könsidentitet och av dessa hade cirka en fjärdedel blivit utsatta under de senaste 12 månaderna. Utsatthet för muntliga trakasserier var vanligast förekommande bland hbt-personer. Det var vanligare bland homosexuella än bland bisexuella kvinnor att ha utsatts för skriftliga hot/trakasserier och skadegörelse. Muntliga trakasserier hade homosexuella med vissa heterosexuella inslag utsatts för i mycket stor

utsträckning. Bisexuella personer var i större utsträckning utsatta för stöld/rån än homosexuella med vissa heterosexuella inslag. Muntliga trakasserier var framför allt vanligt bland transpersoner, men även sexuella trakasserier och hot om våld var vanligt i denna grupp.

Andra studier bekräftar ovanstående resultat och har visat att utsatthet för hot, övergrepp, trakasserier, social utstötning, hatbrott med mera är vanligare förekommande hos homo- och bisexuella personer än hos den övriga befolkningen (4, 10, 11, 13, 31, 39). Att vara öppen med sin sexuella läggning verkar dessutom öka risken för hatbrott och våld (4, 26, 31, 37, 39). Forskningen visar på en tendens att homosexuella män oftare än kvinnorna är utsatta för hatbrott, medan kvinnorna är mer utsatta för kränkande bemötande (31, 39, 40). I den norska NOVA-studien visade det sig att homosexuella kvinnor var mer utsatta för våld än kvinnor i övriga befolkningen, särskilt unga homosexuella kvinnor. Andelen som blivit utsatt för hot om våld under det senaste året var nästan dubbelt så hög bland de homosexuella kvinnorna och tre gånger så hög bland homosexuella män jämfört med övriga befolkningen. Bland unga homosexuella var det fem gånger så många som blivit utsatta för hot i förhållande till övriga unga i befolkningen (10).

Socialt stöd

I folkhälsoenkäten framkom att det var vanligare bland homo- och/eller bisexuella personer än i övriga befolkningen att sakna emotionellt stöd (att inte ha någon att dela sina innersta känslor med och anförtro sig åt), framför allt bland homo- och/eller bisexuella män i åldrarna 30–44 och bland kvinnor i åldrarna 16–29 och 45–64. Det var vanligare bland homo- och/eller bisexuella kvinnor i åldrarna 45–64 att sakna praktiskt stöd (inte kunna få hjälp av någon/några personer i situationer då man behöver hjälp med praktiska problem eller är sjuk) jämfört med kvinnor i övriga befolkningen.

När man i webbenkäten jämförde hbt-personer sinsemellan framkom att det var vanligare med avsaknad av emotionellt stöd bland bisexuella män än bland homosexuella män. Att sakna emotionellt stöd var också betydligt vanligare bland transpersoner än bland homosexuella personer. Transpersoner som inte var föreningsaktiva saknade emotionellt stöd i högre utsträckning än föreningsaktiva. Att sakna praktiskt stöd var vanligare bland bisexuella män än bland homosexuella män. Det var också vanligare att sakna praktiskt stöd bland homosexuella personer som var födda utomlands än bland svenskfödda och bland bisexuella personer som levde i mindre städer, på mindre orter eller landsbygd än bland dem som levde i storstad. Transpersoner saknade praktiskt stöd i större utsträckning än bisexuella personer och bisexuella saknade detta oftare än homosexuella personer.

Socialt deltagande

Enligt folkhälsoenkäten var lågt socialt deltagande (se fotnot 2, sidan 34) i aktiviteter eller evenemang vanligare bland homo- och/eller bisexuella kvinnor än bland kvinnor i övriga befolkningen, speciellt i åldrarna 45–64 år.

Om man jämför hbt-personer sinsemellan visade det sig att andelen bland homo- och bisexuella personer med lågt socialt deltagande var mindre än i

folkhälsoenkäten. Det fanns inga skillnader mellan könen eller mellan olika åldrar. Socialt deltagande bland transpersoner skiljde sig inte från homo- och bisexuella personer. Det var vanligare med lågt socialt deltagande bland homo- och bisexuella personer som inte var föreningsaktiva jämfört med föreningsaktiva, bland homo- och bisexuella personer med kort utbildning i förhållande till dem med lång utbildning och bland bisexuella som levde i mindre städer, orter eller landsbygd än bland dem som levde i storstäder.

Tillit

I folkhälsoenkäten ställdes frågor om brist på tillit, det vill säga att i allmänhet inte lita på de flesta människor. Att inte känna tillit var betydligt vanligare bland homo- och/eller bisexuella män i åldrarna 30–44 år och bland kvinnor i åldrarna 16–29 och 45–64 år än i övriga befolkningen.

Webbenkäten visade att det var vanligare bland bisexuella att sakna tillit till de flesta människor än bland homosexuella personer. Det var framför allt vanligare i de yngre åldersgrupperna och bland bisexuella män än bland homosexuella män. Bristande tillit var också vanligare bland homosexuella personer som var födda i annat land än Sverige än bland svenskfödda och bland dem som inte var föreningsaktiva jämfört med föreningsaktiva och bland bisexuella personer som levde i mindre städer, på mindre orter eller landsbygd än bland dem som levde i storstad. Bland transpersoner rapporterade över en tredjedel att de saknade tillit. Det var dessutom vanligare bland transpersoner än bland homosexuella att sakna tillit.

Förtroende för samhällets institutioner

När det gäller förtroende för vissa av samhällets institutioner som exempelvis sjukvård, skola, polis, socialtjänst, arbetsförmedling, försäkringskassa, domstolar, riksdag, landstingspolitiker, kommunpolitiker och fackföreningar, framkom inga stora skillnader mellan homo- och/eller bisexuella personer och den övriga befolkningen. Det var något vanligare att homo- och/eller bisexuella hade litet förtroende för arbetsförmedlingen och försäkringskassan än övriga befolkningen. Det var vanligare i den övriga befolkningen att ha litet förtroende för politiska församlingar än bland homo- och/eller bisexuella personer.

När jämförelser gjordes mellan hbt-personer sinsemellan framkom att en större andel bisexuella män uppgav att de hade litet förtroende för polis och socialtjänst och en större andel bisexuella kvinnor hade litet förtroende för arbetsförmedlingen än bland homosexuella. Det var också en större andel bisexuella kvinnor och män som hade litet förtroende för domstolar än bland homosexuella. Det var vanligare bland transpersoner än bland homosexuella personer att ha litet förtroende för sjukvården, socialtjänst, domstolar samt politiska församlingar. Förtroendet för samhällsinstitutioner var mindre bland hbt-personer med kort utbildning än bland dem med lång och bland dem som inte var föreningsaktiva jämfört med föreningsaktiva.

Vårdkontakter

Det var vanligare bland homo- och/eller bisexuella än övriga befolkningen att ha uppsökt sjukvården de senaste tre månaderna, visade det sig i folkhälsoenkäten.

Detta förhållande kan väl förklaras av en sämre hälsa bland homo- och bisexuella personer. Bland kvinnorna var det vanligare att ha haft kontakt med psykolog, sjukgymnast eller varit inlagd på sjukhus än bland kvinnor i övriga befolkningen. Bland homo- och/eller bisexuella män var det vanligare att ha besökt läkare på sjukhus än bland män i övriga befolkningen. Unga kvinnor i den övriga befolkningen hade besökt ungdomsmottagningar i betydligt större utsträckning än homo- och/eller bisexuella kvinnor. Bland de unga männen var förhållandet det omvända. Transpersoner hade oftare träffat psykolog än homo- och bisexuella personer och det var vanligare bland transpersoner att ha träffat kurator än bland homosexuella personer.

Öppenhet om sexuell läggning

Enligt webbenkäten var det en större andel homosexuella män som var öppna med sin sexuella läggning, t.ex. i uppväxtfamiljen, bland vänner och i skola eller arbetsliv, jämfört med bisexuella män. Dessa skillnader fanns inte bland kvinnor där det var lika vanligt att vara öppen bland homo- och bisexuella i alla åldrar. Bland manliga bisexuella 40-talister var det endast drygt 50 procent som var öppna med sin sexuella läggning samtidigt som det bland 80-talisterna var knappt 90 procent. Det verkar således som om graden av öppenhet i viss utsträckning är en generationsfråga.

I webbenkäten framgick det att öppenhet med sin sexuella läggning i uppväxtfamiljen var betydligt mindre vanligt bland bisexuella personer än bland homosexuella personer i alla generationer utom bland kvinnor födda på 40- och 50-talen. Transpersoner i alla generationer var i mindre utsträckning öppna med sin könsidentitet/könsuttryck i uppväxtfamiljen än vad homosexuella var med sin sexuella läggning och öppenhet var även mindre vanligt bland transpersoner som var födda på 70-talet än bland bisexuella personer.

Forskningsresultat har visat att en situation där man inte kan vara öppen med sin sexuella läggning skulle kunna medföra ökad risk för försämrad hälsa hos homo- och bisexuella personer (10, 31, 41). I den norska NOVA-undersökningen framkom att homosexuella personer är mer öppna gentemot föräldrar och syskon idag jämfört med för 20 år sedan. Homosexuella män var något mindre öppna än kvinnorna. Det framkom vidare att det skett en positiv förändring i fråga om öppenhet med homosexuell läggning på arbetsplatsen sedan 1970- och 1980-talen (10).

Sexuell hälsa

I flera studier har man funnit ett samband mellan homo- och bisexuell läggning och sexuella riskbeteenden (14, 15). De flesta studier om sexuella riskbeteenden har dock rört homo- och bisexuella män, vilket gör att det finns mycket begränsad kunskap om eventuella riskbeteenden hos andra hbt-personer, exempelvis homo- och bisexuella kvinnor.

I en enkätundersökning fanns inga stora skillnader avseende sjukdomspanoramata mellan homo- och bisexuella kvinnor och heterosexuella kvinnor. Homo- och bisexuella kvinnor hade liksom heterosexuella kvinnor haft gynekologiska infektioner, många hade varit gravida, fött barn och genomgått abort. Den absoluta majoriteten av homo- och bisexuella kvinnor hade haft sex med en man.

Skillnader fanns på så sätt att en större andel av homo- och bisexuella kvinnor hade sökt experthjälp för sexuella problem, samtidigt som man i mindre utsträckning uppsökt gynekolog och använt sig av preventiv sjukvård, exempelvis cellprovstagning. När det gäller orsakerna till varför man sökt gynekolog visade det sig att homo- och bisexuella kvinnor i högre utsträckning än heterosexuella uppgett smärta som besöksorsak (42).

Kunskap om sexuell hälsa bland män som har sex med män (MSM) finns i betydligt högre utsträckning än bland kvinnor som har sex med kvinnor. Detta beror bland annat på de behov av kunskap som uppkommit genom hiv epidemin. Svenska och internationella studier har exempelvis visat att hiv epidemin förändrade sexvanorna bland MSM. Det första fallet av aids i Sverige diagnostiserades 1982 hos en homosexuell man. Ändrade sexvanor handlade bland annat om en ökad kondom användning vid anala samlag, något som innan hiv/aids blev känt vanligen inte förekom bland MSM. Många kom också att minska antalet sexpartner och sexuella kontakter utomlands. Den under många år låga förekomsten av gonorré, klamydia och syfilis bland homosexuella män i Sverige, liksom det sjunkande antalet nya hivfall under 1990-talet, togs som ett tydligt tecken på att denna grupp, mer än någon annan i samhället, förändrade sitt sexuella beteende på grund av hiv/aids. I mitten av 1990-talet rapporterades endast några enstaka fall av syfilis per år och ett 30-tal gonorréfall bland MSM (43, 44).

Den sexuella hälsan har dock sedan slutet av 1990-talet försämrats i gruppen MSM vilket speglas av en ökning av flera sexuellt överförda infektioner. Så har exempelvis gonorré och klamydiainfektion ökat. Även syfilis började öka under början av 2000-talet. Det finns flera bakomliggande faktorer som bidragit till denna utveckling. Rädslan för hiv har minskat och för många unga MSM är hiv inte en sjukdom som de har erfarenhet av. Studier bekräftar att yngre MSM tar större risker och inte är lika konsekventa i kondom användning.

Totalt har under åren 2 478 män som smittats med hiv infektion genom sex med män rapporterats av totalt 6 705 personer (t.o.m. 2004). Av de MSM som anmälts med hiv infektion har 42 procent också rapporterats med aids diagnos och 943 har rapporterats avlidna (ofullständiga mortalitetsdata). Under 1980-talet utgjorde MSM 52 procent av alla anmälda fall. Med tiden har dominansen minskat och den utgör nu 37 procent av alla fall. Två tredjedelar av dessa har smittats i Sverige och MSM utgör alltså den grupp där den största inhemska smittspridningen av hiv infektion förekommer, vilket också medför att förekomsten av hiv är högre än i andra grupper. Det är därmed större risk för en person i MSM-gruppen att träffa på en hiv infekterad sexualpartner jämfört med andra grupper. Trots medvetenhet om riskerna och hur man skyddar sig har ändå smitta fortsatt att kontinuerligt spridas inom gruppen MSM i Sverige, även om antalet fall varit relativt konstant under senare år. Tidigare studier har bland annat framhållit alkoholpåverkan och negativ självuppfattning som riskfaktorer för smittoöverföring. Påverkan av andra droger (amfetamin, extacy, LSD med flera) brukar också framhållas som en riskfaktor, men forskningsresultaten pekar på att droganvändningen i samband med sex är låg bland MSM i Sverige. Andra

riskfaktorer är låg ålder, få vänner med hiv-infektion, få vänner som avlidit i aids och underskattande av den egna hivrisken.

Forskning har också visat att yngre MSM tar större risker och inte är lika konsekventa i kondomanvändningen vid analsex med tillfällig partner som de äldre männen. Dock bör påpekas att hiv ännu inte fått fotfäste bland unga MSM och den genomsnittliga åldern för hiv-diagnos har legat stabilt på cirka 38 år under den senaste tioårsperioden. Den ökade spridningen av andra sexuellt överförda infektioner medför dock att det finns en stor risk för en ökad smittspridning av hiv. MSM är därför en extra riskutsatt grupp vad gäller hivinfektion. Det är således viktigt att följa sexualvanorna i MSM-gruppen för att kunna möta förändringar med preventiva insatser (45). I syfte att få bättre kunskap om sexuellt risktagande bland MSM över tid erhöll Malmö Högskola 2005 ett forskningsstöd av FHI för att genomföra en sociosexuell studie.

Resultat från en studie om hälsorelaterad livskvalitet bland hiv-positiva MSM visade att de hiv-positiva männen angav en statistiskt säkerställd sämre hälsorelaterad livskvalitet jämfört med ett tvärsnitt ur den svenska befolkningen och att ett mer avancerat sjukdomsstadium, antiretroviral behandling, sjukskrivning/sjukpension, lägre inkomst och lägre utbildningsgrad var associerat till en sämre hälsorelaterad livskvalitet (46).

Transpersoners hälsa

De mer omfattande studierna beskriver den kanske största gruppen transpersoner, det vill säga transvestiter organiserade i olika föreningar. Dessa studier visar att det här handlar om personer med en harmonisk familjebakgrund, en ordnad psykosocial situation där en övervägande andel individer är föräldrar och lever i stabila förhållanden och har en mycket bra utbildningsbakgrund. Transpersoner med en mer transsexuell inriktning beskrivs ha haft en mer problematisk familjebakgrund än vad som gäller för transvestiter. Undersökningar har även belyst transpersoner som arbetar som sexarbetare. Data visar här på hög förekomst av droganvändning. När man diskuterar hälsosituationen för transpersoner bör man uppmärksamma att den ser olika ut för olika grupper (47).

För transsexuella kan själva könsbytesprocessen vara påfrestande. Transsexuella kan innan könsbytesoperation vara oroliga, ångestfyllda och deprimerade och självmordsförsök förekommer. Forskning om självmordsförsök avseende transsexuella visar dock på olika resultat. Vissa undersökningar har exempelvis funnit att transsexuella kvinnor gjort fler självmordsförsök (48-51) medan andra studier inte funnit några skillnader (52).

Attityder till homosexuella personer

Syftet med de attitydmätningar som gjorts av Forskningsgruppen för Samhälls- och Informationsstudier (FSI) har dels varit att se hur attityderna till homosexuella personer förändras över tiden, dels att synliggöra de strukturer som ligger till grund för den diskriminering som sker. Om man kan tydliggöra orsakerna till diskrimineringen kan detta underlätta arbetet för att motverka fördomar och negativa attityder gentemot hbt-personer. Möjligen kan undersökningar av detta slag uppfattas som utpekande och stigmatiserande.

Mätningarna fyller dock en viktig funktion och ger en bild av samhällsklimatet, de strukturer som råder och vilken grogrund som finns för diskriminering.

De slutsatser som kan dras utifrån tidsperioden 1998–2005 är att allmänhetens attityder till homosexualitet successivt har blivit mer positiva. Mätningarna tyder dessutom på att erfarenheterna av att arbeta med homosexuella har ökat och att denna erfarenhet har en positiv effekt på attityderna. En slutsats som kan dras utifrån mätningarna är att förutsättningarna för ett samhälle fritt från diskriminering på grund av sexuell läggning har förbättrats de senaste åren. Däremot ökar antalet anmälda hatbrott. Orsakerna till detta borde utredas ytterligare. Diskriminering och trakasserier av hbt-personer existerar fortfarande i hög utsträckning. I en fördjupad undersökning från 2001 framkom att attityderna till homosexuella ingick i ett mönster av andra attityder. De personer som uppgav en negativ attityd till homosexuella hade också en negativ attityd till invandrare samt kände att de inte kunde påverka sin situation i samhället. Gruppen utgörs i högre grad av män, äldre kvinnor och män, lågutbildade samt personer som är bosatta på mindre orter och landsbygden. Kännedom om homosexuella och erfarenhet av människor med denna läggning tycks vara av stor vikt för att minska negativa uppfattningar.

5.2 Slutsatser

Diskriminering en viktig orsak till den högre psykiska ohälsan bland hbt-personer

Resultaten från undersökningarna visar ganska tydligt att hbt-personer i allmänhet och unga hbt-personer i synnerhet har en betydligt sämre psykisk hälsa än övriga befolkningen. Om man jämför hbt-personerna sinsemellan verkar det som om bisexuella har en sämre psykisk hälsa än homosexuella och att transpersoner har den sämsta psykiska hälsan av samtliga de tillfrågade personerna.

Samtidigt kan man fråga sig vad som är orsakerna till den mycket påtagligt sämre psykiska ohälsan hos hbt-personer. Dessa orsaker är idag inte helt klarlagda. Dock är det uppenbart att diskriminering, som betydligt fler hbt-personer upplever sig vara utsatta för, är en av orsakerna till ohälsan eftersom det finns ett starkt samband mellan diskriminering och hälsa. I studier där man undersökt diskriminering på grund av sexuell läggning visar ett flertal på psykologiska effekter av diskriminering såsom psykisk ohälsa i form av exempelvis nedstämdhet, ångest, självmordstankar, och större användning av psykvården. Andra bestämningfaktorer kan också givetvis inverka på psykisk ohälsa, exempelvis ett ökat riskbeteende inom levnadsvaneområdet som hög konsumtion av alkohol eller cannabis. Dessutom är det tänkbart att det inte finns tillräckligt med drogfria fritidsmiljöer och andra hälsofrämjande mötesplatser för hbt-personer.

Utsatthet för kränkningar, dåligt bemötande, hot, trakasserier, rädsla för våld, avsaknad av emotionellt stöd, brist på tillit till andra människor kan också vara viktiga faktorer som bidrar till en högre ohälsa bland hbt-personer.

Det bör återigen poängteras att det är svårt att undersöka hälsa och livsvillkor bland hbt-personer på grund av metodologiska svårigheter, exempelvis att få ett tillräckligt stort och representativt urval. Därför bör en viss försiktighet råda när man tolkar och generaliserar resultaten. Även bland hbt-personer, liksom i den övriga befolkningen, finns dessutom inom de flesta hälsoområdena stora skillnader inom respektive grupp avseende ålder, kön, utbildningsnivå samt geografiska skillnader. Exempelvis är det vanligare med dålig hälsa hos hbt-personer med låg utbildning än bland dem med hög utbildning.

Sammanfattningsvis kan konstateras att det enligt resultaten ovan råder en tydlig ojämlikhet i hälsa mellan hbt-personer och den övriga befolkningen eftersom den psykiska ohälsan är så pass påtagligt sämre. Det finns dock inte lika stora skillnader mellan hbt-personer och befolkningen avseende den fysiska hälsan. Det krävs fortsatt forskning om orsakerna till den högre psykiska ohälsan bland hbt-personer liksom ett arbete med att ta fram lämpliga insatser från samhällets sida för att komma tillrätta med denna ojämlikhet i hälsa.

För att kunna sätta in effektiva förebyggande åtgärder behövs dock en mer nyanserad kunskap om hälsoläget inom olika grupper, dels hos homo- och bisexuella personer, dels hos transpersoner. Det är också viktigt att både privata och offentliga aktörer använder sig av olika metoder och arbetssätt för att minska diskrimineringen av hbt-personer och att samhället bistår hbt-personer med hög psykisk ohälsa med tillräckligt psykologiskt stöd och rådgivning. Stöd och rådgivning är särskilt viktigt när det gäller unga hbt-personer. Därutöver är det även angeläget att det sker ett fortsatt effektivt antidiskrimineringsarbete inom samhällets alla områden, till exempel på arbetsplatser, inom skolan, inom offentliga myndigheter och inom näringslivet samt av frivilligorganisationerna (se vidare åtgärdsförslagen nedan).

Fortsatt forskning för att fylla kunskapsluckorna

Trots att FHI:s undersökningar har bidragit till att öka kunskapen om hbt-personers hälsosituation saknas det fortfarande kunskap inom många områden, särskilt inom respektive grupp av hbt-personer. Den forskning som bedrivs har metodologiska problem och visar ibland på motstridiga resultat. Det skulle även behövas mer svensk forskning om hbt-personers hälsosituation. Kunskapsluckor finns också bland annat avseende transpersoner. Fortsatt forskning behövs vidare som studerar om det är så att hbt-personer generellt sett utsätts för en ansamling av riskfaktorer i betydligt högre utsträckning än genomsnittet i befolkningen. Det behövs även mer forskning om exempelvis unga hbt-personer, äldre hbt-personer och hbt-personer som är utlandsfödda. Annan viktig forskning kan handla om effekterna av homofobi och kopplingar till hbt-personers livsvillkor. Det är viktigt att det finns forskning som fokuserar på mekanismer som genererar och befäster heteronormativitet i samhället.

Fortsatt forskning kring diskriminering och hälsa

Även om det idag kan konstateras att diskriminering är en bestämningsfaktor för hälsa hos hbt-personer finns fortfarande vissa kunskapsluckor inom området diskriminering och hälsa. Det behövs exempelvis ytterligare studier som belyser samspelet mellan olika diskrimineringsgrunder, upplevelsen av diskriminering

och relationen till hälsa. Frågebatterierna i olika enkätundersökningar bör dessutom valideras och även omfatta olika diskrimineringsgrunder. Även annan statistik liksom kvalitativa intervjuer bör genomföras, som kan komplettera och fördjupa kunskapen och de självrapporterade upplevelserna av diskriminering, för att på så sätt närmare förstå relationen mellan diskriminering och hälsa.

Frågorna i folkhälsoenkäten och webbenkäten som belyser diskriminering, kränkningar, våld och trakasserier är alla mått på självrapporterad diskriminering. Den självrapporterade diskrimineringen är dock inte den enda metoden att mäta diskrimineringens samband med hälsan. Den ger inte svar på i vilken omfattning och hur sambanden ser ut mellan en objektivt sett existerande diskriminering i samhället som inte respondenten själv upplever, men som sannolikt får konsekvenser för individernas hälsa. Det är därför viktigt att ta fram kompletterande data inom olika välfärdsområden, exempelvis inom arbetsmarknaden, bostadsmarknaden, hälso- och sjukvården och utbildningssektorn. Ett annat viktigt forskningsområde handlar om på vilket sätt osynliggörande och tystnad, som en konsekvens av heteronormativiteten i samhället, påverkar hbt-personers hälsa.

Den epidemiologiska forskningen om diskriminering befinner sig i en utvecklingsfas och det saknas ännu en standardiserad metodologi för att mäta självrapporterade upplevelser av diskriminering. Det behövs metodologisk forskning som jämför utfallet av olika typer av mått på självrapporterad diskriminering inom en och samma population och för valda hälsoutfall. Det råder dessutom brist på studier om diskriminering inom andra ämnesområden som gör det svårt att ”låna” validerade mätinstrument från andra forskningsdiscipliner. Det är även viktigt att det görs studier på området baserat på svenska förhållanden.

6. Förslag till åtgärder

Nedan redovisas de förslag till åtgärder som Statens folkhälsoinstitut anser angelägna för att förbättra hälsosituationen för homosexuella, bisexuella och transpersoner. Avsnittet är indelat i två delar. Den första delen innehåller förslag riktade till regeringen, myndigheter och organisationer. Den andra delen innehåller rekommendationer till kommuner, landsting och regioner.

I en separat bilaga, bilaga 5, presenteras de förslag till åtgärder och viktiga insatsområden, som Riksförbundet för sexuellt likaberättigande (RFSL) vill föreslå. Statens folkhälsoinstitut finner förslagen väl värda att beakta och presenterar dem i sin helhet, utan att ta ställning till dem.

6.1 Förslag till regeringen, berörda myndigheter och organisationer

Aktiv kunskapsöverföring och antidiskrimineringsarbete för att motverka diskriminering och exkludering

Det framgår av de undersökningar som Statens folkhälsoinstitut utfört att hbt-personer har sämre social förankring och i större utsträckning är utsatta för hot om våld och kränkande behandling eller kränkande bemötande än den övriga befolkningen. Dessutom rapporterar såväl homosexuella som transpersoner en stor andel trakasserier och diskriminering.

I likhet med tidigare studier visar denna undersökning att de grupper som har hög ohälsa också återfinns bland de grupper som är mest utsatta för diskriminering i samhället. Slutsatsen innebär att diskriminering inte bara är en kränkning av enskilda individers rättigheter och därmed ett generellt demokratiproblem, utan också får negativa konsekvenser för individens hälsa och därmed för samhället i form av ökad sjukdomsburden. Genom att aktivt motverka diskriminering inom alla samhällsområden, såsom skola, arbetsliv, vård och omsorg, skapas förutsättningar för en jämlik hälsa och ett deltagande i samhällslivet på lika villkor. Att motverka diskriminering torde således ha positiva konsekvenser för den allmänna välfärden, hälsan, och för samhällsekonomin i stort.

Statens folkhälsoinstitut anser det angeläget att

- myndigheter och organisationer bedriver ett aktivt arbete mot diskriminering av hbt-personer i sin externa verksamhet mot kunder/brukare
- Ombudsmannen mot diskriminering på grund av sexuell läggning (HomO) får förbättrade möjligheter för att på bred front kunna arbeta mot diskriminering och homofobi i samhället.

Heteronormativitet på arbetsplatser har visat sig genomsyra organisationsstrukturer och vardagliga relationer i arbetslivet (31). I undersökningen dras bland annat slutsatsen att det är kunskapsbrister bland heterosexuella som förklarar att förekomst av diskriminering och trakasserier på grund av sexuell läggning inte uppmärksammas.

Det tidigare EU-finansierade Equalprojektet och den nuvarande nationella temagruppen NTG Fritt Fram ger exempel på hur attitydpåverkande metoder och förändringsverktyg kan användas för att motverka diskriminering och utestängning i arbetslivet.

Statens folkhälsoinstitut anser det angeläget att

- myndigheter och organisationer i sitt antidiskrimineringsarbete integrerar frågor om heteronormativitet och samverkar för att aktivt bidra till en kunskapsöverföring på hbt-området.

Bildandet av en expertgrupp för hbt-frågor

Som tidigare konstaterats bör denna undersökning ses som ett pilotprojekt, som har gett en viss – men ändå begränsad – kunskap om hälsosituationen för hbt-personer. Framför allt gäller detta äldre, bisexuella och de olika transgrupperna, som är otillräckligt belysta. Intersexuellas hälsosituation utgör också en kunskapslucka, som behöver utredas. I syfte att fylla de kunskapsluckor som finns inom hbt-området kan en expertgrupp ha en viktig funktion.

Statens folkhälsoinstitut anser det angeläget att

- regeringen tillsätter en expertgrupp bestående av forskare från olika discipliner inom hbt-området och andra sakkunniga. Expertgruppen bör ur ett tvärvetenskapligt perspektiv fortsätta det arbete som institutets återrapportering lagt grunden till.

Viktiga arbetsuppgifter för expertgruppen är att genomföra systematiska kunskapssammanställningar på hbt-området i samarbete med Statens folkhälsoinstitut. Som tidigare nämnts visar institutets egna undersökningar att det finns en betydande ojämlikhet i hälsa mellan hbt-personer och övrig befolkning. Av tidigare studier framgår att ett antal faktorer, såsom samhällets heteronormativitet och diskriminering, påverkar gruppernas hälsa. Det är dock ännu inte klarlagt vilken dignitet dessa bestämningsfaktorer har för hälsoutfallet och om det finns ytterligare determinanter. För att närmare kunna analysera detta område och därmed även kunna bedriva ett preventivt arbete behöver systematiska kunskapssammanställningar genomföras.

En annan viktig fråga för expertgruppen är att utreda frågan om ett hbt-kunskapscentrum. Under utredningens gång har uppdragets referensgrupp diskuterat behovet av ett hbt-kunskapscentrum i syfte att vara en resurs för myndigheter och organisationer i deras arbete med att utveckla hbt-området och integrera det i sina respektive verksamheter. Olika idéer om målsättning och innehåll har framförts, men utredningen anser inte att tiden ännu är mogen att närmare precisera roll och uppgifter för ett sådant centrum samt att ta ställning

till dess finansiering. I avvägningen kring resurstilldelningen bör även en hälsoekonomisk beräkning ingå.

Fortsatt hälsoforskning inom hbt-området

Som tidigare nämnts finns det stora kunskapsluckor inom hbt-området. Därutöver finns ett antal specifika frågeställningar som behöver belysas vetenskapligt för att ge underlag för ytterligare åtgärder och för att närmare kunna analysera hälsotillstånden bland hbt-personer. Exempel på frågeställningar är

- Orsakerna till att den psykosociala hälsan upplevs som betydligt sämre än för övriga befolkningen och till skillnaderna mellan grupper. Här bör hänsyn tas till sexuell läggning, kön/könsuttryck, ålder, etnisk tillhörighet, funktionshinder
- Vidareutveckling av effektiva metoder för att minska negativa attityder
- Vidareutveckling av effektiva metoder för att minska diskrimineringen
- Utveckling av effektiva metoder för psykologiskt stöd till hbt-personer
- Validering av frågeinstrument och undersökningsmetoder för att studera hbt-personers hälsa.

För att stimulera forskningsintresset behöver särskilda medel reserveras för forskning inom exempelvis områdena funktionshindrade, barn och äldre samt migration.

Statens folkhälsoinstitut anser det angeläget att

- medel tillförs Vetenskapsrådet alternativt Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS) och ”öronmärks” för tvärvetenskaplig forskning kring hbt-personers hälsoproblematik.

Validering och utveckling av frågan om sexuell läggning och könsuttryck i olika hälso- och befolkningsundersökningar

Statens folkhälsoinstituts nationella folkhälsoenkät från år 2005 är den första befolkningsbaserade undersökning som genomförts i Sverige och som ger möjlighet att jämföra homosexuella och bisexuellas hälsa med hälsan för övrig befolkning. Det är angeläget att undersökningarna upprepas kontinuerligt och för att följa hälsoutvecklingen över tid.

Trots att 29 500 personer i åldern 16-64 år hade besvarat frågan om sexuell läggning var det bara 648 personer (2 procent) som uppgav att de inte var heterosexuella. Bland dem i åldern 65-84 år var det endast ett fåtal som uppgav att de inte var heterosexuella. Mot denna bakgrund är viktigt att det sker en metodutveckling av frågan om sexuell läggning och att frågan valideras. Ett sådant utvecklingsarbete kommer till viss del att ske under våren 2006 inom ramen för projektet Diskriminering och hälsa, ett samverkansprojekt mellan FHI och ombudsmännen mot diskriminering. JämO som hittills har ingått i projektet kommer dock fortsättningsvis endast att ingå som referens till projektet. Inom ramen för projektets budget kommer därför inte validering och utveckling av frågor kring könstillhörighet och könsuttryck prioriteras på samma sätt som övriga diskrimineringsgrunder.

Ungdomsstyrelsen (US) genomförde år 2004 en nationell ungdomsundersökning med ett urval av 5000 ungdomar (den så kallade NUPP-undersökningen). Den är en av de källor Ungdomsstyrelsens använder för uppföljningen av ungdomspolitiken och innehåller bl.a. frågor om ungas självupplevda hälsa. Svarsfrekvensen var 65 %, av dessa svarade 4,3 % att de hade en annan sexuell läggning än heterosexuell, vilket är något över 120 personer i undersökningen. Detta är, enligt Ungdomsstyrelsens uppfattning, en alltför liten grupp för att göra en vidare analys med god kvalitet av deras livsvillkor, endast enklare analyser är möjliga. Ungdomsstyrelsen planerar dock att fortsätta ställa frågan om sexuell läggning i framtida nationella undersökningar för att följa upp ungdomspolitiken.

I sitt arbete att stödja och främja kommunernas utveckling av ungdomspolitiken erbjuder Ungdomsstyrelsen ett verktyg till kommunerna som kallas LUPP. LUPP är en enkätundersökning till kommunens unga vars syfte är att tjäna som underlag för kommunernas arbete med att utveckla ungdomspolitiken lokalt. LUPP innehåller frågor om hälsa och diskriminering, där diskriminering p.g.a. sexuell läggning finns med. Kommunerna bestämmer själva urvalet (storlek och åldersgrupp) för undersökningen. Syftet är att kommunerna ska använda resultaten i sitt vidare ungdomspolitiska arbete. Om det finns intresse från kommunerna att inkludera frågor om sexuell läggning är detta möjligt.

Statens folkhälsoinstitut anser det angeläget att

- Statistiska centralbyrån (SCB) i samverkan med projektet Diskriminering och hälsa genomför en validering av frågan om sexuell läggning och könsuttryck. En målsättning är att frågorna på sikt inkluderas i olika hälso- och befolkningsundersökningar som exempelvis nationella folkhälsoenkäten, landstingens/regionernas folkhälsoundersökningar, Ungdomsstyrelsens undersökningar och Statistiska centralbyråns undersökningar av levnadsförhållanden.

Hbt-perspektiv vid implementering av handlingsplaner för självmordsprevention

I institutets undersökningar och i internationell forskning har framkommit att självmordstankar och självmordsförsök är avsevärt vanligare bland hbt-personer jämfört med övrig befolkning. Såväl Socialstyrelsen som FHI har under sommaren 2005 fått regeringens uppdrag att utveckla handlingsplaner för självmordsprevention. Handlingsplanerna kommer att ha en generell prägel och inte vara fokuserade på olika riskgrupper.

Statens folkhälsoinstitut anser det angeläget att

- hbt-personers hälsosituation särskilt beaktas vid implementeringen av Socialstyrelsens och Statens folkhälsoinstituts handlingsplaner för självmordsprevention.

6.2 Rekommendationer till landsting/regioner och kommuner

Utbildning i bättre bemötande bland personal inom främst hälso- och sjukvård och socialtjänst

Av institutets nationella folkhälsoenkät framgår att det är vanligare bland homo- och bisexuella än bland övriga befolkningen att ha uppsökt sjukvården under de senaste tre månaderna. Tidigare forskning visar att homo- och bisexuella ofta får ett heteronormativt bemötande inom vård och socialtjänst (1, 30, 41, 53).

Bemötandet innebär att den behandlande personalen utgår ifrån att patienten/klienten är heterosexuell och har en partner av motsatt kön. Detta kan leda till osynliggörande, kränkningar, missförstånd och att patienten/klienten undviker att söka vård trots att behov finns. Hbt-frågor är ofta osynliga inom ett flertal offentliga verksamheter, exempelvis inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. För att säkerställa vårdkvaliteten oberoende av patientens sexuella läggning och/eller könsidentitet/könsuttryck, behöver en rad åtgärder vidtas.

Statens folkhälsoinstitut anser det angeläget att

- landsting/regioner och kommuner uppmärksammar behovet av att personal inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten utbildas i ett icke-heteronormativt bemötande för att motverka ett kränkande bemötande och sämre omhändertagande. Utbildningsbehov kan även finnas bland personal som kommer i kontakt med ungdomar inom elevhälsa, på ungdomsmottagningar och inom barn- och ungdomspsykiatri.

Stöd till skolhälsovård, ungdomsmottagningar, barn- och ungdomspsykiatri och familjerådgivning

Av institutets nationella folkhälsoenkät, webbenkäten, underlagsrapporter och internationell forskning framgår att det bland hbt-ungdomar finns betydligt mer psykisk ohälsa och upplevelser av utsatthet än i övrig ungdomspopulation. Skolhälsovården (elevhälsan), ungdomsmottagningar, barn- och ungdomspsykiatri utgör viktiga resurser för unga människors hälso- och identitetsutveckling. Av nationella folkhälsoenkäten framgår också att homo- och bisexuella pojkar har uppsökt ungdomsmottagningar i större utsträckning än övriga pojkar. De ungdomar (16–26 år) som saknade tillit till andra människor eller hade utsatts för kränkande behandling hade i större utsträckning besökt ungdomsmottagningar än övriga ungdomar.

Socialstyrelsen har i sin rapport *Ungdomar i behov av samhällets stöd* (54) föreslagit regeringen att så kallade ungdomscentraler inrättas. Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar (FSUM) ställer sig dock mycket kritisk till förslaget och menar att de verksamheter rapporten föreslår, exempelvis i form av ungdomscentraler, redan ingår i ungdomsmottagningarnas arbete. Föreningen menar vidare att verksamheterna är ojämnt fördelade och otillräckliga för majoriteten av mottagningarna. Statens folkhälsoinstitut tar inom ramen för detta uppdrag inte ställning till hur det berörda barn- och ungdomsarbetet på regional/lokal nivå ska organiseras.

Ungdomsmottagningar, skolhälsovård och barn- och ungdomspsykiatri har olika huvudmän och arbetar såväl hälsofrämjande som sjukvårdsförebyggande. En

problematik är att personal- och budgetresurserna är av olika dignitet och ojämnt fördelade i kommuner, landsting och regioner.

Statens folkhälsoinstitut anser det angeläget att

- huvudmännen för de olika verksamheterna uppmärksammar det angelägna i att alla ungdomar har samma möjligheter att få sina behov tillgodosedda. Det ligger på huvudmännens ansvar att tillgodose en god och jämn resurstilldelning till de olika verksamheterna, att personalen vid mottagningarna har adekvat kunskap i att möta hbt-ungdomar och tillgång till kontinuerlig fortbildning och att utvärderingar görs och kvaliteten säkras.

Föräldrar vars barn berättar om sin homo- eller bisexuella läggning eller icke-normativa könsidentitet går igenom en bearbetningsprocess. Om inte en bearbetningsprocess sker kan det resultera i en försämrad relation mellan föräldrar och barn samt få konsekvenser för familjens psykiska hälsa. Kommunernas familjerådgivningar utgör av tradition resurser för hjälp och stöd i samlevnadsproblem och det ligger nära till hands att de även skulle kunna erbjuda föräldrar till hbt-ungdomar kvalificerad rådgivning vid behov.

Mot bakgrund av Socialstyrelsens rapport som visar att homo- och bisexuella personer ofta osynliggörs, missförstås eller till och med kränks i mötet med socialtjänsten är det angeläget att familjerådgivningarna även uppmärksammar homo- och bisexuella partners/föräldrars behov av kvalificerad rådgivning.

Statens folkhälsoinstitut anser det angeläget att

- kommunerna uppmärksammar behovet av familjerådgivningar som har kompetens att stödja hbt-personer samt behovet av stöd till föräldrar med hbt-ungdomar.

Integrering av ett hbt-perspektiv i skolmiljön

Myndigheten för skolutveckling diskuterar i sin antologi *Hela livet – 50 år med sex- och samlevnadsundervisning* frågor om homo- och bisexualitet och könsidentitet i skolan och menar att skolan historiskt sett varit dålig på att tala om homo- och bisexualitet och att vända sig till hbt-elever. Även läromedlen har ibland haft tvetydiga eller direkt nedsättande formuleringar om homo- och bisexuella. Eftersom många ungdomar som är homo- och bisexuella inte vågar tala med sina föräldrar och inte tror att de kan få stöd hemifrån är det viktigt att skolan skapar en trygg miljö och integrerar homo-, bi- och transfrågor i undervisningen.

För att kunna skapa en trygg skolmiljö för hbt-elever – och –lärare kan skolan göra ett antal åtgärder, enligt Myndigheten för skolutveckling. Man kan exempelvis fundera över vad som står i skolans styrdokument, på vilket sätt förstår elever, lärare och föräldrar att skolan tar ställning för, välkomnar och inkluderar hbt-elever? Skolan kan även uppmärksamma nedsättande språk och kommentarer. Dessutom är det möjligt för skolan att inventera och regelbundet uppdatera tillgången till exempelvis broschyrer, skönlitterära böcker och skolbiblioteket om hbt-frågor. I undervisningssituationen med betoning på sex-

och samlevnadsundervisningen kan lärare och elever försöka bli medvetna om det egna språkbruket i klassrummet. Det är även viktigt att integrera hbt-frågor i undervisningen genom att gå igenom de lokala kursplanerna och arbetsplanerna för exempelvis sex- och samlevnadsundervisningen och se om hbt-frågor finns med. Det är även möjligt för skolan att fortbilda personalen, dels generellt, dels genom fördjupad fortbildning för personal som arbetar mer djupgående med sex- och samlevnadsundervisning liksom även kuratorer och skolsköterskor (55).

Statens folkhälsoinstitut ställer sig bakom Myndigheten för skolutvecklings tankegångar och anser det angeläget att

- skolan uppmärksammar behovet av att integrera ett hbt-perspektiv i skolmiljön och skolundervisningen och behovet av fortbildning av skolpersonal i hbt-frågor.

Ett hbt-perspektiv inom ramen för alkohol- och drogprevention

Enligt institutets undersökningar är det fler homo- och bisexuella som inte nyttjar alkohol alls än i övriga befolkningen, men det är också vanligare att vara riskkonsument av alkohol. Samma data visar att användningen av cannabis är vanligare bland homo- och bisexuella, framför allt bland yngre. Hbt-personer har visat sig i hög utsträckning söka sig till krogmiljöer, då det råder brist på alkohol- och drogfria mötesplatser. I Stockholm finns sedan 1995 STAD-projektet, landets största utbildningsinsats på alkohol- och drogprevention riktad till hälso- och sjukvård, ungdomsinriktad prevention till familjer samt alkohol- och narkotikaprevention riktad till restauranger.

Statens folkhälsoinstitut anser att det är angeläget att

- kommuner och landsting/regioner uppmärksammar behovet av ett brett samhällsinriktat preventionsarbete på alkohol- och drogområdet där ett hbt-perspektiv ingår. Det är också av stor vikt att det finns tillgång till alkohol- och drogfria mötesplatser för hbt-personer.

Särskilda mottagningar för homo- och bisexuella kvinnor samt för män som har sex med män

Den sexuella hälsan bland homo- och bisexuella belyses inte inom ramen för institutets egna undersökningar. En underlagsrapport (42) pekar på att det tycks finnas skillnader i vårdutnyttjande mellan homo- och bisexuella kvinnor och heterosexuella kvinnor. Den förra gruppen uppsöker gynekolog i betydligt mindre utsträckning och anledningen till besöken är ofta smärta, jämfört med mer regelbundna gynekologbesök i preventivt syfte bland heterosexuella kvinnor. En pågående utvärdering av en mottagning för homo- och bisexuella kvinnor i Stockholm indikerar att den fyller en viktig funktion och har stort förtroende bland patienterna.

Män som har sex med män skattar sin hälsa som sämre jämfört med den generella befolkningen och löper en högre risk för att infekteras med hiv, gonorré, klamydia och syfilis (45). Organisationer riktade till homosexuella har utgjort en viktig del i samhällets preventiva satsningar och efter initiativ av homosexuella läkare öppnades inom offentlig vård särskilda venereologiska mottagningar, riktad till män som har sex med män; Venhälsan i Stockholm och Gayhälsan i Göteborg.

Svenska studier visar att många homosexuella kvinnor och män uttrycker frustration över att möta obekväma reaktioner och kommunikationssvårigheter i kontakt med hälso- och sjukvårdspersonal samt att mer än en tredjedel (36 procent) av sjukvårdspersonalen önskar avstå från att vårda homosexuella personer (41). Vid mottagningar för homo- och bisexuella kvinnor och för män som har sex med män framhåller många att personalens professionalitet, kompetens och förståelse skapar en trygghet och tillit som de inte känner inom övrig sjukvård och att dessa resurser är av särskilt stort värde för patienterna.

Statens folkhälsoinstitut anser det angeläget att

- landsting/regioner uppmärksammar det behov som homo- och bisexuella kvinnor samt män som har sex med män har, av specialmottagningar för sin hälsa eller av andra resurser som är anpassade till deras behov. Därutöver kan mottagningarna utgöra viktiga resurser för kunskapsuppbyggnad och kunskapsöverföring av hbt-frågor.

Referenser

1. Westerståhl A, Grutzmeier S. Hälsorelaterade problem hos homosexuella kvinnor och män. Stockholm: Studentlitteratur; 2006.
2. Hammarén N, Johansson T. Könsordning eller könsoordning? ungdomens sexuella landskap. Göteborg: Centrum för kulturstudier, Univ., 2002; 2002.
3. Giddens I. Ungdomar och sexualitet, in press. 2005.
4. Pilkington NW, D'Augelli AR. Victimization of lesbian, gay and bisexual youth in community settings. *J Community Psychol* 1995;(23):15-23.
5. Hershberger SL, D'Augelli AR. The impact of victimization on the mental health and suicidality of lesbian, gay, and bisexual youths. *Dev Psychol* 1995;31(1):65-74.
6. Olsson A-C, Olsson C, red. I den akademiska garderoben. Stockholm: Bokförlaget Atlas; 2004.
7. Herlitz C. Allmänheten och hiv/aids. Kunskaper, attityder och beteenden 1987-2003. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut; 2004. R2004:7.
8. Folkhälsopolitisk rapport 2005. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2005. 2005:5.
9. Liljeberg K. Hur påverkas hälsan av delaktighet och inflytande i samhället? En litteratursammanställning. Statens Folkhälsoinstitut; 2005.

10. Hegna K, Kristiansen HW, Moseng BU. Levekår og livskvalitet blant lesbiske kvinner og homofile menn. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA); 1999. 1/99.
11. Hanner H. Psykisk hälsa och ohälsa hos ungdomar 16-24 år som attraheras av personer av sitt eget kön. En enkätundersökning. Psykologexamensarbete. Stockholm: Stockholms universitet; 2002.
12. Sandfort TG, de Graaf R, Bijl RV. Same-sex sexuality and quality of life: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Arch Sex Behav* 2003;32(1):15-22.
13. King M, McKeown E, Warner J, Ramsay A, Johnson K, Cort C, et al. Mental health and quality of life of gay men and lesbians in England and Wales: controlled, cross-sectional study. *Br J Psychiatry* 2003;183:552-8.
14. Garofolo R, Wolf RC, Kessel S, Palfrey J, DuRant RH. The association between health risk behaviours and sexual orientation among a school-based sample of adolescents. *Pediatrics* 1998;101(5):895-902.
15. Lock J, Steiner H. Gay, Lesbian, and Bisexual Youth Risks for Emotional, Physical, and Social Problems. Results From a Community-Based Survey. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38(3):297-304.
16. D'Augelli AR, Hershberger SL, Pilkington NW. Suicidality patterns and sexual orientation-related factors among lesbian, gay, and bisexual youths. *Suicide Life Threat Behav* 2001;31(3):250-64.
17. Skegg K, Nada-Raja S, Dickson N, Paul C, Williams S. Sexual orientation and self-harm in men and women. *Am J Psychiatry* 2003;160(3):541-6.
18. Remafedi G, French S, Story M, Resnick MD, Blum R. The relationship between suicide risk and sexual orientation. Results of a population-based study. *Am J Public Health* 1998;88(1):57-60.
19. Faulkner AH, Cranston K. Correlates of same-sex sexual behavior in a random sample of Massachusetts high school students. *Am J Public Health* 1998;88(2):262-6.
20. Russel ST, Joyner K. Adolescent sexual orientation and suicide risk. Evidence from a national study. *Am J Public Health* 2001;91(8):1276-81.
21. Bagley C, Tremblay P. Elevated rates of suicidal behavior in gay, lesbian, and bisexual youth. *Crisis* 2000;21(3):111-7.
22. D'Augelli AR, Hershberger SL. Lesbian, Gay, and Bisexual Youth in Community Settings. Personal Challenges and Mental Health Problems. *Am J Community Psychol* 1993;21(4):421-48.

23. Fergusson DM, Horwood LJ, Beautrais AL. Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people? *Arch Gen Psychiatry* 1999;56(10):876-80.
24. Udry JR, Chantala K. Risk Assessment of Adolescents with Same-sex Relationships. *J Adolesc Health* 2002;31(1):84-92.
25. Austin BS, Ziyadeh N, Fisher LB, Kahn J, Colditz GA, Frazier AL. Sexual Orientation and Tobacco Use in a Cohort Study of US Adolescent Girls and Boys. *Arch Ped Adolesc Med* 2004;158(4):317-22.
26. Ulstein Moseng B. Skeive dager 2003. En rusunderskelse. Oslo; 2005.
27. Welch S, Collings S, Howden-Chapman P. Lesbians in New Zealand. Their mental health and satisfaction with mental health services. *Aust N Z J Psychiatry* 2000;34(2):256-63.
28. Mays VM, Cochran SD. Mental health correlates of perceived discrimination among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *Am J Public Health* 2001;91(11):1869-76.
29. Harper G, Schneider M. Oppression and discrimination among lesbian, gay, bisexual, transgender people and communities. A challenge for community psychology. *Am J Community Psychol* 2003;31(3-4):243-52.
30. Landelius PS. Sexuell läggning och bemötande i socialtjänsten. Stockholm: Socialstyrelsen; 2004.
31. Bildt C. Redovisning av regeringsuppdraget att beforska homo- och bisexuellas arbetsvillkor. Stockholm: Arbetslivsinstitutet; 2004. 2004:16.
32. Remafedi G. Fundamental Issues in the Care of Homosexual Youth. *Med Clin North Am* 1990;74(5):1169-79.
33. Hershberger SL, Pilkington NW, D'Augelli AR. Predictors of suicide attempts among gay, lesbian, and bisexual youth. *J Adolesc Res* 1997;12(4):477-97.
34. Wells S. The Health Beliefs, Values, and Practices of Gay Adolescents. *Clin Nurse Spec* 1999;13(2):69-73.
35. McDaniel JS, Purcell D, D'Augelli AR. The Relationship Between Sexual Orientation and Risk for Suicide: Research Findings and Future Directions for Research and Prevention. *Suicide Life Threat Behav* 2001;(31):84-105.
36. Bontempo DE, D'Augelli AR. Effects of At-School Victimization and Sexual Orientation on Lesbian, Gay, or Bisexual Youths Health Risk Behavior. *J Adolesc Health* 2002;30(5):364-74.

37. Huebner D, Rebhook G, Kegeles S. Experiences of harassment, discrimination and physical violence among young gay and bisexual men. *Am J Public Health* 2004;94(7):1200-3.
38. Fitzpatrick K, Euton S, Jones J, Schmidt N. Gender role, sexual orientation and suicide risk. *J Affect Disord* 2005;87(1):35-42.
39. Tiby E. Hatbrott? Homosexuella kvinnors och mäns berättelse om utsatthet för brott. Akademisk avhandling. Stockholm: Stockholms universitet; 1999.
40. Sandberg H. Hälsa hos äldre homo- och bisexuella Två fokusgrupper. [Underlagsrapport för FHI:s regeringsuppdrag om hbt-personers hälsa. 2005]. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut; 2005.
41. Röndahl G. Heteronormativity in a nursing context. Akademisk avhandling. Uppsala: Uppsala universitet; 2005.
42. Moegelin L. Lesbisk hälsa; en pilotstudie. Underlagsrapport för FHI:s regeringsuppdrag om hbt-personers hälsa. *Kvinnohälsan Södermalm. SöSAM (Sex- och Samlevnadsenheten SöS)*; 2005.
43. Westrell M. Var tog den lustfyllda sexualiteten vägen? Hiv-positiva homo- och bisexuella mäns erfarenhet av att leva med hiv. Stockholm: Ph-center; 1997.
44. Tikkanen R, Månsson S-A. Förhandlad säkerhet och kalkylerade risker. Rapport från en enkätundersökning om socio-sexuella livsstilar och hiv-risktaganden bland män som har sex med män. Göteborg: Institutionen för socialt arbete, Göteborgs universitet; 1999. 1999:7.
45. Eriksson LE, Berglund T. Hälsoläget bland män som har sex med män. Underlagsrapport för FHI:s regeringsuppdrag om hbt-personers hälsa. 2005.
46. Eriksson LE, Nordström G, Berglund T, Sandström E. The health-related quality of life in a Swedish sample of HIV-infected persons. *J Adv Nurs* 2000;32(5):1213-23.
47. Larsson S, Lilja J, Fossum B. Kunskapsöversikt om transpersoner. Underlagsrapport för FHI:s regeringsuppdrag om hbt-personers hälsa. 2005.
48. Dixen JM, Maddever H, Van Maasdam J, Edwards PW. Psychosocial characteristics of applicants evaluated for surgical gender reassignment. *Arch Sex Behav* 1984;13(3):269-76.
49. Smith YL, Goozen. v, S.H. K, A.J., Cohen-Kettenis PT. Sex reassignment: outcomes and predictors of treatment for adolescent and adult transsexuals. *Psycholog Med* 2004;34:1-13.
50. De Cuypere G, Jannes C, Rubens R. Psychosocial functioning of transsexuals in Belgium. *Acta Psychiatrica Scand* 1995;Mar, 91(3):180-4.

51. Landen M, Walinder J, Lundstrom B. Clinical characteristics of a total cohort of female and male applicants for sex reassignment: a descriptive study. *Acta Psychiatr Scand* 1998;97(3):189-94.
52. Verschoor A, Poortinga J. Psychosocial Differences Between Dutch Male and Female Transsexuals. *Arch Sex Behav* 1988;April 17(2):173-8.
53. Westerstahl A, Bjorkelund C. Challenging heteronormativity in the consultation. A focus group study among general practitioners. *Scand J Prim Health Care* 2003;21(4):205-8.
54. Nordin Jareno K. Ungdomars behov av samhällets stöd. En lägesbeskrivning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005. Hämtad 2005-12-13 från <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/470C4625-80D7-4812-8476-C5E705EAAC76/3482/200513119.pdf>.
55. Myndigheten för skolutveckling. Hela livet, 50 år med sex- och samlevnadsundervisning. Stockholm; 2005.