

Livsvillkor och hälsa bland unga homo- och bisexuella

- resultat från nationella folkhälsoenkäten

Innehåll

SAMMANFATTNING	4
INLEDNING	5
<i>Material</i>	6
<i>Resultat</i>	7
<i>Socioekonomiska förhållanden</i>	9
<i>Kroppslig hälsa och vårdkontakter</i>	10
<i>Psykisk hälsa</i>	12
<i>Levnadsvanor</i>	14
<i>Utsatthet</i>	16
<i>Social förankring</i>	18
<i>Förtroende för det omgivande samhället</i>	19
<i>Diskussion</i>	19
<i>Metod</i>	19
<i>Hur många är homo- eller bisexuella? Hur många är osäkra på sin sexuella läggning?</i>	20
<i>Allmän hälsa</i>	20
<i>Psykisk ohälsa</i>	20
<i>Självordstankar och självmordsförsök</i>	21
<i>Riskbruk av alkohol, droger och tobak</i>	21
<i>Utsatthet</i>	21
<i>Socialt stöd</i>	22
<i>Hur kan den ojämlika hälsan bland unga homo- och bisexuella förstås?</i>	22
<i>Vad kan göras för att förebygga psykisk ohälsa bland homo- och bisexuella och de som är osäkra på sin sexuella läggning?</i>	22
<i>Referenser</i>	24
<i>Bilaga 1: Tolkning av statistiska data</i>	26

Sammanfattning

Statens folkhälsoinstitut hade under åren 2003–2005 regeringens uppdrag att undersöka och analysera hälsosituationen för homosexuella, bisexuella och transpersoner (hbt-personer). Åtterrapporeringen av regeringsuppdraget byggde bland annat på institutets nationella folkhälsoenkät, som år 2005 för första gången innehöll en fråga om sexuell läggning. En uppföljning gjordes i 2008 års enkät, då frågan om sexuell läggning var lätt förändrad.

Syftet med denna redovisning är att belysa unga homo- och bisexuella personers hälsa och livsvillkor. Data från nationella folkhälsoenkäten åren 2005 och 2008 har använts. Det var totalt 13 329 personer som besvarat frågan om sexuell läggning, 554 personer uppgav att de var homo- eller bisexuella och 215 personer uppgav att de var osäkra på sin sexuella läggning.

Dålig hälsa rapporterades oftare från unga män och kvinnor som var osäkra på sin sexuella läggning och från unga homo- och bisexuella kvinnor än från dem som var heterosexuella. Det var också vanligare med *långvarig sjukdom* bland unga homo- och bisexuella män och kvinnor än bland unga heterosexuella. Psykisk ohälsa var också betydligt vanligare bland unga homo- och bisexuella män och kvinnor än bland dem som var heterosexuella. Det var vanligare att unga homo- och bisexuella kvinnor och män och unga kvinnor samt män som var osäkra på sin sexuella läggning någon gång haft *självordstankar* och *försökt att ta sitt liv* jämfört med unga heterosexuella.

Det var vanligare att unga homo- och bisexuella män *rökte dagligen* jämfört med heterosexuella unga män. Bland unga homo- och bisexuella kvinnor och kvinnor som var osäkra på sin sexuella läggning var det däremot vanligare att *snusa dagligen* än bland heterosexuella unga kvinnor.

Att ha provat cannabis de senaste 12 månaderna var mer frekvent bland unga homo- och bisexuella kvinnor och män samt unga kvinnor som var osäkra på sin sexuella läggning. Homo- och bisexuella unga kvinnor och män rapporterar oftare än heterosexuella att de har riskabla alkoholvanor och att de använt cannabis.

Unga homo- och bisexuella män hade oftare *avstått från att gå ut ensamma av rädsla för överfall, rån eller annat ofredande* jämfört med heterosexuella unga män.

Unga homo- och bisexuella kvinnor och män hade i större utsträckning *utsatts för hot om våld* och *utsatts för fysiskt våld* jämfört med unga heterosexuella. Det var också vanligare att rapportera *kränkande behandling/bemötande* bland unga homo- och bisexuella kvinnor och män och unga kvinnor som var osäkra på sin sexuella läggning än bland heterosexuella. Det var också vanligare att unga homo- och bisexuella kvinnor och män och unga män som var osäkra på sin sexuella läggning *saknade någon att dela sina innersta känslor med och anförtro sig åt* jämfört med unga heterosexuella.

Unga homo- och bisexuella kvinnor och män hade *mindre förtroende för arbetsförmedling, försäkringskassa, socialtjänst och polis* jämfört med unga heterosexuella. Det var bara bland unga män som var osäkra på sin sexuella läggning som *förtroendet var mindre för sjukvården* än bland unga heterosexuella män.

Rapporten avslutas med en diskussion och resultaten jämförs med internationell forskning.

Inledning

Statens folkhälsoinstitut fick i november 2003 regeringens uppdrag att undersöka och analysera hälsosituationen för homosexuella, bisexuella och transpersoner (hbt-personer). Återrapporteringen av regeringsuppdraget byggde bland annat på nationella folkhälsoenkäten som genomfördes år 2005. En fråga om sexuell läggning var med för andra gången år 2008. Denna gång var frågan något förändrad. Syftet med denna rapport är att speciellt belysa unga homo- och bisexuella personers hälsa och livsvillkor.

Material

Antalet unga 16–29 år som besvarat enkäten år 2005 var 6 783 och 127 (1,9 procent) av dessa svarade inte på frågan om sexuell läggning. Av de 6 656 personer som besvarade frågan om sexuell läggning uppgav 320 personer att de var homo- eller bisexuella och 80 personer uppgav att de var osäkra på sin sexuella läggning. År 2008 hade 6 862 personer i motsvarande ålder besvarat enkäten och 189 personer (2,8 procent) besvarade inte frågan om sexuell läggning. Av de 6 673 personer som besvarat frågan om sexuell läggning uppgav 234 personer att de var homo- eller bisexuella och 135 personer uppgav att de var osäkra på sin sexuella läggning. Det var således totalt 13 329 personer som besvarat frågan om sexuell läggning, 554 personer uppgav att de var homo- eller bisexuella och 215 personer uppgav att de var osäkra på sin sexuella läggning.

Bortfallet var år 2005 54,6 procent bland män och 39,5 procent bland kvinnor i åldern 16-29 år. Bortfallet hade ökat betydligt år 2008 och var då 61,8 procent bland unga män och 49,5 procent bland unga kvinnor. Det var också en något större andel personer som inte besvarat frågan om sexuell läggning år 2008 jämfört med år 2005.

Frågan om sexuell läggning som var med i nationella folkhälsoenkäten år 2005:

Vilken är din sexuella läggning?

- 1 Heterosexuell
- 2 Heterosexuell med vissa homosexuella inslag
- 3 Bisexuell
- 4 Homosexuell med vissa heterosexuella inslag
- 5 Homosexuell
- 6 Osäker på min sexuella läggning

Frågan om sexuell läggning fanns också med i en förenklad form i 2008 års enkät (här nedan).

Vilken är din sexuella läggning?

- 1 Heterosexuell
- 2 Bisexuell
- 3 Homosexuell
- 4 Osäker på min sexuella läggning

Skillnaden mellan frågorna är att år 2008 fanns bara ett svarsalternativ för bisexualitet och år 2005 fanns det tre svarsalternativ. Vid sammanslagningen av enkäterna har svarsalternativen 2 och 4 i 2005 års enkät (*heterosexuell med vissa homosexuella inslag* respektive *homosexuell med vissa heterosexuella inslag*) hänförs till alternativ 2 (*bisexuell*) i 2008 års enkät.

Resultat

Tabell 1. Samtliga deltagare i enkäten efter kön och ålder, 2005 + 2008 (procent).

	Män (n=6 040)	Kvinnor (n=7 605)	Totalt (n=13 645)
16-24 år	66,4	65,6	66,0
25-29 år	33,6	34,4	34,0
Totalt	44,3	55,7	100,0

Källa: Nationella folkhälsoenkäten 2005 och 2008, Statens folkhälsoinstitut.

I åldern 16–29 år var det totalt 13 645 personer som besvarat enkäten. Av dessa hade 13 329 personer besvarat frågan om sexuell läggning och de utgör det material som analyseras här.

Tabell 2. De som svarat på frågan om sexuell läggning efter kön, ålder och sexuell läggning, 2005 + 2008 (procent).

	Homosexuell (n=80)	Bisexuell (n=474)	Osäker (n=215)	Heterosexuell (n=12 560)	Totalt (n=13 329)
Män	43,7	24,3	39,5	45,1	44,2
Kvinnor	56,3	75,7	60,5	54,9	55,8
16-24 år	46,3	70,9	71,2	65,7	65,9
25-29 år	53,7	29,1	28,8	34,3	34,1
Totalt	0,6	3,6	1,6	94,2	100,0

Källa: Nationella folkhälsoenkäten 2005 och 2008, Statens folkhälsoinstitut.

Det var 94,2 procent av dem som svarade på frågan om sexuell läggning som var heterosexuella, 3,6 procent var bisexuella, 1,6 procent var osäkra på sin sexuella läggning och 0,6 procent var homosexuella.

Tabell 3. De som svarat på frågan om sexuell läggning efter kön, ålder och sexuell läggning, 2005 och 2008 (procent) (kalibrerat).

	Homosexuell		Bisexuell	
	2005 (n=30)	2008 (n=50)	2005 (n=290)	2008 (n=184)
Totalt	0,9 (0,7-1,1)	0,9 (0,7-1,1)	4,9 (4,4-5,4)	2,5 (2,1-2,9)
Män	1,5 (1,3-1,7)	0,6 (0,3-0,9)	3,0 (2,5-3,5)	1,4 (0,9-1,9)
Kvinnor	0,2 (0-0,4)	1,2 (0,9-1,5)	6,9 (6,1-7,7)	3,6 (3,0-4,2)
16-24 år	0,5 (0,3-0,7)	0,7 (0,5-0,9)	5,6 (5,0-6,2)	2,2 (1,7-2,7)
25-29 år	1,6 (1,2-2,0)	1,2 (0,8-1,6)	3,6 (2,8-4,4)	2,9 (2,3-3,5)

Källa: Nationella folkhälsoenkäten 2005 och 2008, Statens folkhälsoinstitut.

Andelen bisexuella bland både kvinnor och män var större år 2005 jämfört med år 2008. Det var framförallt bland yngre 16–24 år som andelen bisexuella var större år 2005 jämfört med år 2008.

Däremot var andelen homosexuella män större och andelen homosexuella kvinnor mindre år 2005 jämfört med år 2008.

Då resultat ska redovisas stratifierat för flera grupper (ålder, kön etc.) går det inte att särredovisa homosexuella och bisexuella utan dessa får slås ihop till homo- och bisexuella. I tabell 4 visas hur homo- och bisexuella fördelar sig efter kön och ålder.

Tabell 4. Sexuell läggning efter kön och ålder, 2005 och 2008 (procent) (kalibrerat).

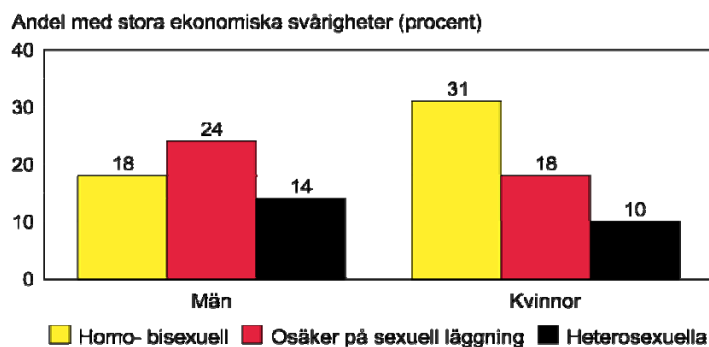
	Homo- och bisexuell		Osäker på sin sexuella läggning	
	2005	2008	2005	2008
Totalt	5,8(5,3-6,3)	3,4(3,0-3,8)	0,7(0,4-1,0)	1,8(1,5-2,1)
Män	4,4(3,8-5,0)	2,0(1,4-2,6)	0,6(0,2-1,0)	1,4(0,9-1,9)
Kvinnor	7,2(5,4-8,0)	4,8(4,1-5,5)	0,8(0,4-1,2)	2,2(1,7-2,7)
Män				
16-24 år	3,2(2,5-3,9)	1,5(0,9-2,1)	0,8(0,3-1,3)	1,8(1,2-2,4)
25-29 år	6,7(5,5-7,9)	3,0(2,0-4,0)	0,2(-0,3-0,7)	0,5(-0,8-1,2)
Kvinnor				
16-24 år	9,1(8,1-10,1)	4,5(3,7-5,3)	1,1(0,6-1,6)	2,0(1,4-2,6)
25-29 år	3,5(2,2-4,8)	5,3(4,3-6,3)	0,3(-0,7-0,9)	2,7(1,9-3,5)

Källa: Nationella folkhälsoenkäten 2005 och 2008, Statens folkhälsoinstitut.

Den fanns en större andel homo- och bisexuella män år 2005 jämfört med år 2008. Skillnaden för kvinnor var inte statistiskt säkerställd. En större andel kvinnor var osäkra på sin sexuella läggning år 2008 jämfört med år 2005. En större andel män oavsett ålder var homo- och bisexuella år 2005 jämfört med år 2008. För kvinnor gällde detta endast bland dem i åldern 16–24 år. En större andel kvinnor i åldern 25–29 år var osäkra på sin sexuella läggning år 2008 jämfört med år 2005.

Samtliga prevalenser som redovisas i figurer här nedan återfinns i bilaga 1 i form av tabeller med konfidensintervall och en beskrivning av hur data ska tolkas. De kommentarer som görs baseras enbart på statistiskt säkerställda skillnader.

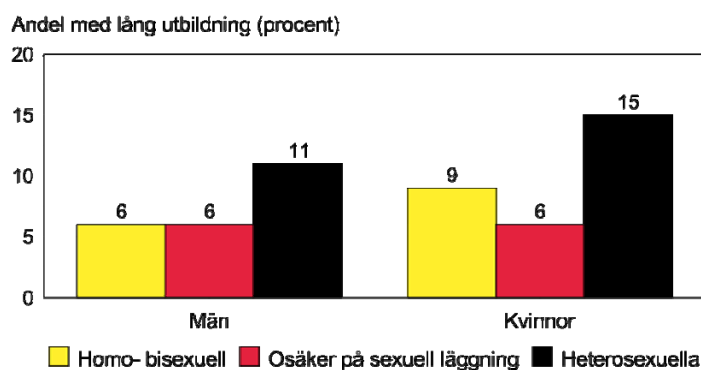
Socioekonomiska förhållanden



Figur 1. Andel personer med stora ekonomiska svårigheter åren 2005 och 2008, fördelat efter sexuell läggning, 16–29 år.

Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Statens folkhälsoinstitut.

Det var vanligare att män som var osäkra på sin sexuella läggning och homosexuella kvinnor hade stora ekonomiska problem jämfört med dem som var heterosexuella.



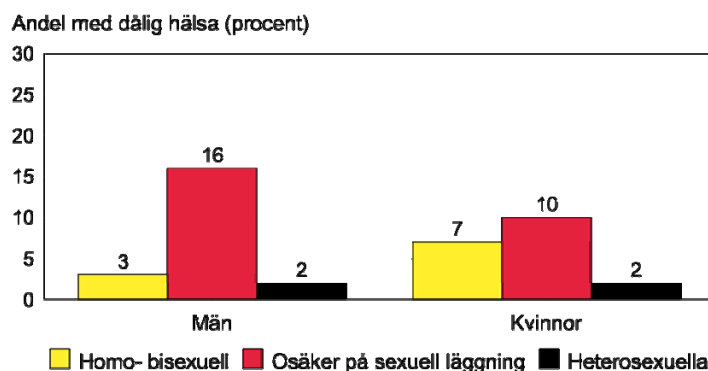
Figur 2. Andel personer med lång utbildning åren 2005 och 2008, fördelat efter sexuell läggning, 16–29 år.

Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Statens folkhälsoinstitut.

Det var vanligare med lång utbildning bland heterosexuella kvinnor och män än bland homo- och bisexuella män och kvinnor och kvinnor som är osäkra på sin sexuella läggning.

Det fanns inga statistiskt säkerställda skillnader i andelen studerande eller andelen som inte var sysselsatt mellan homo- och bisexuella, de som var osäkra på sin sexuella läggning och heterosexuella.

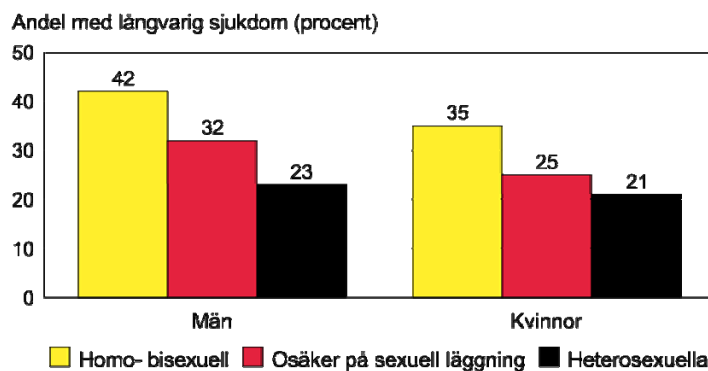
Kroppslig hälsa och vårdkontakter



Figur 3. Andel personer som rapporterade dåligt allmänt hälsotillstånd åren 2005 och 2008, fördelat efter sexuell läggning, 16–29 år.

Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Statens folkhälsoinstitut.

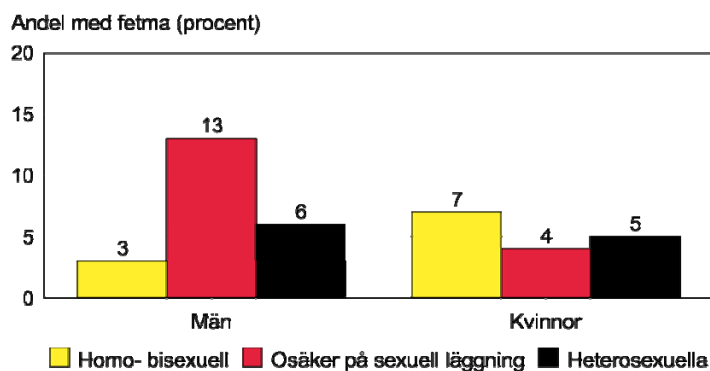
Män som är osäkra på sin sexuella läggning mår betydligt sämre än homo- och bisexuella och heterosexuella män. Homo- och bisexuella kvinnor och kvinnor som är osäkra på sin sexuella läggning mår sämre än heterosexuella kvinnor.



Figur 4. Andel personer som rapporterade långvarig sjukdom åren 2005 och 2008, fördelat efter sexuell läggning, 16–29 år.

Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Statens folkhälsoinstitut.

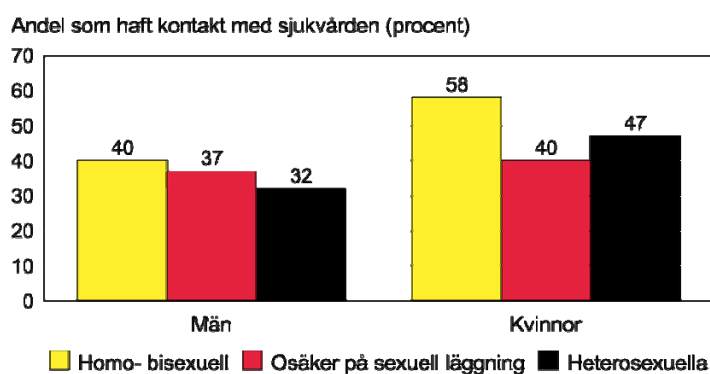
Det var vanligare med långvarig sjukdom bland homo- och bisexuella män och kvinnor än bland heterosexuella.



Figur 5. Andel personer med fetma åren 2005 och 2008, fördelat efter sexuell läggning, 16–29 år.

Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Statens folkhälsoinstitut.

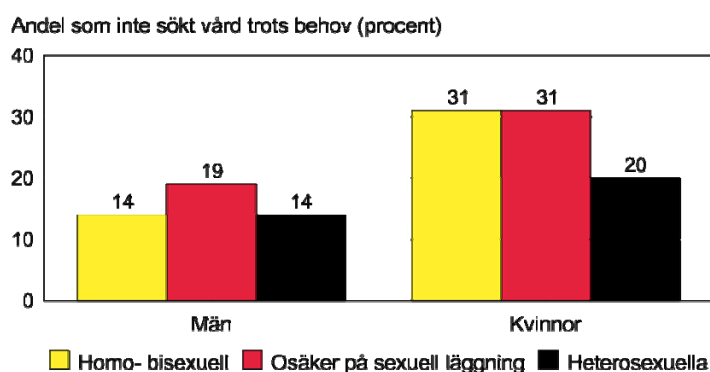
Det fanns inga statistiskt säkerställda skillnader i fetma mellan homo- och bisexuella, de som var osäkra på sin sexuella läggning och heterosexuella.



Figur 6. Andel personer som haft kontakt med sjukvården de senaste tre månaderna, åren 2005 och 2008, fördelat efter sexuell läggning, 16–29 år.

Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Statens folkhälsoinstitut.

Det var vanligare att homo- och bisexuella kvinnor hade haft kontakt med sjukvården de senaste tre månaderna jämfört med heterosexuella kvinnor.

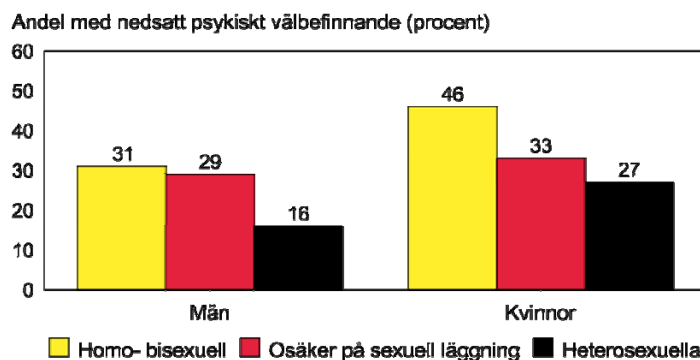


Figur 7. Andel personer som inte sökt läkare trots behov, åren 2005 och 2008, fördelat efter sexuell läggning, 16–29 år.

Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Statens folkhälsoinstitut.

Det var vanligare att ha avstått från att söka läkare trots behov av läkarvård bland homo- och bisexuella unga kvinnor än bland heterosexuella unga kvinnor.

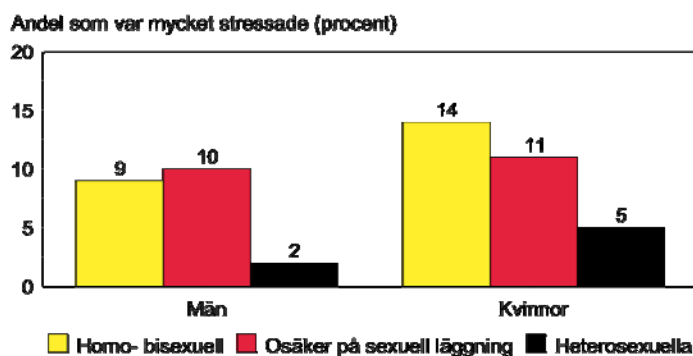
Psykisk hälsa



Figur 8. Andel personer nedsatt psykiskt välbefinnande (ghq12, cut-off=3), åren 2005 och 2008, fördelat efter sexuell läggning, 16–29 år.

Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Statens folkhälsoinstitut.

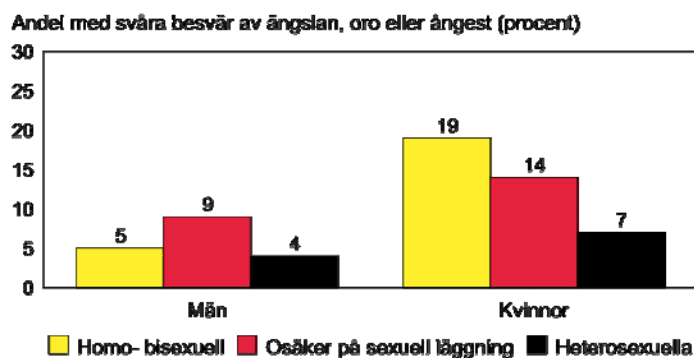
Det var vanligare att homo- och bisexuella kvinnor och män och män som var osäkra på sin sexuella läggning hade nedsatt psykiskt välbefinnande jämfört med heterosexuella.



Figur 9. Andel personer som var mycket stressade, åren 2005 och 2008, fördelat efter sexuell läggning, 16–29 år.

Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Statens folkhälsoinstitut.

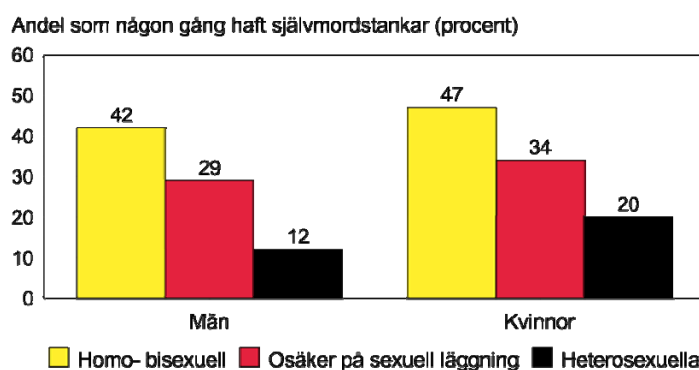
Det var vanligare att homo- och bisexuella kvinnor och män och män som var osäkra på sin sexuella läggning var mycket stressade jämfört med heterosexuella.



Figur 10. Andel personer med svåra besvär av ängslan, oro eller ångest, åren 2005 och 2008, fördelat efter sexuell läggning, 16–29 år.

Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Statens folkhälsoinstitut.

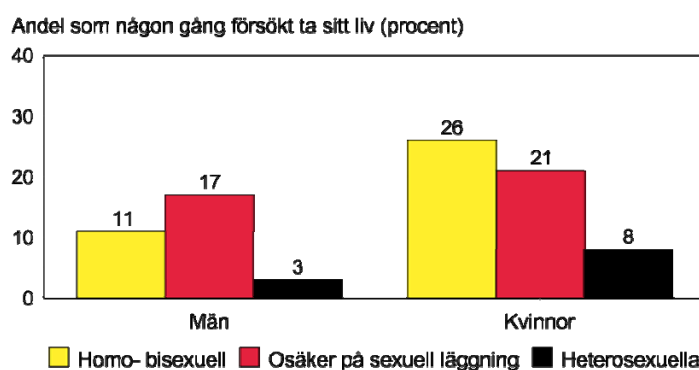
Det var vanligare att homo- och bisexuella kvinnor och kvinnor som var osäkra på sin sexuella läggning hade svåra besvär av ängslan, oro eller ångest jämfört med heterosexuella kvinnor.



Figur 11. Andel personer som någon gång haft självmordstankar, åren 2005 och 2008, fördelat efter sexuell läggning, 16–29 år.

Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Statens folkhälsoinstitut.

Det var vanligare att homo- och bisexuella kvinnor och män och kvinnor och män som var osäkra på sin sexuella läggning någon gång haft självmordstankar jämfört med heterosexuella.

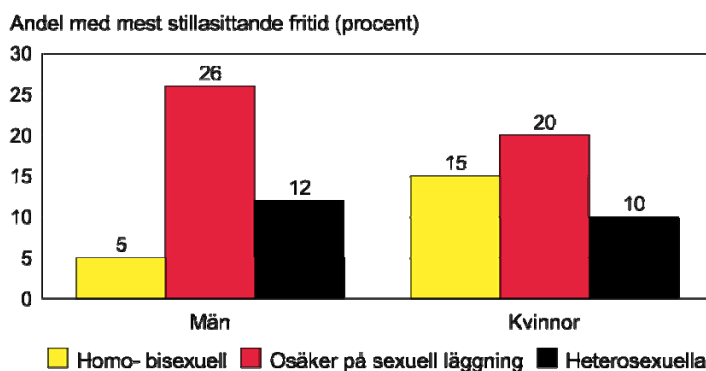


Figur 12. Andel personer som någon gång försökt ta sitt liv, åren 2005 och 2008, fördelat efter sexuell läggning, 16–29 år.

Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Statens folkhälsoinstitut.

Det var vanligare att homo- och bisexuella kvinnor och män och kvinnor och män som var osäkra på sin sexuella läggning någon gång hade försökt ta sitt liv jämfört med heterosexuella.

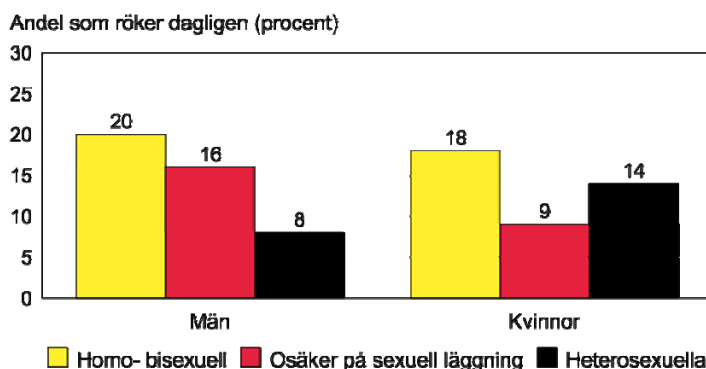
Levnadsvanor



Figur 13. Andel personer med mest stillasittande fritid, åren 2005 och 2008, fördelat efter sexuell läggning, 16–29 år.

Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Statens folkhälsoinstitut.

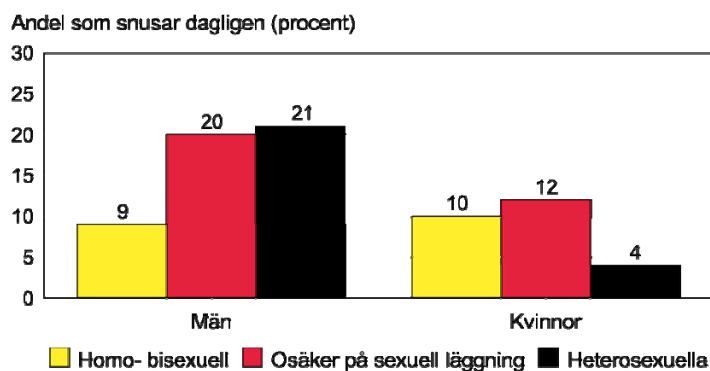
Det var vanligare bland homo- och bisexuella kvinnor och bland kvinnor och män som var osäkra på sin sexuella läggning att vara mest stillasittande på fritiden jämfört med dem som var heterosexuella. Homo- och bisexuella män var stillasittande i mindre utsträckning än heterosexuella män.



Figur 15. Andel personer som röker dagligen, åren 2005 och 2008, fördelat efter sexuell läggning, 16–29 år.

Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Statens folkhälsoinstitut.

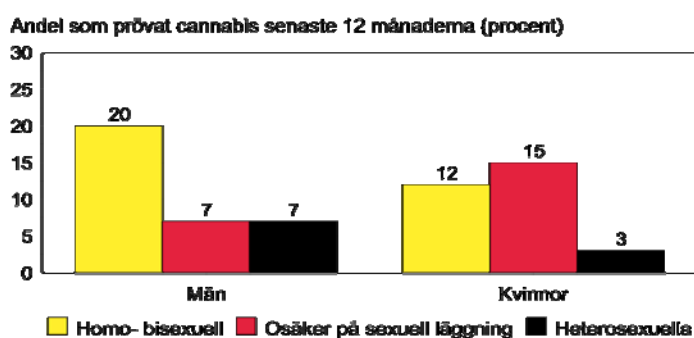
Det var vanligare att homo- och bisexuella män rökte dagligen jämfört med dem som var heterosexuella. Inga skillnader för kvinnor var statistiskt säkerställda.



Figur 16. Andel personer som snusar dagligen, åren 2005 och 2008, fördelat efter sexuell läggning, 16–29 år.

Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Statens folkhälsoinstitut.

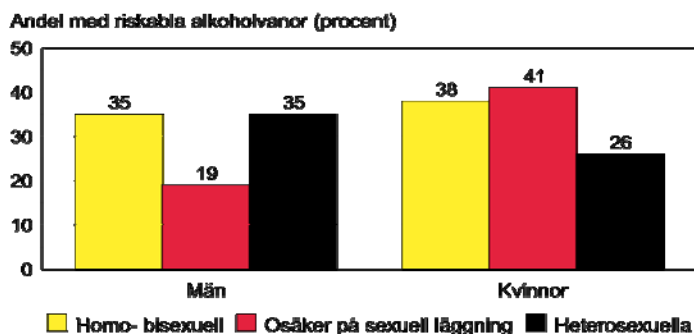
Det var vanligare att homo- och bisexuella kvinnor och kvinnor som var osäkra på sin sexuella läggning snusade dagligen jämfört med heterosexuella kvinnor. Det var mindre vanligt att snusa dagligen bland homo- och bisexuella män än bland män som var osäkra på sin sexuella läggning och heterosexuella.



Figur 17. Andel personer som prövat cannabis det senaste året, åren 2005 och 2008, fördelat efter sexuell läggning, 16–29 år.

Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Statens folkhälsoinstitut.

Det var vanligare att homo- och bisexuella kvinnor och män och kvinnor som var osäkra på sin sexuella läggning hade prövat cannabis senaste 12 månaderna jämfört med dem som var heterosexuella.

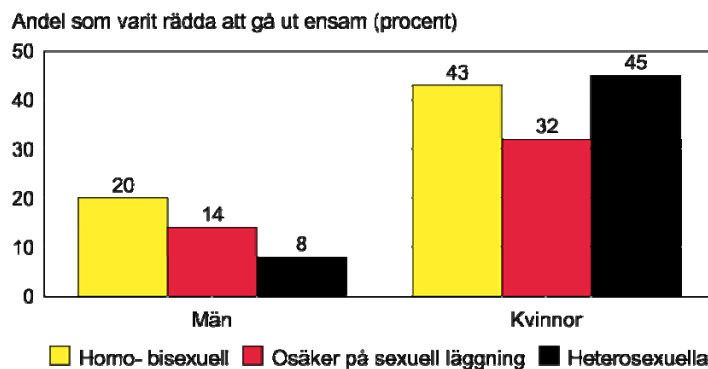


Figur 18. Andel personer riskabla alkoholvanor, åren 2005 och 2008, fördelat efter sexuell läggning, 16–29 år.

Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Statens folkhälsoinstitut.

Det var vanligare att kvinnor och mindre vanligt att män som var osäkra på sin sexuella läggning hade riskabla alkoholvanor jämfört med dem som var heterosexuella.

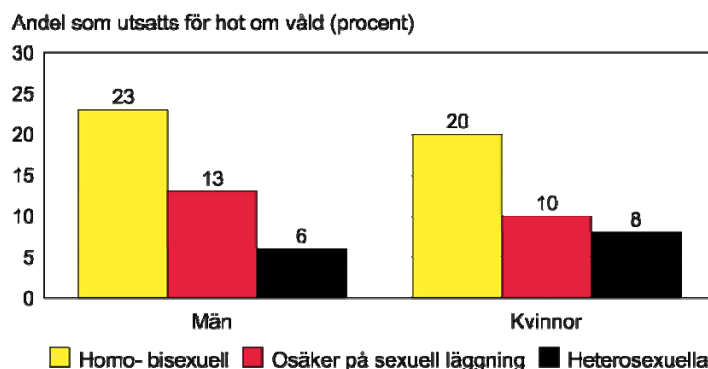
Utsatthet



Figur19. Andel personer som avstått från att gå ut ensamma av rädsla för överfall, rån eller annat ofredande, åren 2005 och 2008, fördelat efter sexuell läggning, 16–29 år.

Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Statens folkhälsoinstitut.

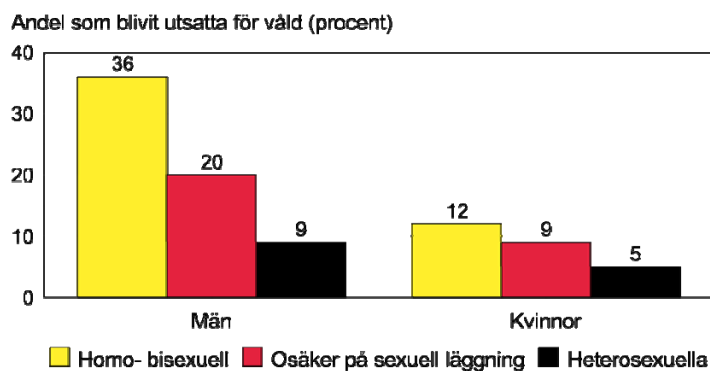
Det var vanligare att homo- och bisexuella män hade avstått från att gå ut ensamma av rädsla för överfall, rån eller annat ofredande jämfört med heterosexuella män.



Figur 20. Andel personer som varit utsatta för hot om våld, åren 2005 och 2008, fördelat efter sexuell läggning, 16-29 år.

Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Statens folkhälsoinstitut.

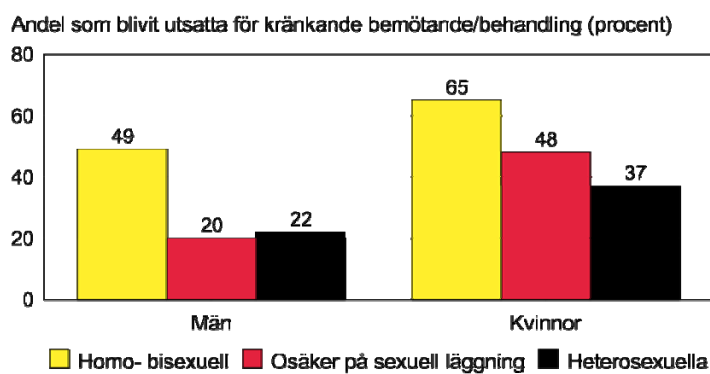
Det var vanligare att homo- och bisexuella kvinnor och män hade utsatts för hot om våld jämfört med dem som var heterosexuella.



Figur 21. Andel personer som varit utsatta för våld, åren 2005 och 2008, fördelat efter sexuell läggning, 16–29 år.

Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Statens folkhälsoinstitut.

Det var vanligare att homo- och bisexuella kvinnor och män och män som var osäkra på sin sexuella läggning hade utsatts för fysiskt våld jämfört med dem som var heterosexuella.

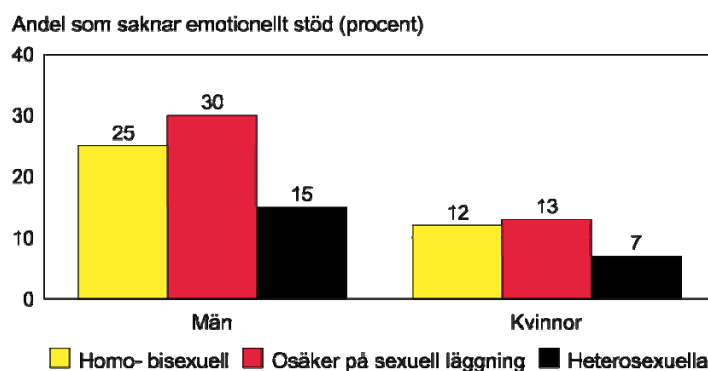


Figur 22. Andel personer som blivit utsatta för kränkande bemötande/behandling, åren 2005 och 2008, fördelat efter sexuell läggning, 16–29 år.

Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Statens folkhälsoinstitut.

Det var vanligare att homo- och bisexuella kvinnor och män och kvinnor som var osäkra på sin sexuella läggning hade utsatts för kränkande behandling/bemötande jämfört med dem som var heterosexuella.

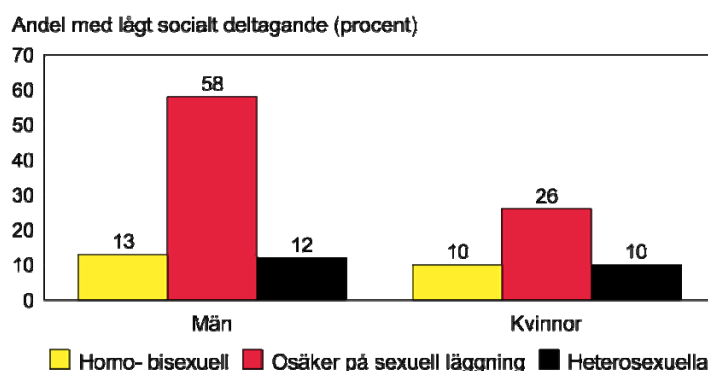
Social förankring



Figur 23. Andel personer som saknar emotionellt stöd, åren 2005 och 2008, fördelat efter sexuell läggning, 16–29 år.

Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Statens folkhälsoinstitut.

Det var vanligare att homo- och bisexuella kvinnor och män och män som var osäkra på sin sexuella läggning saknade någon att dela sina innersta känslor med och anförtro sig åt jämfört med dem som var heterosexuella.



Figur 24. Andel personer lågt socialt deltagande¹, åren 2005 och 2008, fördelat efter sexuell läggning, 16–29 år.

Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Statens folkhälsoinstitut.

Det var vanligare att kvinnor och män som var osäkra på sin sexuella läggning hade lågt socialt deltagande jämfört med dem som var heterosexuella.

¹ 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.

Förtroende för det omgivande samhället

Tabell 5. Andel (procent), 16–29 år, med lågt förtroende för olika institutioner i samhället fördelat efter sexuell läggning och kön.

	Homo- och bisexuella			Osäker på sin sexuella läggning			Heterosexuella		
	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män
Sjukvården	28	29	24	32	27	41*	26	27	24
Skolan	40*	40*	43	28	25	33	32	31	35
Arbetsförmedlingen	70*	70*	68*	61	69*	48	56	56	55
Försäkringskassan	48*	45*	54*	41	39	43	37	36	38
Socialtjänsten	50*	50*	52*	47	53*	37	40	39	42
Polis	44*	41*	50*	38	30	50	32	26	39
Riksdagen	43	44*	38	42	44	39	41	37	46

* = signifikant skillnad jämfört med heterosexuella.

Källa: Nationella folkhälsoenkäten, 2005 och 2008, Statens folkhälsoinstitut.

Homo- och bisexuella kvinnor och män hade mindre förtroende för arbetsförmedling, försäkringskassa, socialtjänst och polis jämfört med dem som var heterosexuella. Det var bara bland män som var osäkra på sin sexuella läggning som förtroendet var mindre för sjukvården än bland heterosexuella. Unga homo- och bisexuella kvinnor hade mindre förtroende för riksdagspolitiker jämfört med unga heterosexuella kvinnor.

Diskussion

Metod

Det stora bortfallet, speciellt i den unga grupp som här studerats, kan ha betydelse för resultaten. I den rapport om hbt-personers hälsa och livsvillkor som gjordes år 2005 framkom att de som svarade på nationella folkhälsoenkäten hade en sämre socioekonomisk situation än de som besvarat den webbenkät som också ingick i datainsamlingen till den studien (Roth, Nykvist, Boström, & Statens folkhälsoinstitut, 2006). Detta innebär att de som svarat på postenkäten inte är lika selekterade som de som besvarar en webbenkät. De som inte besvarat postenkäten har en sämre socioekonomisk situation och därmed också sämre hälsa och livsvillkor i övrigt jämfört med dem som besvarat postenkäten. Detta problem ska den kalibreringsvikt som SCB beräknar för varje individ kompensera för.

Den grupp som här studerats är fortfarande för ung för att ha uppnått sin slutliga utbildningsnivå. Drygt hälften i denna grupp studerar fortfarande. Detta innebär att de socioekonomiska skillnaderna som kan ses mellan homo- och bisexuella och heterosexuella kan vara helt missvisande. Ett annat problem är att så få personer rapporterar att de är homosexuella eller

bisexuella. Denna andel har ytterligare minskat med den nya formuleringen av svarsalternativ som användes i 2008 års enkät. Förmodligen är förekomsten av homo- och bisexuella personer underskattad i denna studie.

Hur många är homo- eller bisexuella? Hur många är osäkra på sin sexuella läggning?

I 2008 års nationella folkhälsoenkät uppger 4,8 procent bland kvinnor och två procent bland män i åldersgruppen 16–29 år en icke-heterosexuell läggning. Studier bland gymnasieelever i USA och Kanada och Schweiz bekräftar att andelen homo- och bisexuella unga motsvarar ungefär två till fyra procent av populationen när frågan ställs såsom i nationella folkhälsoenkäten. (Ellis, Robb, & Burke, 2005), (Narring, Stronski Huwiler, & Michaud, 2003; Orenstein, 2001). I de studier, där frågan däremot inte fokuserar på sexuell läggning, utan på samkönade sexuella handlingar och fantasier/attraktion, är andelen respondenter betydligt fler, 10–12 procent (Savin-Williams & Cohen, 2007).

Vår undersökning har inte haft gruppen ”osäkra på sin sexuella läggning” som målgrupp, men då även deras självrapporterade livssituation och hälsa visat sig vara sämre jämfört med heterosexuellas, förtjänar gruppen uppmärksamhet. Andelen unga som anger att de är osäkra på sin sexuella läggning varierar mellan olika undersökningar från en till fyra procent. Sexuell läggning kan förändras över tid och i en longitudinell studie bland unga homo- och bisexuella förblir 57 procent homosexuella, 18 procent övergår från bisexualitet till homosexualitet och 15 procent förblir bisexuella (Rosario, Schrimshaw, Hunter, & Braun, 2006).

Allmän hälsa

Som framgår av vår undersökning har majoriteten av unga homo- och bisexuella en god självrapporterad hälsa. Däremot är andelen personer som uppger en dålig hälsa större jämfört med majoriteten i befolkningen. Bland homo- och bisexuella kvinnor är det nästan tre gånger vanligare att ha en dålig hälsa jämfört med heterosexuella. Vidare framgår av vår undersökning att 10 respektive 15 procent bland unga kvinnor och män som är osäkra på sin sexuella läggning uppger att de har en dålig hälsa jämfört med två procent bland heterosexuella. En nyligen publicerad studie från USA antyder att i gruppen ”unga osäkra på sin sexuella läggning” kan det finnas en större förekomst av missbruk av alkohol och narkotika, självmordstankar och av att ha blivit trakasserad/hotad jämfört med övriga sexuella minoriteter (Poteat, Aragon, Espelage, & Koenig, 2009).

Psykisk ohälsa

I vår undersökning ser vi en fördubblad och i vissa fall trefaldig riskökning för nedsatt psykiskt välbefinnande, stress, svår ångslan, oro och ångest samt självmordstankar bland unga sexuella minoriteter. Internationell forskning bekräftar denna betydande riskökning: Vid en jämförelse av självrapporterad hälsa bland gymnasieelever i Kalifornien skattade homo- och bisexuella elever sin psykiska och allmänna hälsa signifikant sämre än heterosexuella ungdomar, (Lock & Steiner, 1999). Den amerikanska undersökningen Add Health Study, en longitudinell hälsostudie bland tonåringar, visade på signifikant högre förekomst av depression bland de ungdomar, som hade en samkönad orientering (”same-sex orientation”) jämfört med heterosexuella (Russell & Joyner, 2001). Andra studier pekar på att våld, trakasserier och diskriminering har ett samband med den ökade psykiska ohälsan bland homo- och bisexuella (Meyer & Northridge, 2007).

Självordstankar och självmordsförsök

När det gäller självmordsförsök har mer än en fjärdedel av homo- och bisexuella kvinnor i vår studie försökt ta sitt liv. Bland kvinnor som är osäkra på sin sexuella läggning är det 21 procent jämfört med åtta procent bland övriga unga kvinnor. Bland unga män, som är osäkra på sin sexuella läggning har 17 procent försökt begå självmord mot tre procent i den övriga befolkningen. En översiktsartikel, där man har jämfört självmordsförsök i populationsstudier från USA och Nya Zeeland visar på en fyrfaldig riskökning för unga homo- och bisexuella jämfört med heterosexuella (Bagley & Tremblay, 2000). I samma riktning pekar även en populationsstudie som studerade självmordstankar och -försök under det senaste året bland 14–17-åringar i USA (Faulkner & Cranston, 1998) – en australiensisk studie bland unga och medelålders i ett valdistrikt som besvarade frågor om sexuell orientering och där självmordstankar under de senaste 12 månaderna studerades (Jorm, Korten, Rodgers, Jacomb, & Christensen, 2002), samt tre andra populationsstudier som mätte självmordstankar och -försök bland unga under det senaste året och över livstid (Remafedi, French, Story, Resnick, & Blum, 1998; Robin et al., 2002; Russell & Joyner, 2001). Dessa sex studier ingår även i en systematisk översiktsartikel och metaanalys för riskökningen bland homo- och bisexuella i alla åldersgrupper. Av den framgår att unga homo- och bisexuellas risk att ha gjort ett självmordsförsök under det senaste året är mer än fördubblat jämfört med heterosexuellas. Ser man till enbart unga homo- och bisexuella män är livstidsrisken för att begå självmord betydligt högre (King et al., 2008).

Riskbruk av alkohol, droger och tobak

De signifikant mer riskabla alkohol- och drogvanor som den unga minoritetsgrupp i vår undersökning uppvisar jämfört med heterosexuella – dock inte med homo- och bisexuella män – stöds av flera andra internationella undersökningar.

En översiktsartikel från Boston, USA, bekräftar att tonårsflickor tillhörande sexuella minoriteter använder alkohol och narkotika i högre utsträckning jämfört med heterosexuella (Brown & Melchiono, 2006). En metaanalys om riskbruk hos homo- och bisexuella ungdomar visar att tobak, alkohol och droger används i nästan trefaldig omfattning (odds ratio = 2.89) jämfört med heterosexuella. För gruppen bisexuella var risken fyrfaldig och för lesbiska kvinnor femfaldig (Marshall et al., 2008).

Utsatthet

Vår undersökning visar att unga homo- och bisexuella är signifikant mer utsatta för fysiskt våld, hot om våld och kränkande behandling jämfört med övriga ungdomar och unga vuxna. Homo- och bisexuella unga män avstår dessutom betydligt oftare från att gå ut ensamma av rädsla för att bli överfallna, rånade eller på annat sätt ofredade.

Dessa data stöds av en befolkningsstudie i Norge, som pekar på samma resultat samt att alkohol och narkotika används i högre utsträckning i minoritetsgruppen (Moseng & Ung i Oslo 2006, 2007).

En gymnasiestudie bland ungdomar i Massachusetts och Vermont omfattade drygt 9 000 deltagare, varav 3,4 procent var homo- eller bisexuella eller osäkra på sin sexuella läggning. Syftet var att studera om utsatthet för våld, trakasserier, kränkningar och skolfrånvaro på grund av otrygghet var riskfaktorer för alkohol- och drogmisbruk samt självmordsförsök. Resultaten visar att de ungdomar som i hög utsträckning var utsatta för dessa faktorer använde alkohol och droger i betydligt större omfattning jämfört med heterosexuella ungdomar med samma nivå av utsatthet. Detsamma gällde antalet självmordsförsök (Bontempo & D'Augelli, 2002).

Socialt stöd

Vår undersökning visar att betydligt fler homo- och bisexuella unga saknar socialt stöd jämfört med övriga i befolkningen. En bred forskningsöversikt talar för att socialt stöd utgör en skyddsfaktor för psykisk ohälsa (Cohen & Wills, 1985). Vidare har socialt stöd ett positivt samband med goda hälsovanor, och en bra självkänsla (McNicholas, 2002).

En undersökning bland 218 homo- och/eller bisexuella i åldersgruppen 14–22 år fann att socialt stöd har starkt samband med psykologiskt välbefinnande – där föräldrars sociala stöd hade större betydelse för dem under 18 år jämfört de äldre (Detrie & Lease, 2007).

Hur kan den ojämlika hälsan bland unga homo- och bisexuella förstås?

Identitetsutvecklingen påbörjas under barndomen. Det är en livslång process med många övergångar, där tonårstiden utgör en viktig period (Adamson, 1999; Browning, 2008; Erikson, 1968). Grupptricket att ”passa in” i givna sociala mönster är stort och unga homo- och bisexuella upplever ofta påfrestningar att finna sin identitet i en omvärld som präglas av heteronormen. Inte sällan sammanfaller tonårstiden med komma-ut-processen, som medför sina egna dilemman (Cass, 1979; Troiden, 1989). Unga som inte motsvarar normen kan utsättas för pennalism, hot och våld, förtryck, fördomar och diskriminering (Morrow & Messinger, 2006). Diskriminering tycks ha ett samband med risk för att utveckla psykiatriska diagnoser (Mays & Cochran, 2001; Meyer, 2003). Meyers översiktsartikel bygger på en metaanalys av den högre psykiatriska sjuklighet som finns bland homo- och bisexuella jämfört med heterosexuella. Författaren har vidareutvecklat begreppet minoritetsstress och förklarar det i ljuset av stigma, fördomar diskriminering. Dessa faktorer skapar en fientlig miljö för homo- och bisexuella som i sin tur ger upphov till psykisk ohälsa.

Att inte bli bekräftad i sin sexuella identitet, utan istället bli avvisad av föräldrar/vårdare, tycks bidra till en negativ hälsoutveckling bland unga vuxna. I en retrospektiv undersökning bland 224 homo- och bisexuella 21–25-åringar fann man att ju oftare ungdomen hade drabbats av avvisanden under tonåren desto större var risken för depression, självmordsbenägenhet, drogmissbruk och sexuellt risktagande (Ryan, Huebner, Diaz, & Sanchez, 2009).

För den enskilde individen är det viktigt att utveckla en positiv identitet som homo- eller bisexuell och att utveckla en förmåga att visa den för andra förtrogna. Självacceptans, stöd från närstående och från den strukturella närmiljön underlättar denna process (Morrow & Messinger, 2006).

Vad kan göras för att förebygga psykisk ohälsa bland homo- och bisexuella och de som är osäkra på sin sexuella läggning?

Ur folkhälsosynpunkt är det otillräckligt att enbart förebygga ohälsa genom att identifiera riskfaktorer och -situationer. Som komplement behövs även ett hälsofrämjande perspektiv, där frisk- och skyddsfaktorer spelar en väsentlig roll. För närvarande har Ungdomsstyrelsen regeringens uppdrag att göra en fördjupad analys av hbt-ungdomars hälsa, upplevd diskriminering, m.m. En viktig komponent i analysen är att beskriva vilka faktorer som stärker ungdomarnas hälsa.

Uppdraget genomförs i samråd med bland andra Statens folkhälsoinstitut och ska avrapporteras i januari 2010.

I samband med att Statens folkhälsoinstitut återrapporterade det tidigare regeringsuppdraget att utreda och analysera hälsosituationen för homo- och bisexuella och transpersoner i december 2005 lämnade institutet även förslag till åtgärder. Förslagen var ämnade att stödja ett mångfaldsperspektiv i samhällsutvecklingen och att motverka ett heteronormativt synsätt.

Referenser

- Adamson, L. (1999). *Like circles on the water : a study of adolescent identity*. Link*ping: Univ.
- Bagley, C., & Tremblay, P. (2000). Elevated rates of suicidal behavior in gay, lesbian, and bisexual youth. *Crisis, 21*(3), 111-117.
- Bontempo, D. E., & D'Augelli, A. R. (2002). Effects of at-school victimization and sexual orientation on lesbian, gay, or bisexual youths' health risk behavior. *J Adolesc Health, 30*(5), 364-374.
- Brown, J. D., & Melchiono, M. W. (2006). Health concerns of sexual minority adolescent girls. *Curr Opin Pediatr, 18*(4), 359-364.
- Browning, D. L. (2008). *Adolescent identities : a collection of readings*. New York: Analytic Press.
- Cass, V. C. (1979). Homosexual identity formation: a theoretical model. *J Homosex, 4*(3), 219-235.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychol Bull, 98*(2), 310-357.
- Detrie, P. M., & Lease, S. H. (2007). The relation of social support, connectedness, and collective self-esteem to the psychological well-being of lesbian, gay, and bisexual youth. *J Homosex, 53*(4), 173-199.
- Ellis, L., Robb, B., & Burke, D. (2005). Sexual orientation in United States and Canadian college students. *Arch Sex Behav, 34*(5), 569-581.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity, youth, and crisis* ([1st ed.]). New York,: W. W. Norton.
- Faulkner, A. H., & Cranston, K. (1998). Correlates of same-sex sexual behavior in a random sample of Massachusetts high school students. *Am J Public Health, 88*(2), 262-266.
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Rodgers, B., Jacomb, P. A., & Christensen, H. (2002). Sexual orientation and mental health: results from a community survey of young and middle-aged adults. *Br J Psychiatry, 180*, 423-427.
- King, M., Semlyen, J., Tai, S. S., Killaspy, H., Osborn, D., Popelyuk, D., et al. (2008). A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry, 8*, 70.
- Lock, J., & Steiner, H. (1999). Gay, lesbian, and bisexual youth risks for emotional, physical, and social problems: results from a community-based survey. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 38*(3), 297-304.
- Marshall, M. P., Friedman, M. S., Stall, R., King, K. M., Miles, J., Gold, M. A., et al. (2008). Sexual orientation and adolescent substance use: a meta-analysis and methodological review*. *Addiction, 103*(4), 546-556.
- Mays, V. M., & Cochran, S. D. (2001). Mental health correlates of perceived discrimination among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *Am J Public Health, 91*(11), 1869-1876.
- McNicholas, S. L. (2002). Social support and positive health practices. *West J Nurs Res, 24*(7), 772-787.
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychol Bull, 129*(5), 674-697.
- Meyer, I. H., & Northridge, M. E. (2007). *The health of sexual minorities : public health perspectives on lesbian, gay, bisexual and transgender population*. New York, NY: Springer.
- Morrow, D. F., & Messinger, L. (2006). *Sexual orientation and gender expression in social work practice : working with gay, lesbian, bisexual and transgender people*. New York: Columbia University Press.
- Moseng, B. U., & Ung i Oslo 2006. (2007). *Vold mot lesbiske og homofile tenåringer en representativ undersøkelse av omfang, risiko og beskyttelse : Ung i Oslo 2006*. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst.
- Narring, F., Stronski Huwiler, S. M., & Michaud, P. A. (2003). Prevalence and dimensions of sexual orientation in Swiss adolescents: a cross-sectional survey of 16 to 20-year-old students. *Acta Paediatr, 92*(2), 233-239.
- Orenstein, A. (2001). Substance use among gay and lesbian adolescents. *J Homosex, 41*(2), 1-15.
- Poteat, V. P., Aragon, S. R., Espelage, D. L., & Koenig, B. W. (2009). Psychosocial concerns of sexual minority youth: complexity and caution in group differences. *J Consult Clin Psychol, 77*(1), 196-201.
- Remafedi, G., French, S., Story, M., Resnick, M. D., & Blum, R. (1998). The relationship between suicide risk and sexual orientation: results of a population-based study. *Am J Public Health, 88*(1), 57-60.

- Robin, L., Brener, N. D., Donahue, S. F., Hack, T., Hale, K., & Goodenow, C. (2002). Associations between health risk behaviors and opposite-, same-, and both-sex sexual partners in representative samples of Vermont and Massachusetts high school students. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 156(4), 349-355.
- Rosario, M., Schrimshaw, E. W., Hunter, J., & Braun, L. (2006). Sexual identity development among gay, lesbian, and bisexual youths: consistency and change over time. *J Sex Res*, 43(1), 46-58.
- Roth, N., Nykvist, K., Boström, G., & Statens folkhälsoinstitut. (2006). *Hälsa på lika villkor? Hälsa och livsvillkor bland HBT-personer [Health on equal terms? Health and living conditions among LGBT-people]*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Russell, S. T., & Joyner, K. (2001). Adolescent sexual orientation and suicide risk: evidence from a national study. *Am J Public Health*, 91(8), 1276-1281.
- Ryan, C., Huebner, D., Diaz, R. M., & Sanchez, J. (2009). Family rejection as a predictor of negative health outcomes in white and Latino lesbian, gay, and bisexual young adults. *Pediatrics*, 123(1), 346-352.
- Savin-Williams, R., & Cohen, K. M. (2007). Development of Same-Sex Attracted Youth. In I. H. Meyer & M. E. Northridge (Eds.), *The Health of Sexual Minorities - Public Health Perspectives on Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Populations* (pp. 27 - 47). New York: Springer.
- Troiden, R. R. (1989). The formation of homosexual identities. *J Homosex*, 17(1-2), 43-73.

Bilaga 1: Tolkning av statistiska data

I följande tabeller redovisas alla prevalenser, som också redovisats i figurerna i denna rapport, med 95-procentigt konfidensintervall. Konfidensintervallen för homo- och bisexuella personer och konfidensintervallen för dem som är osäkra på sin sexuella läggning jämförs med konfidensintervallen för dem som är heterosexuella. Då konfidensintervallen inte överlappar varandra är skillnaden statistiskt säkerställd med 95 procentig säkerhet. När det gäller dålig hälsa bland män ligger den ”sanna” prevalensen med 95 procents säkerhet för homo- och bisexuella män mellan 0,5–6,3 procent och för män som är osäkra på sin sexuella läggning mellan 8,0–23,6 procent och för heterosexuella män mellan 2,0–2,9 procent.

Konfidensintervallet för homo- och bisexuella män överlappar det för heterosexuella män men konfidensintervallet för män som är osäkra på sin sexuella läggning överlappar inte. Således är andelen män med dålig hälsa betydligt större bland män som är osäkra på sin sexuella läggning än bland heterosexuella män (statistiskt säkerställt).

Tabell 1. Socioekonomiska förhållanden bland homo- och bisexuella, de som var osäkra på sin sexuella läggning respektive heterosexuella, 16–29 år, åren 2005 och 2008. Åldersstandardiserade andelar med 95 % konfidensintervall.

	Homo- och bisexuell	Osäker på sexuell läggning	Heterosexuella
<u>Inga ekonomiska svårigheter</u>			
Män	52,5 (44,5-60,5)	32,5 (22,6-42,5)*	54,7 (53,4-56,0)
Kvinnor	39,2 (34,4-44,0)*	37,3 (29,0-45,6)*	48,9 (47,7-50,1)
<u>Måttliga ekonomiska svårigheter</u>			
Män	35,8 (27,0-44,6)	55,9 (43,5-68,4)*	36,4 (35,0-37,7)
Kvinnor	42,8 (36,9-48,6)	54,8 (44,9-64,6)*	39,5 (38,2-40,7)
<u>Stora ekonomiska svårigheter</u>			
Män	18,3 (12,1-24,5)	24,3 (15,2-33,4)*	13,8 (12,9-14,7)
Kvinnor	30,8 (26,3-35,3)*	18,3 (11,7-25,0)	10,3 (18,4-20,2)
<u>Kort utbildning</u>			
Män	42,4 (34,3-50,5)	62,7 (51,6-73,7)*	41,4 (40,1-42,7)
Kvinnor	39,2 (34,4-44,0)	36,9 (28,0-45,7)	37,4 (36,2-38,6)
<u>Mellanlång utbildning</u>			
Män	52,0 (43,8-60,2)	31,4 (20,8-42,0)*	48,1 (46,7-49,4)
Kvinnor	52,0 (47,1-56,9)	57,7 (48,6-66,7)	47,9 (46,7-49,1)
<u>Lång utbildning</u>			
Män	5,6 (1,8-9,3)*	6,0 (0,6-11,3)	10,6 (9,8-11,4)
Kvinnor	8,8 (6,0-11,6)*	5,5 (1,3-9,7)*	14,8 (13,9-15,6)
<u>Yrkesarbetande</u>			
Män	42,9 (33,5-52,3)	36,2 (23,5-48,9)	44,6 (43,2-46,0)
Kvinnor	39,7 (34,3-45,2)	41,3 (31,1-51,4)	40,7 (39,6-42,0)
<u>Inte i arbete**</u>			
Män	8,7 (3,9-13,6)	14,8 (6,7-23,1)	9,5 (8,8-10,3)
Kvinnor	13,5 (10,0-17,0)	15,8 (8,9-22,6)	9,6 (8,8-10,3)
<u>Studerande</u>			
Män	51,9 (43,3-60,5)	56,6 (45,1-68,2)	50,2 (48,8-51,5)
Kvinnor	53,1 (48,0-58,2)	49,4 (40,0-58,8)	53,8 (52,6-55,0)

* Statistiskt säkerställd avvikelse från heterosexuella, 95 %.

** Arbetslös, aktivitetsersättning eller långvarig sjukskrivning.

Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Statens folkhälsoinstitut

Tabell 2. Hälsa och vårdkontakter bland homo- och bisexuella, de som var osäkra på sin sexuella läggning respektive heterosexuella, 16-29 år, åren 2005 och 2008. Åldersstandardiserade andelar med 95 % konfidensintervall.

	Homo- och bisexuell	Osäker på sexuell läggning	Heterosexuella
<u>Dålig hälsa</u>			
Män	3,4 (0,5-6,3)	15,8 (8,0-23,6)*	2,4 (2,0-2,9)
Kvinnor	6,5 (4,1-8,9)*	10,2 (4,9-15,5)*	2,2 (1,9-2,6)
<u>Långvarig sjukdom</u>			
Män	42,1 (34,1-50,0)*	31,6 (21,7-41,5)	22,6 (21,6-23,7)
Kvinnor	34,8 (30,1-39,4)*	24,5 (17,1-32,0)	21,3 (20,3-22,3)
<u>Fetma</u>			
Män	3,2 (0,4-6,0)	13,0 (5,7-20,2)	5,5 (4,9-6,1)
Kvinnor	7,5 (4,9-10,0)	3,8 (0,5-7,2)	4,7 (4,2-5,2)
<u>Kontakt med sjukvården</u>			
Män	39,8 (31,9-47,7)	36,6 (26,3-47,0)	31,9 (30,7-33,1)
Kvinnor	58,5 (53,6-63,3)*	40,1 (31,5-48,7)	47,3 (46,2-48,5)
<u>Inte sökt läkarvård trots behov</u>			
Män	14,3 (5,9-22,7)	19,5 (8,6-30,4)	13,7 (12,4-15,0)
Kvinnor	30,9 (23,8-37,9)*	31,2 (21,1-41,3)	20,2 (18,9-21,6)

* Statistiskt säkerställd avvikelse från heterosexuella, 95 %.

Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Statens folkhälsoinstitut

Tabell 3. Psykisk hälsa bland homo- och bisexuella, de som var osäkra på sin sexuella läggning respektive heterosexuella, 16-29 år, åren 2005 och 2008. Åldersstandardiserade andelar med 95 % konfidensintervall.

	Homo- och bisexuell	Osäker på sexuell läggning	Heterosexuella
<u>Nedsatt psykiskt välbefinnande</u>			
Män			
Kvinnor	31,1 (23,7-38,5)*	29,1 (19,4-38,8)*	15,8 (14,9-16,8)
	46,4 (41,5-51,2)*	33,5 (25,3-41,6)	27,5 (26,4-28,5)
<u>Mycket stressad</u>			
Män	8,5 (4,0-13,0)*	10,0 (3,6-16,4)*	2,0 (1,6-2,3)
Kvinnor	14,3 (10,9-17,7)*	10,7 (5,4-16,1)	5,4 (4,9-6,0)
<u>Svår ångslan, oro eller ångest</u>			
Män	4,9 (1,4-8,4)	9,2 (3,0-15,3)	3,6 (3,1-4,1)
Kvinnor	19,2 (15,4-23,1)*	14,4 (8,2-20,6)*	7,2 (6,6-7,8)
<u>Haft självmordstankar</u>			
Män	41,9 (33,9-49,4)*	29,3 (19,5-39,1)*	12,3 (11,4-13,1)
Kvinnor	46,9 (42,1-51,8)*	33,8 (25,5-42,0)*	20,3 (19,3-21,2)
<u>Försökt ta sitt liv</u>			
Män	11,4 (6,3-16,5)*	17,4 (9,3-25,5)*	3,2 (2,7-3,7)
Kvinnor	26,0 (21,7-30,2)*	21,1 (14,0-28,2)*	7,6 (7,0-8,3)

* Statistiskt säkerställd avvikelse från heterosexuella, 95 %.

Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Statens folkhälsoinstitut

Tabell 4. Levnadsvanor bland homo- och bisexuella, de som var osäkra på sin sexuella läggning respektive heterosexuella, 16–29 år, åren 2005 och 2008. Åldersstandardiserade andelar med 95 % konfidensintervall.

	Homo- och bisexuell	Osäker på sexuell läggning	Heterosexuella
<u>Stillasittande fritid</u>			
Män	5,3 (1,7-9,0)	25,6 (16,2-35,0)*	12,4 (11,5-13,2)
Kvinnor	14,6 (11,2-18,1)*	20,4 (13,5-27,3)*	9,6 (8,9-10,3)
<u>Röker dagligen</u>			
Män	20,3 (13,9-26,8)*	15,9 (8,2-23,7)	8,3 (7,6-9,0)
Kvinnor	17,6 (13,8-21,3)	9,1 (4,1-14,1)	13,6 (12,8-14,4)
<u>Snusar dagligen</u>			
Män	9,3 (4,6-14,0)*	19,8 (11,3-28,3)	20,9 (19,9-22,0)
Kvinnor	9,7 (6,8-12,6)*	12,5 (6,5-17,8)*	4,1 (3,6-4,5)
<u>Använt cannabis senaste 12 månaderna</u>			
Män	19,8 (13,4-26,2)*	6,7 (1,2-12,2)	6,8 (6,2-7,5)
Kvinnor	12,5 (9,2-15,7)*	15,2 (9,0-21,5)*	3,3 (2,9-3,7)
<u>Riskabla alkoholvanor</u>			
Män	34,7 (27,0-42,4)	19,0 (10,6-27,3)*	34,8 (33,5-36,0)
Kvinnor	38,5 (33,7-43,2)*	40,9 (32,4-49,3)*	26,5 (25,5-27,5)

* Statistiskt säkerställd avvikelse från heterosexuella, 95 %.

Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Statens folkhälsoinstitut

Tabell 5. Utsatthet bland homo- och bisexuella, de som var osäkra på sin sexuella läggning respektive heterosexuella, 16–29 år, åren 2005 och 2008. Åldersstandardiserade andelar med 95 % konfidensintervall.

	Homo- och bisexuell	Osäker på sexuell läggning	Heterosexuella
Otrygg²			
Män	20,0 (13,5-26,5)*	14,0 (6,6-21,4)	8,2 (7,5-8,9)
Kvinnor	42,7 (37,9-47,6)	31,9 (23,9-40,0)	45,0 (43,9-46,2)
Otrygg³			
Män	20,0 (13,5-26,5)*	14,0 (6,6-21,4)	8,2 (7,5-8,9)
Kvinnor	42,7 (37,9-47,6)	31,9 (23,9-40,0)	45,0 (43,9-46,2)
Utsatt för hot om våld			
Män	23,5 (16,6-30,3)*	12,5 (5,4-19,7)	5,9 (5,3-6,5)
Kvinnor	19,7 (15,8-23,6)*	9,9 (4,7-15,0)	8,0 (7,3-8,6)
Utsatt för fysiskt våld			
Män	36,3 (28,6-44,0)*	19,5 (11,0-28,0)*	9,4 (8,7-10,2)
Kvinnor	12,0 (8,8-15,2)*	8,5 (3,7-13,3)	5,5 (5,0-6,0)
Utsatt för kränkande bemötande/behandling			
Män	49,1 (41,1-57,2)*	20,3 (11,7-28,9)	22,5 (21,4-23,6)
Kvinnor	65,1 (60,4-69,7)*	47,9 (39,3-56,6)*	37,0 (35,9-38,2)

* Statistiskt säkerställd avvikelse från heterosexuella, 95 %.

Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Statens folkhälsoinstitut

Tabell 6. Social förankring bland homo- och bisexuella, de som var osäkra på sin sexuella läggning respektive heterosexuella, 16–29 år, åren 2005 och 2008. Åldersstandardiserade andelar med 95 % konfidensintervall.

	Homo- och bisexuell	Osäker på sexuell läggning	Heterosexuella
Saknar emotionellt stöd			
Män	24,8 (17,9-31,8)*	30,0 (20,3-39,8)*	14,7 (13,8-15,6)
Kvinnor	12,4 (9,2-15,6)*	13,2 (7,3-19,1)	7,1 (6,5-7,8)
Lågt socialt deltagande			
Män	13,0 (7,6-18,4)	57,5 (46,9-68,2)*	12,4 (11,6-13,3)
Kvinnor	9,8 (6,9-12,7)	25,8 (18,2-33,4)*	9,6 (8,9-10,3)

* Statistiskt säkerställd avvikelse från heterosexuella, 95 %.

Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Statens folkhälsoinstitut

² Den som ibland eller ofta avstår från att gå ut ensam av rädsla för att bli överfallen, rånad eller på annat sätt ofredad.

³ Den som ibland eller ofta avstår från att gå ut ensam av rädsla för att bli överfallen, rånad eller på annat sätt ofredad.

Tabell 7. Andel (procent) som har lågt förtroende för samhällets institutioner bland homo- och bisexuella, de som var osäkra på sin sexuella läggning respektive heterosexuella, 16–29 år, åren 2005 och 2008. Åldersstandardiserade andelar med 95 % konfidensintervall.

	Homo- och bisexuell	Osäker på sexuell läggning	Heterosexuella
<u>Sjukvården</u>			
Män	24,4 (17,4-31,3)	41,1 (30,4-51,7)*	24,3 (23,2-25,4)
Kvinnor	28,8 (24,4-33,2)	26,8 (19,1-34,5)	26,7 (25,7-27,7)
<u>Skolan</u>			
Män	42,7 (34,7-50,6)	32,8 (22,7-42,9)	34,7 (33,5-36,0)
Kvinnor	39,6 (34,8-44,4)*	24,6 (17,1-32,1)	30,6 (29,5-31,7)
<u>Arbetsförmedlingen</u>			
Män	68,1 (60,6-75,7)*	48,5 (37,7-59,3)	55,5 (54,2-56,8)
Kvinnor	70,1 (65,6-74,6)*	68,7 (60,6-76,9)*	56,1 (54,9-57,2)
<u>Försäkringskassan</u>			
Män	54,2 (46,2-62,3)*	42,8 (32,1-53,5)	37,6 (36,3-38,9)
Kvinnor	45,2 (40,4-50,1)*	39,4 (30,7-48,1)	35,8 (34,6-36,9)
<u>Socialtjänsten</u>			
Män	52,5 (44,4-60,5)*	37,5 (27,0-47,9)	41,6 (40,3-42,9)
Kvinnor	49,5 (44,6-54,5)*	52,8 (44,0-61,6)*	38,7 (37,6-39,9)
<u>Polisen</u>			
Män	50,4 (42,3-58,5)*	49,6 (38,8-60,4)	38,8 (37,5-40,1)
Kvinnor	41,2 (36,4-46,1)*	29,7 (21,7-37,7)	26,3 (25,2-27,3)
<u>Politiker i riksdagen</u>			
Män	37,7 (29,9-45,5)	38,8 (28,2-49,3)	45,7 (44,4-47,0)
Kvinnor	44,4 (39,6-49,3)*	44,0 (35,3-52,8)	37,0 (35,9-38,2)

* Statistiskt säkerställd avvikelse från heterosexuella, 95 %.

Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Statens folkhälsoinstitut