



Folkhälsomyndigheten

Utvecklingen av hälsan och hälsans bestämningssfaktorer bland homo- och bisexuella personer

Resultat från nationella folkhälsoenkäten
Hälsa på lika villkor



Utvecklingen av hälsan och hälsans bestämningsfaktorer bland homo- och bisexuella personer

Resultat från nationella folkhälsoenkäten
Hälsa på lika villkor

För Folkhälsomyndighetens egna experter och sakkunniga som medverkat i rapporter bedöms eventuella intressekonflikter och jäv inom ramen för anställningsförhållandet.

När det gäller externa experter och sakkunniga som deltar i Folkhälsomyndighetens arbete med rapporter kräver myndigheten att de lämnar skriftliga jävsdeklarationer för potentiella intressekonflikter eller jäv. Sådana omständigheter kan föreligga om en expert till exempel fått eller får ekonomisk ersättning från en aktör med intressen i utgången av den fråga som myndigheten behandlar eller om det finns ett tidigare eller pågående ställningstagande eller engagemang i den aktuella frågan på ett sådant sätt att det uppkommer misstanke om att opartiskheten inte kan upprätthållas. Folkhälsomyndigheten tar därefter ställning till om det finns några omständigheter som skulle försvåra en objektiv värdering av det framtagna materialet och därmed inverka på myndighetens möjligheter att agera sakligt och opartiskt. Bedömningen kan mynna ut i att experten kan anlitas för uppdraget alternativt att myndigheten föreslår vissa åtgärder beträffande expertens engagemang eller att experten inte bedöms kunna delta i det aktuella arbetet.

De externa experter som medverkat i framtagandet av denna rapport har inför arbetet i enlighet med Folkhälsomyndighetens krav inlämnat deklaration av eventuella intressekonflikter och jäv. Folkhälsomyndigheten har därvid bedömt att omständigheter som skulle kunna äventyra myndighetens trovärdighet inte föreligger. Jävsdeklarationerna och eventuella kompletterande dokument utgör allmänna handlingar som normalt är offentliga. Handlingarna finns tillgängliga på Folkhälsomyndigheten.

Denna titel kan beställas från: Folkhälsomyndighetens beställningsservice c/o Strömberg, 120 88 Stockholm. Fax: 08-779 96 67. E-post: folkhalsomyndigheten@strd.se.

Den kan även laddas ner från: www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/.

Citera gärna Folkhälsomyndighetens texter, men glöm inte att uppge källan. Bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten. Det innebär att du måste ha upphovsmannens tillstånd att använda dem.

© Folkhälsomyndigheten, 2014.

ISBN 978-91-7603-006-6 (pdf).

ISBN X (print).

Grafisk produktion: AB Typoform

Tryck: Strömberg, Stockholm, 2014

Innehållsförteckning

Förord.....	8
Sammanfattning	11
Summary	17
Kapitel 1. Bakgrund.....	23
Inledning	23
Uppdraget.....	23
Avgränsningar	24
Samråd med berörda myndigheter och organisationer.....	24
Rapportens disposition	24
Kapitel 2. Bestämningsfaktorer för hälsa och hälsoutfall.....	27
Hälsans bestämningsfaktorer.....	27
Bestämningsfaktorer i den svenska folkhälsopolitiken	28
Identifierade bestämningsfaktorer av betydelse för hbt-personers hälsa	29
Diskriminering	29
Utsatthet för våld	34
Hälsoutfall.....	38
Allmänt hälsotillstånd	38
Psykisk hälsa.....	39
Hur hälsa bör analyseras i relation till hbt-personer	41
Den heterogena gruppen	42
Övergripande metodfrågor	43
Kapitel 3. Metod	46
Datakällan – den nationella folkhälsoenkäten.....	46
Statistiska metoder	47
Material	48
Gruppindelningar och avgränsning av materialet.....	48
Beskrivning av materialet	49
Beskrivning av redovisningsgrupper	53
Kapitel 4. Resultatredovisning av utvecklingen av hälsans bestämningsfaktorer och hälsoutfall för homo- och bisexuella personer	54
Presentationen av resultat.....	54
Livsvillkor	55
Diskriminering	55
Utsatthet för våld	56

Socialt deltagande	61
Tillit och stöd	63
Utbildning	68
Arbetsmarknadsposition	69
Ekonomiska villkor	70
Boendemiljö	73
Levnadsvanor	74
Rökning	74
Snusning	76
Alkohol	77
Narkotika	79
Stillasittande fritid/fysisk aktivitet	81
Hälsoutfall	82
Allmänt hälsotillstånd	83
Psykisk hälsa	85
Fysisk hälsa	91
Vårdkontakter	94
Kapitel 5. Diskussion	97
Det allmänna hälsotillståndet	98
Utsatthet för diskriminering och våld på allmän plats	99
Våld i samkönade relationer	100
Unga bisexuella kvinnor	101
Slutord	102
Referenser	103
Bilaga 1	108
Övriga indikatorer avseende homo- och bisexuella personer ur nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor	108
Livsvillkor	108
Diskriminering	108
Våld	109
Socialt deltagande	116
Tillit	116
Boendemiljö	134
Levnadsvanor	135
Hälsa	142

Allmänt hälsotillstånd	142
Psykisk hälsa	145
Fysisk hälsa.....	151
Vårdkontakter	154
Bilaga 2 Ordlista	166
Bilaga 3 Tidigare regeringsuppdrag att analysera hälsosituationen för hbt-personer	168
Bilaga 4 Resultat för år 2005 – med respektive utan ålderstandardisering och kalibreringsvikter	169

Förord

Det övergripande målet för folkhälsan i Sverige är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Denna rapport beskriver utvecklingen av hälsan och hälsans bestämningsfaktorer bland homo- och bisexuella personer jämfört med heterosexuella personer under perioden 2005–2012.

Resultaten visar att de allra flesta homo- och bisexuella personer har ett bra eller ett mycket bra allmänt hälsotillstånd. Trots detta kvarstår stora skillnader i den självrapporterade hälsan och förutsättningarna för hälsa bland homo- och bisexuella personer jämfört med heterosexuella personer. Under alla de år som undersökningen omfattar rapporterar homo- och bisexuella personer ett sämre allmänt tillstånd än den övriga befolkningen. Särskilt påtagligt är detta bland yngre personer, 16–29 år och särskilt påtagligt är detta bland bisexuella kvinnor. Unga bisexuella kvinnor har minst tillit till andra människor, uppvisar mest ohälsa, upplever mest våld och har mest självdestruktiva beteenden/självmodstankar och självmordsförsök av de grupper som jämförts.

En viktig slutsats är att det finns behov av fördjupade studier om effektiva hälsofrämjande och förebyggande åtgärder bland homo- och bisexuella personer. Sådan kunskap är väsentlig för att nå det övergripande nationella folkhälsomålet om att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen.

Denna rapport är en delredovisning av ett regeringsuppdrag som gavs till Statens folkhälsoinstitut år 2013. Från 1 januari 2014 överfördes uppdraget till den nybildade Folkhälsomyndigheten. Data för transpersoner är inte inkluderade i rapporten. Dessa kommer att redovisas i samband med slutredovisningen av uppdraget som sker senast 1 juni 2015. Rapporten riktar sig till beslutsfattare och tjänstemän med ansvar för folkhälsofrågor samt till idéburna organisationer som arbetar med att främja hälsan bland homo- och bisexuella personer.

Vår förhoppning är att rapporten kan bidra till ökad kunskap om hälsosituationen för homo- och bisexuella personer samt ge underlag för kommande politiska strategiska val och prioriteringar när det gäller satsningar som kan förbättra framtidens folkhälsa.

Rapporten har arbetats fram av en projektgrupp bestående av projektansvarig Cristina Mattsson Lundberg, utredarna Regina Winzer och Sylvia Olofsson, kvalificerad utredare Kontie Moussa och enhetschef Marie Risbeck samt de externa experterna Anna Westerståhl och Carin Holmberg. Ansvarig avdelningschef har varit Anna Bessö. Rapporten har granskats av den interna granskningsgruppen vid tidigare Statens folkhälsoinstitut. Den vetenskapliga granskningen av rapporten har genomförts av Ronny Tikkanen vid Institutionen för socialt arbete, Göteborgs universitet.

Vi vill rikta ett särskilt tack till de representanter från myndigheter och organisationer som deltog i samrådsmöte 10 oktober 2013 och som bidragit med synpunkter på innehållet i rapporten.

Folkhälsomyndigheten, Östersund, januari 2014

Johan Carlson
Generaldirektör

Den 1 januari 2014 startade Folkhälsomyndigheten sin verksamhet. Myndigheten övertog de uppgifter som Smittskyddsinstitutet och Statens folkhälsoinstitut tidigare ansvarat för och ersätter därmed dessa myndigheter. Samtidigt överfördes större delen av Socialstyrelsens arbete kring miljöns påverkan på hälsan, liksom ansvaret för miljö- och folkhälsorapporteringen till Folkhälsomyndigheten.

Sammanfattning

Det övergripande målet för folkhälsan i Sverige är att skapa samhällliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Sveriges riksdag antog den nationella folkhälsopolitiken 2003 i propositionen Mål för folkhälsan (Regeringens proposition 2002/03:35). År 2008 antogs propositionen En förnyad folkhälsopolitik (Regeringens proposition 2007/08:110). En viktig del i Folkhälsomyndighetens uppdrag består i att följa upp utvecklingen i hälsans bestämningsfaktorer och dess fördelning i olika grupper.

Den 2 januari 2014 presenterade regeringen en nationell strategi för homosexuella, bisexuella och transpersoner (hbt), En strategi för lika rättigheter och möjligheter oavsett sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck (Regeringen, 2014). Strategin syftar till att stärka hbt-personers lika rättigheter och möjligheter oavsett sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck.

Denna rapport beskriver utvecklingen av hälsan och hälsans bestämningsfaktorer bland homo- och bisexuella personer jämfört med heterosexuella personer under perioden 2005–2012. Rapporten redovisar resultat från den nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor och är en delredovisning av ett regeringsuppdrag enligt Statens folkhälsoinstituts regleringsbrev för år 2013 (S2012/8855/SAM, delvis). Uppdraget övergick 1 januari 2014 till den nybildade Folkhälsomyndigheten. Analysen tar sin utgångspunkt i ett tidigare regeringsuppdrag om hälsosituationen för hbt-personer som redovisades av Statens folkhälsoinstitut år 2005 (dnr S2003/5150/FH). Denna rapport innehåller även en genomgång av internationell forskning om hbt-personers livssituation med fokus på diskriminering, utsatthet för våld och hälsoutfall.

Resultaten visar att de allra flesta homo- och bisexuella personer har ett bra eller ett mycket bra allmänt hälsotillstånd. Trots detta kvarstår stora skillnader i den självrapporterade hälsan bland homo- och bisexuella personer jämfört med heterosexuella personer, både vad gäller hälsan och förutsättningarna för hälsa. Ett bra allmänt hälsotillstånd är vanligare bland heterosexuella än bland homo- och bisexuella personer. För samtliga grupper har de som uppger att de har ett bra hälsotillstånd ökat sedan 2005. Bland homo- och bisexuella är ökningen dock inte statistiskt säkerställd. På motsvarande sätt är det vanligare att homo- och bisexuella personer uppger att de har ett dåligt allmänt hälsotillstånd än heterosexuella. Vanligast är det bland de bisexuella kvinnorna och homosexuella männen. Unga homo- och bisexuella kvinnor har minst tillit till andra människor, uppvisar mest ohälsa, upplever mest våld och har mest självdestruktiva beteenden/självordstankar och självmordsförsök av de grupper som jämförts.

En viktig slutsats är att det finns behov av fördjupade studier om effektiva hälsofrämjande och förebyggande åtgärder bland homo- och bisexuella personer. Sådan kunskap är väsentlig för att nå det övergripande nationella folkhälsomålet att skapa samhällliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen.

Rapporten innehåller inga sambandsanalyser utan beskriver endast skillnader i andelar homo-, bi- respektive heterosexuella personer vad gäller olika livsvillkor, levnadsvanor och hälsoutfall. De flesta bestämningsfaktorer och samtliga hälsoutfall presenteras för åren 2005–2012, där gruppen homo- och bisexuella personer jämförs med gruppen heterosexuella personer. För att kunna beskriva skillnader mellan de *tre* grupperna (homo-, bisexuella respektive heterosexuella personer) har data slagits samman för åren 2010–2012 i en särskild analys för varje bestämningsfaktor och hälsoutfall. Alla analyser som presenteras är könsuppdelade.

Här nedan följer en utförlig beskrivning av de empiriska resultaten:

Livsvillkor

Diskriminering. Genomgående under alla år är det betydligt vanligare att homo- och bisexuella personer utsatts för kränkande behandling eller bemötande jämfört med heterosexuella personer. Allra vanligast är att bisexuella kvinnor utsatts för kränkande behandling eller bemötande. Andelen som har blivit utsatt för kränkande behandling har mellan åren 2005 och 2012 minskat i den heterosexuella gruppen. Samma tendens (observera att där begreppet tendens används i denna rapport är skillnaden inte statistiskt signifikant, se avsnittet om statistiska metoder sidan 47) kan ses bland de homo- och bisexuella. Trots minskningen är det dock stora skillnader mellan homo- och bisexuella personer jämfört med heterosexuella när det gäller att ha varit utsatt för diskriminering.

Våld. Det är betydligt vanligare för homo- och bisexuella personer att bli utsatta för hot om våld och fysiskt våld än för heterosexuella. Allra vanligast är detta bland bisexuella kvinnor. Ingen statistiskt säkerställd skillnad mellan åren 2005 och 2012 kan påvisas inom någon grupp av sexuell läggning, vare sig bland män eller kvinnor, i andelen som blivit utsatt för hot om våld och andelen som blivit utsatt för fysiskt våld.

Socialt deltagande. Homosexuella kvinnor rapporterar i större utsträckning att de har ett lägre socialt deltagande (det vill säga att inte delta i sociala aktiviteter eller evenemang) jämfört med heterosexuella kvinnor. Bland män är det den bisexuella gruppen som i högre grad rapporterar ett lågt socialt deltagande jämfört med hetero- och homosexuella män. Det finns ingen klar tidstrend i andelen med lågt socialt deltagande inom någon av grupperna av sexuell läggning vare sig bland män eller bland kvinnor.

Tillit och stöd. Det är vanligare bland både homo- och bisexuella kvinnor att rapportera att de inte känner tillit till andra än bland heterosexuella kvinnor. Bland män är det de bisexuella som i större utsträckning uppger att de inte känner tillit jämfört med homo- och heterosexuella. Andelen som inte känner tillit är ungefär på samma nivå åren 2005 och 2012, såväl för homo- och bisexuella personer som för heterosexuella personer.

Det är vanligare för homo- och bisexuella kvinnor jämfört med heterosexuella kvinnor att ha lågt förtroende för sjukvården, skolan, polisen, socialtjänsten,

Arbetsförmedlingen, domstolar och riksdagen. Bisexuella kvinnor rapporterar i större utsträckning än heterosexuella kvinnor att de har lågt förtroende för Försäkringskassan. Det är mindre vanligt bland homo- och bisexuella kvinnor att ha lågt förtroende för fackföreningar än bland heterosexuella kvinnor. Bland bisexuella män är det vanligare att ha lågt förtroende för polisen, socialtjänsten och domstolar än bland heterosexuella män. Det är vanligare bland heterosexuella män än bland homosexuella män att ha lågt förtroende för riksdagen och landstingspolitiker. Det är också vanligare att ha lågt förtroende för fackföreningar bland heterosexuella män än bland bisexuella män.

Män saknar både emotionellt och praktiskt stöd i större utsträckning än kvinnor. Den största andelen som saknar emotionellt stöd finns bland homo- och bisexuella män. Bland kvinnorna är det vanligast i den bisexuella gruppen att sakna emotionellt stöd. Homo- och bisexuella män saknar praktiskt stöd i större utsträckning än heterosexuella män och motsvarande skillnader finns bland kvinnor. Ingen klar tidstrend finns i någon grupp av sexuell läggning inom något kön vare sig för andelen som saknar praktiskt stöd eller emotionellt stöd.

Utbildning. Det är mindre vanligt med lång utbildning bland bisexuella kvinnor än bland hetero- och homosexuella kvinnor. Homosexuella män har i större utsträckning lång utbildning jämfört med hetero- och bisexuella män.

Arbetsmarknadsposition. Heterosexuella kvinnor yrkesarbetar i större utsträckning än både homo- och bisexuella kvinnor. Det är också vanligare bland homosexuella kvinnor att yrkesarbeta än bland bisexuella. Samma mönster finns bland män. Det är vanligare bland bisexuella kvinnor att vara arbetslösa jämfört med både hetero- och homosexuella kvinnor. Både homo- och bisexuella män är arbetslösa i större utsträckning än heterosexuella män. Andelen förtidspensionerade är större bland bisexuella män än bland heterosexuella män.

Ekonomiska villkor. Det är vanligare bland homo- och bisexuella personer att sakna kontantmarginal, befinna sig i ekonomisk kris och ha låg inkomst än det är bland heterosexuella. Vanligast är det bland bisexuella kvinnor.

Boendemiljö. Genomgående är det betydligt vanligare bland kvinnor att avstå från att gå ut ensamma på grund av rädsla för att bli överfallen, rånad eller ofredad på annat sätt än det är bland män. Bland kvinnor är det vanligare bland bisexuella att avstå från att gå ut ensamma än bland heterosexuella. Både homo- och bisexuella män avstår i större utsträckning än heterosexuella män från att gå ut ensamma på grund av rädsla. Ingen tydlig förändring över tid kan påvisas för denna indikator för någon grupp av sexuell läggning inom något kön.

Levnadsvanor

Rökning. Det är vanligare att röka dagligen bland homo- och bisexuella män. Bland kvinnor rökte bisexuella kvinnor i större utsträckning än heterosexuella. Den tydliga minskningen av andelen dagligrökare över tid bland heterosexuella

personer återfinns som en trend bland homo- och bisexuella kvinnor men saknas bland homo- och bisexuella män.

Snusning. Det är mindre vanligt bland homo- och bisexuella män att snusa dagligen än bland heterosexuella män. Bland kvinnor är förhållandet omvänt – det är vanligare i den homo- och bisexuella gruppen att snusa. Vanligast är detta bland homosexuella kvinnor. Andelen som snusade minskade från år 2005 till år 2012 bland heterosexuella män och samma tendens fanns också bland homo- och bisexuella män. Bland kvinnor finns ingen klar tidstrend i andelen som snusar.

Alkohol. Det är genomgående under alla år mycket vanligare bland homo- och bisexuella personer att ha riskabla alkoholvanor än bland heterosexuella personer. Denna skillnad är störst bland kvinnor. En avtagande trend från år 2005 till 2012 i andelen riskkonsumenter av alkohol finns dock bland homo- och bisexuella kvinnor. Motsvarande trend återfinns inte bland heterosexuella kvinnor. Också bland homo- och bisexuella män finns en tendens till minskning av andelen riskkonsumenter av alkohol över tid, vilket medför att skillnaden mellan homo- och bisexuella män och heterosexuella män har minskat. Trots att trenden är nedåtgående är skillnaderna mellan homo- och bisexuella personer jämfört med heterosexuella fortfarande stora.

Narkotika. Det är främst yngre personer som har använt cannabis under de senaste 12 månaderna. Bland dem är det främst homo- och bisexuella personer som använder cannabis i betydligt större utsträckning än heterosexuella. Andelen som använder cannabis bland bisexuella kvinnor är dessutom större än bland homosexuella kvinnor. Bland männen har en större andel homo- och bisexuella än heterosexuella använt cannabis under de 12 senaste månaderna. Det finns ingen säkerställd skillnad mellan homosexuella och bisexuella män. Ingen tydlig trend på förändring av cannabisbruk kan ses under tidsperioden 2005–2012 bland homo- och bisexuella kvinnor och män.

Stillasittande fritid/fysisk aktivitet. Homo- och bisexuella personer tenderar att i större utsträckning ha en stillasittande fritid än heterosexuella personer. Det finns ingen tydlig förändring av andelen stillasittande personer mellan åren 2005–2012 för någon grupp av sexuell läggning inom något kön. Inga skillnader i andelen som motionerade och tränade regelbundet mellan homo-, bisexuella personer och heterosexuella personer kan påvisas.

Hälsa

Allmänt hälsotillstånd. Ett bra allmänt hälsotillstånd är vanligare bland heterosexuella personer än bland homo- och bisexuella. Både bland män och kvinnor med heterosexuell läggning ökade andelen med bra hälsa från år 2005 till år 2012. Samma tendens finns också bland män och kvinnor med homo- och bisexuell läggning.

Det är även vanligare att homo- och bisexuella personer uppger att de har ett dåligt allmänt hälsotillstånd jämfört med heterosexuella. Vanligast är det bland bisexuella

kvinnor och homosexuella män. Det är mindre vanligt med dålig hälsa bland heterosexuella personer under år 2012 jämfört med år 2005. Motsvarande förändring kan inte påvisas vare sig bland homo- och bisexuella kvinnor eller bland homo- och bisexuella män.

Psykisk hälsa. En betydligt större andel av homo- och bisexuella personer har nedsatt psykiskt välbefinnande jämfört mot heterosexuella och den största andelen finns bland bisexuella kvinnor. Vid en jämförelse mellan åren 2005 och 2012 kan inga förändringar i andelen med nedsatt psykiskt välbefinnande påvisas inom någon grupp av sexuell läggning vare sig för män eller för kvinnor.

Ängslan, oro eller ångest är mycket vanligare bland homo- och bisexuella personer än bland heterosexuella. Det är i synnerhet bisexuella kvinnor som upplever svåra besvär av ängslan, oro eller ångest. Inga förändringar över tid inom någon grupp av sexuell läggning kan påvisas för denna indikator.

En betydligt större andel homo- och bisexuella kvinnor känner sig mycket stressade än heterosexuella kvinnor genomgående under åren och för män finns samma tendenser. Inga förändringar i någon grupp kunde påvisas i andelen stressade mellan åren 2005 och 2012.

Det är vanligare att homo- och bisexuella personer uppger att de har svåra sömnbesvär jämfört med heterosexuella personer. Inga förändringar mellan åren 2005 och 2012 inom någon grupp av sexuell läggning kunde observeras för denna indikator.

Andelen med självmordstankar de senaste 12 månaderna är nästan fem gånger större bland bisexuella kvinnor än bland heterosexuella kvinnor. Andelen med självmordstankar bland bisexuella kvinnor är också betydligt större än bland homosexuella kvinnor. Det är också betydligt vanligare att ha självmordstankar bland homosexuella kvinnor än bland heterosexuella. Även bland homo- och bisexuella män är det en betydligt större andel som uppger att de har haft självmordstankar jämfört med heterosexuella män.

Det är betydligt vanligare att ha försökt ta sitt liv under de senaste 12 månaderna bland homo- och bisexuella personer jämfört med heterosexuella. Skillnaden är störst i åldersgruppen 16–29 år och bland dem med kort utbildning.

Fysisk hälsa. Det är vanligare med svår värk bland kvinnor än bland män och vanligast är det bland bisexuella kvinnor. Ingen skillnad i andelen med svår värk finns mellan de tre olika grupperna av sexuell läggning bland män. Det är vanligare bland både homo- och bisexuella kvinnor att uppge att de lider av någon långvarig sjukdom jämfört med heterosexuella kvinnor och det är också vanligare bland bisexuella män att rapportera att de har någon långvarig sjukdom jämfört med heterosexuella män.

Denna skillnad är tydligast bland kvinnor i åldern 16–64 år. Det finns ingen förändring i andelen med svår värk eller i andelen med långvarig sjukdom mellan

åren 2005 och 2012 i någon av de olika grupperna av sexuell läggning inom något kön.

Det är mindre vanligt med övervikt och fetma bland homosexuella män jämfört med både bisexuella och heterosexuella män. Inga skillnader i andelen med övervikt eller fetma mellan homo- och bisexuella kvinnor och heterosexuella kvinnor kunde påvisas. Bland heterosexuella personer ökar andelen med övervikt och fetma från år 2005 till år 2012. För homo- och bisexuella personer varierar andelen med övervikt och fetma över tid på ett sådant sätt att det är svårt att avgöra om motsvarande tendens finns inom dessa grupper.

Vårdkontakt. Homo- och bisexuella kvinnor rapporterar i större utsträckning än heterosexuella kvinnor att de har haft kontakt med vården under de tre senaste månaderna. Bland män finns en tendens till likartade skillnader. Det är även en större andel homo- och bisexuella kvinnor som varit inlagda på sjukhus jämfört med heterosexuella kvinnor. Bland män finns inga statistiskt säkerställda skillnader.

Summary

The overarching aim of public health in Sweden is to create societal conditions for good health on equal terms for the entire population. The Riksdag (the Swedish parliament) adopted the national public health policy in 2003 in the Government's Public Health Objective Bill (Govt. Bill 2002/03:35). A further bill, A Renewed Public Health Policy (Govt. Bill 2007/08:110) was adopted in 2008. An important part of the Public Health Agency of Sweden's assignment is to follow up the development of the determinants of health and their distribution in different groups.

In January 2014, the Government adopted a national strategy to promote lesbian, gay, bisexual and transgender (LGBT) persons equal rights and opportunities in various areas (Regeringen, 2014). The strategy aims to strengthen the work for equal rights and opportunities for LGBT persons regardless of sexual orientation, gender identity or gender expression.

The present report describes the development of health and its determinants among homo- (lesbian and gay) and bisexual persons compared to heterosexual persons over the period from 2005 to 2012. The report presents the results from the national public health survey Health on Equal Terms (HLV) and is an interim report on the government's commission according to the Swedish National Institute of Public Health's appropriation directions for 2013 (S2012/8855/SAM, (in part)). The commission was transferred to the newly established Public Health Agency of Sweden on 1 January 2014. The basis for the analysis is an earlier Government commission concerning the health conditions of LGBT persons, the results of which were presented by the Swedish National Institute of Public Health in 2005 (registration number S2003/5150/FH). This report also contains a review of international research on LGBT persons' living conditions with the focus on discrimination, vulnerability to violence, and health outcomes.

The results show that the vast majority of homo- and bisexual persons enjoy good or very good health. In spite of this, great differences remain as regards self-assessed health among these and heterosexual people. Enjoying good health was more common among heterosexual people than among homo- and bisexual people. Those who report that they enjoy good health have increased in all groups since 2005. However, there are no statistically significant differences in the increase among homo- and bisexual people. It was also more common for homo- and bisexual people to report bad health compared to heterosexual people. This was most common among bisexual women and homosexual men. Young homo- and bisexual women have the least trust in other people, show most ill-health, experience most violence and have the most self-destructive behaviours/suicidal thoughts and attempted suicides of the groups that were compared.

One important conclusion is that there is a need for in-depth studies of effective health-promoting and prevention measures among homo- and bisexual persons. Such knowledge is vital in achieving the overarching aim of public health in

Sweden of creating societal conditions for good health on equal terms for the entire population.

The report does not contain any correlation analyses but describes only differences in the proportions of homosexual, bisexual and heterosexual persons with regard to living conditions, living habits and health outcomes. Most determinants and all health outcomes are presented for the 2005–2012 period, where the group of homo- and bisexual persons is compared to the heterosexual group. To be able to describe differences between the *three* groups – homosexual, bisexual and heterosexual persons – data from 2010–2012 has been combined in a special analysis for every determinant and health outcomes. All the analyses presented are divided by gender.

Below follows a detailed description of the empirical findings:

Living conditions

Discrimination. For all years it is considerably more common for homo- and bisexual persons to be subjected to abusive treatment or behaviour compared to heterosexual persons. Most common of all is for bisexual women to be subjected to abusive treatment or behaviour. The proportion who has been subjected to abusive treatment or behaviour decreased in the heterosexual group between 2005 and 2012. The same tendency (note that where the term *tendency* is used in the present report, the difference is not statistically significant; see the section on statistical methods, page 47) can be observed among homosexuals and bisexuals. Despite the decrease, there are great differences between homo- and bisexual persons compared to heterosexuals when it comes to having been subjected to discrimination.

Violence. It is considerably more common for homo- and bisexual persons to be subjected to threats of violence and actual physical violence than for heterosexuals. It is most common of all among bisexual women. No statistically significant difference could be found in any sexual orientation group for the years between 2005 and 2012, neither for men nor for women, in the proportion who had been subjects to threats of violence and those actually subjected to physical violence.

Social participation. Homosexual women report that they have less social participation (i.e. that they have not taken part in social activities or events) to a greater extent than heterosexual women. Among men it is the bisexual group who report less social participation to a greater extent than hetero- and homosexual men. No clear trend over time can be observed for either men or women in any of the sexual orientation groups regarding the proportion with low social participation.

Trust and support. It is more common for both homo- and bisexual women to report that they do not feel that they can trust other people compared to heterosexual women. Among men it is the bisexuals who to a greater extent report that they do not feel trust compared to homo- and heterosexual people. The proportion that do not feel that they can trust people is on approximately the same

level in 2012 as in 2005, both for homo- and bisexual people and heterosexual persons.

It is more common for homo- and bisexual women than it is for heterosexual women to have little confidence in the healthcare services, school, the police, the social services, the Public Employment Service, the courts and parliament. Bisexual women report that they had little confidence in the Social Insurance Agency more often than heterosexual women. It is less common among homo- and bisexual women to have little confidence in trade unions than among heterosexual women. Among bisexual men, it is more common to have little confidence in the police, the social services and the courts than among heterosexual men. It is more common among heterosexual men than among homosexual men to have little confidence in parliament and county council politicians. It is also more common to have little confidence in trade unions among heterosexual men than among bisexual men.

Men lack both emotional and practical support to a greater extent than women. The largest proportion that lack emotional support can be found among homo- and bisexual men. Among the women, it is most common to lack emotional support in the bisexual group. Homo- and bisexual men lack practical support to a greater degree than heterosexual men and a corresponding difference is evident among women. No clear trend over time can be observed in any sexual orientation group for either gender, neither among those who lack practical support or those who lack emotional support.

Education. A long education is less common among bisexual women than among hetero- and homosexual women. Homosexual men have a long education to a greater degree than hetero- and bisexual men.

Labour market situation. Heterosexual women have a professional occupation to a greater degree than both homo- and bisexual women. It is also more common for homosexual women to have a professional occupation than bisexual women. The same pattern can be seen among men. It is more common for bisexual women to be unemployed compared to both heterosexual and homosexual women. Both homo- and bisexual men are unemployed to a greater degree than heterosexual men. The proportion of men on early retirement pension is higher among bisexual men than among heterosexual men.

Economic conditions. It is more common among homo- and bisexual persons to have no cash margin, be in financial crisis and have a low income than among heterosexual. It is most common of all among bisexual women.

Living environment. It is overall considerably more common among women to forgo going out alone out of fear of being assaulted, robbed or molested in some other way than among men. Among women, it is more common among bisexuals to not go out alone than among heterosexuals. Both homo- and bisexual men forgo going out alone because they are afraid to a greater degree than heterosexual men.

No clear change in this indicator over time can be observed in any sexual orientation group.

Living habits

Smoking. It is more common to smoke on a daily basis among homo- and bisexual men. Among women it is the bisexuals who smoke more than heterosexual women. The distinct reduction over time in the proportion of daily smokers among heterosexual persons can also be seen as a trend among homo- and bisexual women but not among homo- and bisexual men.

Snuff. It is less common among homo- and bisexual men to take snuff daily than among heterosexual men. Among women, the opposite is true – it is more common for homo- and bisexual women to use snuff. It is most common of all among homosexual women. Among heterosexual men, the proportion that used snuff decreased between 2005 and 2012 and the same tendency can be seen among homo- and bisexual men. Among women, there is no distinct trend over time regarding those who use snuff.

Alcohol. Over the whole period it is much more common for homo- and bisexual persons to have dangerous drinking habits than for heterosexual persons. This difference is greatest among women. A declining trend in the proportion of at-risk consumers of alcohol can, however, be seen among both homo- and bisexual women between 2005 and 2012. There is no corresponding trend among heterosexual women. There is also a tendency towards a decrease in the proportion of at-risk consumers of alcohol among homo- and bisexual men, which means that the difference between homo- and bisexual men and heterosexual men has decreased. However, despite the declining trend, the differences between homo- and bisexual persons compared to homosexual persons are still considerable.

Narcotics. Mainly young people have used cannabis over the past 12 months and of those it is mainly homo- and bisexual persons who use cannabis to a considerably greater extent than heterosexuals. The proportion of bisexual women who use cannabis is also higher than among homosexual women. Among men, a greater number of homo- and bisexuals than heterosexual persons have used cannabis during the last 12 months. There is no statistically significant difference in numbers between homosexual and bisexual men. The same pattern can be seen among the men, although the difference between them is not statistically significant. No clear trend as regards change can be seen over the period among homo- and bisexual women and men.

Sedentary leisure time / physical activity. Homo- and bisexual persons tend to have a sedentary leisure time to a greater extent than heterosexual persons. No distinct change can be seen in the proportion of sedentary persons between 2005 and 2012 in any sexual orientation group within either gender. No differences can be found in the proportion that took exercise and trained regularly between homo- and bisexual persons and heterosexual persons.

Health

General health status. Good health was more common among heterosexual persons than homo- and bisexual persons. The proportion of both men and women with a heterosexual orientation increased between 2005 and 2012. The same trend can also be observed among men and women with a homosexual or bisexual orientation.

Also, it is more common for homo- and bisexual persons to state that their general health is poor compared to heterosexual persons. This is most apparent among bisexual women and homosexual men. Poor health is less common among heterosexual persons in 2012 than in 2005. A corresponding change cannot be seen for either homo- and bisexual women or homo- and bisexual men.

Mental health. A considerably higher proportion of homo- and bisexual persons have impaired mental well-being than heterosexual persons and the highest proportion can be found among bisexual women. Comparing 2005 with 2012, no change can be seen in the proportion with impaired mental well-being for either men or women in any sexual orientation group.

Anxiety, worry or distress are much more common among homo- and bisexual persons than among heterosexual persons. It is explicitly bisexual women who experience great discomfort from anxiety, worry or distress. No changes over time can be seen in this indicator in any sexual orientation group.

Over the whole period, a considerably larger proportion of homo- and bisexual women suffer from stress compared to heterosexual women; this largely applies to men also. No changes in the proportion of persons who feel stressed can be found in any group between 2005 and 2012.

It is more common for homo- and bisexual persons to state that they suffer from severe insomnia compared to heterosexual persons. No changes over time can be seen in this indicator in any sexual orientation group between 2005 and 2012.

The proportion that had had suicidal thoughts during the previous 12 months is almost five times higher among bisexual women than heterosexual women. The proportion of bisexual women who had had suicidal thoughts is also considerably higher than among homosexual women. It is also considerably more common for homosexual women to have suicidal thoughts than heterosexual women. Considerably more homo- and bisexual men state they have had suicidal thoughts than heterosexual men.

It is considerably more common among homo- and bisexual persons to have attempted to take their own lives during the previous 12 months than among heterosexual persons. The difference is greatest in the 16-29 age group and among those with a short education.

Physical health. It is more common to be in severe pain among women than among men and most common of all among bisexual women. No difference in the proportion with severe pain can be found in any of the three male sexual

orientation groups. It is more common among both homo- and bisexual women to report long term illness compared to heterosexual women, and it is also more common among bisexual men to report that they have long term illness compared to heterosexual men. This difference can be seen most clearly among women aged 16–64. No change can be seen between in the proportion with severe pain or the proportion with a long-term illness in any of the sexual orientation groups for either men or women between 2005 and 2012.

Overweight and obesity are less common among homosexual men compared to both bisexual and heterosexual men. There are no difference in the proportion of overweight or obese persons among homo- and bisexual women and heterosexual women. The proportion of overweight and obesity among heterosexual persons increases between 2005 and 2012. The proportion of overweight and obesity among homo- and bisexual persons increased over time in such a way that is difficult to determine whether a corresponding trend exists in these groups.

Contact with care services. More homo- and bisexual women than heterosexual women report that they have had contact with care services during the last three months. This largely applies to corresponding groups of men also. A greater proportion of homo- and bisexual women have been admitted to hospital than heterosexual women. Among men there is no statistically significant difference.

Kapitel 1. Bakgrund

Inledning

Det övergripande nationella folkhälsomålet är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Internationell såväl som nationell forskning visar dock att hälsan är ojämlikt fördelad mellan olika grupper. Detta gäller i synnerhet hbt-personer (homo- och bisexuella samt transpersoner) som har en sämre hälsa än den övriga befolkningen. Samtidigt kan det konstateras att det saknas regelbunden uppföljning och att det finns begränsat med data för transpersoner.

Denna rapport beskriver hälsosituationen för homo- och bisexuella personer jämfört med heterosexuella i Sverige. Rapporten omfattar inte transpersoner vars resultat kommer att redovisas i annan rapport, se avsnittet Avgränsningar nedan. Tyngdpunkten i beskrivningen ligger på olika faktorer som påverkar hälsan, så kallade bestämningsfaktorer. Dessa är uppdelade i livsvillkor och levnadsvanor. För att kunna förbättra hälsosituationen för homo- och bisexuella personer är det viktigt att känna till hur stora skillnaderna i hälsa är och framför allt vilka faktorer som påverkar dessa.

Resultaten är hämtade från analyser av kvantitativa data från den nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor som årligen genomförs. I rapporten beskrivs både förändringar över tid, från 2005–2012, samt de skillnader som finns mellan grupperna homo- och bisexuella respektive heterosexuella personer.

Uppdraget

Hälsosituationen för hbt-personer redovisades av dåvarande Statens folkhälsoinstitut år 2005, se bilaga 3. Folkhälsoinstitutet fick under år 2013 ett nytt uppdrag att följa upp hälsan och hälsans bestämningsfaktorer bland hbt-personer (S2012/8855/SAM, delvis). Uppdraget har fått förlängd redovisningstid och ska slutredovisas till regeringen senast 1 juni 2015. En delredovisning med en genomförandeplan för uppdraget lämnades till regeringen (Arbetsmarknadsdepartementet) 27 november 2013. Uppdraget överfördes 1 januari 2014 till den nybildade Folkhälsomyndigheten.

Denna rapport presenterar resultat från nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor och omfattar homo- och bisexuella personer, dock inte transpersoner vilka redovisas i slutredovisningen av uppdraget. Rapporten togs fram av dåvarande Statens folkhälsoinstitut under år 2013.

Regeringen presenterade 2 januari 2014 den nationella hbt-strategin En strategi för lika rättigheter och möjligheter oavsett sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck (Regeringen, 2014). Strategin syftar till att stärka homosexuellas, bisexuellas och transpersoners (hbt) lika rättigheter och möjligheter. En viktig del i Folkhälsomyndighetens uppdrag består i att följa upp utvecklingen i hälsans bestämningsfaktorer och dess fördelning i olika grupper.

Avgränsningar

Rapportens innehåll avgränsas till en redovisning av resultaten för homo- och bisexuella personer jämfört med heterosexuella personer utifrån data från nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor. Redovisningen av utvecklingen avgränsas till perioden 2005–2012, med undantag för åren 2006 och 2007 eftersom frågan om sexuell läggning inte ingick i nationella folkhälsoenkäten dessa år. För en mer utförlig beskrivning av urval, datainsamling och analyser, se Kapitel 3. Metod.

Denna delredovisning av uppdraget omfattar således inte resultat för transpersoner. Dessa kommer att redovisas i samband med slutredovisningen av uppdraget senast 1 juni 2015. Delredovisningen omfattar inte sexuell hälsa eller hiv bland homo- och bisexuella personer utan är avgränsat utifrån dåvarande Folkhälsoinstitutets uppdrag och ansvar med fokus på hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete. I enlighet med detta görs ingen redovisning av sjukdomsutfall eller bestämningsfaktorer inom områdena skydd mot smittspridning respektive sexualitet och reproduktiv hälsa.

Resultaten som presenteras är beskrivande, det vill säga rapporten förklarar inte orsaker till utvecklingen av hälsan och hälsans bestämningsfaktorer bland homo- och bisexuella personer jämfört med heterosexuella.

Akronymen hbt har i vissa sammanhang utökats med q och i, som avser personer som identifierar sig som queer eller intergender. Dessa kategorier tas inte upp i denna rapport eftersom relevanta hälsoundersökningar i dessa grupper saknas. För begreppsdefinitioner hänvisas till ordlistan, se bilaga 2.

Samråd med berörda myndigheter och organisationer

Statens folkhälsoinstitut har under arbetet med uppdraget samrått med de myndigheter och organisationer som institutet bedömt är berörda av uppdraget. Ett samrådsmöte med representanter från följande myndigheter och organisationer hölls i Stockholm 10 oktober 2013: Diskrimineringsombudsmannen, Ungdomsstyrelsen, Smittskyddsinstitutet, Socialstyrelsen, RFSL samt RFSL Ungdom. RFSU kunde inte medverka vid mötet men fick möjlighet att i efterhand lämna synpunkter på underlaget.

Syftet med samrådsmötet var att presentera preliminära resultat gällande homo- och bisexuella personer utifrån data från nationella folkhälsoenkäten samt inhämta synpunkter från de berörda intressenterna.

Rapportens disposition

Rapporten inleds med en beskrivning av uppdraget, dess avgränsningar samt vilka målgrupper som berörs. I kapitel 2. Bestämningsfaktorer för hälsa och hälsoutfall presenteras definitioner och internationell forskning om hälsans bestämningsfaktorer och hälsoutfallet bland hbt-personer. Avsnittet avser således

även transpersoner som dock inte omfattas i den senare resultatredovisningen, se Avgränsningar ovan.

Kapitlet innehåller även en beskrivning av det övergripande folkhälsomålet och målområdena för den svenska folkhälsopolitiken. Av resursskäl har ett urval gjorts i presentationen av relevanta bestämningsfaktorer. Störst fokus läggs på diskriminering och utsatthet för våld.

Kapitel 3. Metod beskriver genomförandet av undersökningen genom en beskrivning av metoden och datakällan den nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor som data i denna redovisning kommer från. Kapitlet innehåller också beskrivningar av materialets begränsningar, redovisningsgrupper samt analysmetod.

I kapitel 4. Resultatredovisning av utvecklingen av hälsans bestämningsfaktorer och hälsoutfall för homo- och bisexuella personer beskrivs resultaten från nationella folkhälsoenkäten vad gäller utvecklingen av hälsans bestämningsfaktorer och hälsoutfall för homo- och bisexuella personer jämfört med heterosexuella personer under perioden 2005–2012. Presentationen av resultaten delas in i avsnitten livsvillkor, levnadsvanor samt hälsoutfall.

Redovisningen av resultaten vad gäller livsvillkor omfattar:

- Diskriminering.
- Utsatthet för våld.
- Socialt deltagande.
- Tillit och stöd.
- Utbildning.
- Arbetsmarknadsposition.
- Ekonomiska villkor.
- Boendemiljö.

Redovisningen av resultat vad gäller levnadsvanor omfattar:

- Rökning.
- Snusning.
- Alkohol.
- Narkotika.
- Stillasittande fritid/fysisk aktivitet.

Redovisningen av resultat vad gäller hälsoutfall omfattar:

- Allmänt hälsotillstånd.
- Psykisk hälsa.
- Fysisk hälsa.
- Vårdkontakter.

Rapporten avslutas med en Kapitel 5. Diskussion samt slutord där resultaten från nationella folkhälsoenkäten diskuteras och problematiseras.

I bilagorna ingår en omfattande presentation av resultat i diagramform. Dessa diagram kompletterar texten i kapitel 4 och data presenteras i samma ordning. Här återfinns till exempel detaljerade resultat om plats för fysiskt våld, förtroende för olika samhällsinstitutioner och vårdkontakter. Övriga bilagor omfattar ordlista med förklaringar av termer och begrepp som används i texten, en beskrivning av det tidigare regeringsuppdraget från år 2005 samt en statistisk jämförelse av beräkningarna från år 2005 jämfört med de som gjordes år 2013.

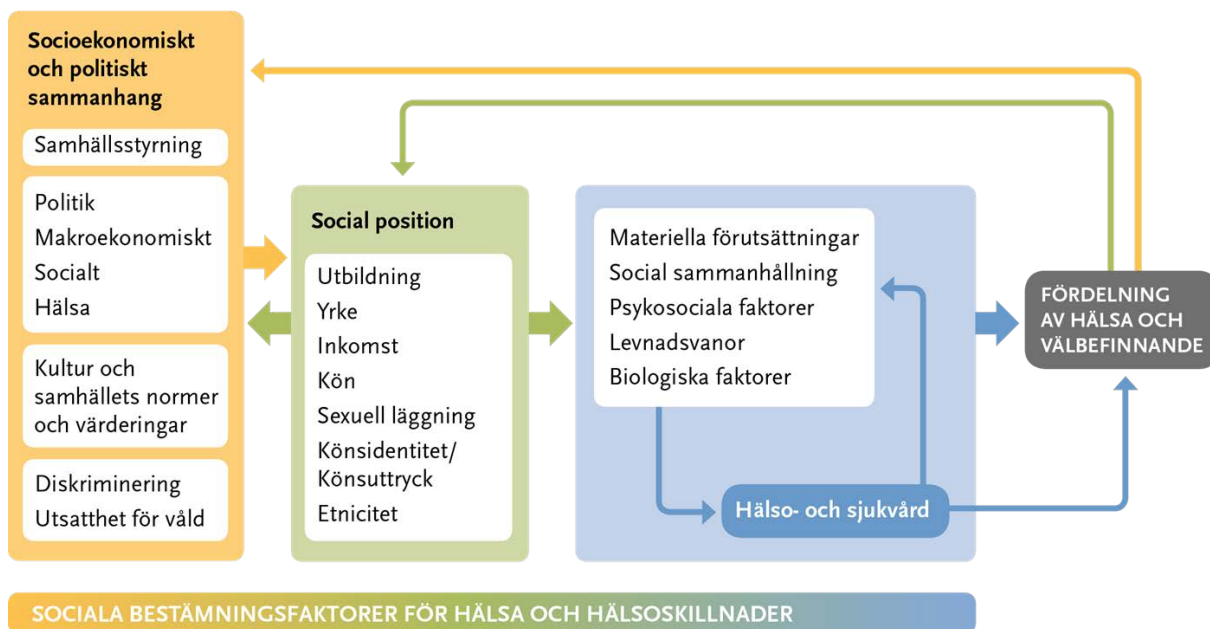
Kapitel 2. Bestämningsfaktorer för hälsa och hälsoutfall

I detta kapitel beskrivs hälsans bestämningsfaktorer och hälsoutfallet bland hbt-personer utifrån tidigare forskning. Flertalet av de studier som här redovisas omfattar även transpersoner, vilka som tidigare nämnts dock inte ingår i resultatredovisningen i kapitel 4. Eftersom nuvarande regeringsuppdrag har fokus på diskriminering samt utsatthet för våld beskrivs dessa bestämningsfaktorer mer utförligt än övriga. Avsnittet avslutas med en beskrivning av hur hälsa bör analyseras i relation till hbt-personer.

Hälsans bestämningsfaktorer

För att förstå vilka faktorer som påverkar fördelningen av hälsa i befolkningen och för att kunna åtgärda dessa genom policybeslut, har modeller för hälsans bestämningsfaktorer skapats. WHO-kommissionens modell för hälsans bestämningsfaktorer är illustrativ. Den beskriver hur faktorer på strukturell-, grupp- och individnivå direkt eller indirekt bidrar till hälsa och hälsoskillnader hos grupper och individer, se bearbetad modell från WHO-kommissionen nedan.

WHO-kommissionens modell



Bearbetad modell, från WHO-kommissionen om sociala bestämningsfaktorer för hälsa (The Commission on Social Determinants of Health, 2008).

Strukturella faktorer i form av politik, makroekonomisk styrning samt samhällets normer och värderingar påverkar social position, utbildning och jämställdhet för olika grupper. Dessa faktorer har inverkan på materiella förutsättningar, social sammanhållning, psykosociala faktorer och beteenden. Slutligen är den sammantagna påverkan av bestämningsfaktorerna avläsbar i den enskildes hälsa och välbefinnande (Whitehead & Dahlgren, 1991).

Bestämningsfaktorer i den svenska folkhälsopolitiken

Det övergripande målet för den svenska folkhälsopolitiken är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Därutöver har riksdagen fastslagit elva målområden som alla utgör områden med faktorer som påverkar hälsan i befolkningen, se faktaruta 1.

Faktaruta 1 Folkhälsans övergripande mål och de elva målområdena.

MÅL FÖR FOLKHÄLSAN

Det övergripande målet är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen

MÅLOMRÅDEN:

1. Delaktighet och inflytande i samhället
2. Ekonomiska och sociala förutsättningar
3. Barns och ungas uppväxtvillkor
4. Hälsa i arbetslivet
5. Miljöer och produkter
6. Hälsöfrämjande hälso- och sjukvård
7. Skydd mot smittspridning
8. Sexualitet och reproduktiv hälsa
9. Fysisk aktivitet
10. Matvanor och livsmedel
11. Alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel

Dåvarande Statens folkhälsoinstitut, numera Folkhälsomyndigheten, har ett sektorsövergripande ansvar att följa upp utvecklingen av hälsan och hälsans bestämningsfaktorer, det vill säga de enskilda faktorer som påverkar hälsan i befolkningen. Vissa faktorer är svårare att få fram data om än andra. Detta görs genom att förändringar över tid analyseras för respektive målområde. De målområden som berörs i denna rapport är uppdelade i livsvillkor respektive levnadsvanor. Livsvillkor omfattar målområde 1. Delaktighet och inflytande i samhället samt målområde 2. Ekonomiska och sociala förutsättningar. Levnadsvanor omfattar målområde 9. Fysisk aktivitet samt 11. Alkohol, narkotika, tobak, däremot inte dopning och spel.

Som redan nämnts under Avgränsningar omfattas inte exempelvis målområde 8. Sexualitet och reproduktiv hälsa i denna redovisning.

Identifierade bestämningsfaktorer av betydelse för hbt-personers hälsa

Statens folkhälsoinstituts undersökningar och internationell forskning på området talar för att det framför allt är de strukturella faktorernas påverkan, såsom stigmatisering och diskriminering som bidrar till hbt-personers sämre hälsa jämfört med majoritetsbefolkningen (Hatzenbuehler, Phelan, & Link, 2013; Meyer & Northridge, 2007; Roth, Nykvist, & Boström, 2006; Stuber, Meyer, & Link, 2008).

I 2005 års befolkningsundersökningar identifierades följande bestämningsfaktorer för hbt-personers sämre hälsa, framför allt för sämre psykisk hälsa jämfört med majoritetsbefolkningen:

- Diskriminering (inklusive kränkningar och dåligt bemötande).
- Utsatthet för våld (inklusive hot, trakasserier och rädsla)
- Brist på tillit till andra människor.
- Avsaknad av emotionellt stöd.
- Alkohol-, tobaks- och cannabiskonsumtion.

I följande avsnitt sker en genomgång av bestämningsfaktorerna diskriminering och utsatthet för våld som nuvarande regeringsuppdrag fokuserar på. Övriga bestämningsfaktorer för (o-)hälsa berörs mer summariskt.

Diskriminering

Begreppsdefinition och lagstiftning

Att slippa diskriminering är en mänsklig rättighet och finns inskriven i FN:s konvention om medborgerliga och politiska rättigheter samt i EU:s stadga om de grundläggande rättigheterna, kapitel 3. Stadgan fick år 2009 en bindande juridisk rättsverkan.

I Sverige är diskriminering som har samband med kön, könsidentitet eller könsuttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder förbjuden enligt diskrimineringslagen (Lag 2008:567). Enligt lagen kan diskriminering vara direkt, det vill säga att någon missgynnas genom att behandlas sämre än någon annan behandlas. Den kan även vara indirekt. Då menas att någon missgynnas genom tillämpning av en bestämmelse, ett kriterium eller ett förfaringsätt som framstår som neutralt men som kan komma att särskilt missgynna exempelvis hbt-personer.

Diskriminering kan slutligen även ske i form av trakasserier. Dessa kan uppträda som kränkningar av någons värdighet och som har samband med bland annat könsöverskridande identitet eller uttryck, sexuell läggning eller ett uppträdande av

sexuell natur som kränker någons värdighet. Lagen trädde i kraft år 2008 i samband med bildandet av myndigheten Diskrimineringsombudsmannen (DO), som har i uppdrag att verka mot diskriminering och för lika rättigheter i samhället.

Diskriminering belyst inom folkhälsoområdet

Folkhälsans målområde 1. Delaktighet och inflytande i samhället poängterar vikten av människors delaktighet och inflytande i samhället och omnämner rättigheten att inte utsättas för diskriminering. I regeringens proposition En förnyad folkhälsopolitik (Prop 2007/08:110) är målområdet särskilt prioriterat. I propositionen beskrivs att det finns brister i vården när det gäller bemötande av hbt-personer samt att det finns kopplingar till diskriminering.

I ett samarbetsprojekt mellan dåvarande Handikappombudsmannen (HO), dåvarande Ombudsmannen mot diskriminering på grund av sexuell läggning (HomO), dåvarande DO samt dåvarande Statens folkhälsoinstitut diskuterade och analyserade forskare sambandet mellan diskriminering och hälsa (Statens folkhälsoinstitut, 2006). Syftet var att beskriva kunskapsläget på området och att försöka nå samsyn om en definition av diskrimineringens innebörd för hälsoutfall. I projektets slutrapport Diskriminering – ett hot mot folkhälsan (Frykman, 2006) lutade sig forskargruppen mot Nancy Kriegers definition av diskriminering och hennes studier av dess hälsokonsekvenser (Krieger, 1999; Krieger, Smith, Naishadham, Hartman, & Barbeau, 2005).

Slutrapportens definition lyder: *Alla former av diskriminering, oavsett om det är handlingar som begås av individer eller av institutioner, är strukturella så till vida att de bottnar i rådande samhällsstrukturer. Dessa strukturer omfattar relationen mellan underordnade och dominerande grupper som bland annat kan utläsas genom kön, ålder, etnicitet, hudfärg, religion, annan trosuppfattning, funktionshinder och sexuell läggning. Förhållningssättet lyder: Med strukturell diskriminering avses regler, normer, rutiner, vedertagna förhållningssätt och beteenden i institutioner och andra samhällsstrukturer som utgör hinder för underordnade grupper att uppnå lika rättigheter och möjligheter som dominerande grupper har. Sådan diskriminering kan vara synlig eller dold och den kan ske medvetet eller omedvetet.* Vidare konstaterades att en framkomlig väg att analysera diskriminering är ett intersektionellt perspektiv, där flera norm- respektive maktstrukturer belyses samtidigt och på så sätt speglar hur dessa samverkar (Statens folkhälsoinstitut, 2006).

I slutrapporten sammanfattade några forskare kunskapsläget om mekanismerna för diskriminering, särbehandling och trakasserier och deras hälsopåverkan. Gunilla Krantz, Göteborgs universitet, pekade på att de resulterar i fysiska och psykiska symptom, självskattad hälsa, upplevd livskvalitet, psykisk ohälsa, våldsamt beteende, upplevd diskriminering, upplevelse av orättvis behandling, självmordstankar och riskabla alkoholvanor samt fysiologiska indikatorer såsom förhöjt blodtryck, ökad hjärtfrekvens, förhöjda nivåer av kortisol i urin och även vårdkonsumtion. Krantz framhöll att hälsoutfallen tar sig uttryck i de

stressupplevelser som diskriminering skapar, oavsett skälet för diskriminering. Enligt stressforskning uppstår de i en situation då omgivningens krav överstiger individens förmåga att klara dessa. Om individens resurser är otillräckliga i förhållande till en specifik situation förlorar individen känslan av kontroll, vilket resulterar i stress och som kan utmynna i manifest ohälsa eller sjukdom. Den ohälsa som uppstår som svar på kronisk stress kan ta sig olika uttryck och ge upphov till en mängd symtom genom att de så kallade stresshormonerna har effekter på hjärt-kärlsystemet, det metabola systemet, immunsystemet och på den psykiska hälsan (Frykman, 2006).

Bera Ulstein Moseng, doktorand med forskningsområdet homo- och bisexuellas levnadsvanor, psykiska hälsa och självmord, uttryckte att de få studier som fokuserar på samband mellan diskriminering och hälsa bland homo- och bisexuella visar att de i större utsträckning än heterosexuella blir utestängda från sociala arenor såsom hem, vänskrets och arbetsplats (Statens folkhälsoinstitut, 2006).

I slutrapporten betonas att diskriminering inte ska ses som isolerade händelser, även om en individ särbehandlar och därmed kränker en annan utan sakliga motiv. Strukturell diskriminering, som har samband med sexuell läggning, bygger i stora delar på en heteronormativ samhällsordning. Trots att rapportens forskare finner att sambanden mellan diskriminering och ohälsa är starka, anser de att många frågetecken kvarstår. De föreslår att forskningsinsatser görs i syfte att närmare undersöka mekanismerna bakom sambanden (Frykman, 2006). Även Folkhälsopolitisk rapport 2010 konstaterar att sambandet mellan diskriminering och hälsa ännu är otillräckligt belyst. Folkhälsoinstitutet föreslår att regeringen tillsätter en utredning för att se över möjligheten att möta lokala och regionala behov av stöd för det framtida arbetet mot diskriminering i syfte att minska ohälsan hos utsatta grupper i samhället (Statens folkhälsoinstitut, 2010).

Negativt bemötande och kränkande behandling

Ett negativt bemötande och en kränkande behandling går hand i hand med diskriminering och är ofta ett uttryck för heteronormativitet. Gränsen mellan dessa tre uttryck är flytande beroende på handlingens art, dess sammanhang och hur den upplevs. Negativa bemötanden och kränkningar gentemot hbt-personer inom offentlig sektor och särskilt i vårdsammanhang har uppmärksammats (Mayer et al., 2008; R. P. McNair & Hegarty, 2010; Västra Götalandsregionen, 2012). Dessa uttryck har ofta samband med personalens okunskap och osäkerhet om att ställa rätt frågor och kan leda till att vårdsökande osynliggörs och får en sämre vård och behandling än heterosexuella.

Diskriminering, kränkningar och negativt bemötande i befolkningsundersökningar

I den internetbaserade enkäten som genomfördes av Statens folkhälsoinstitut år 2005 ställdes frågan om respondenten någon gång blivit diskriminerad på grund av sin sexuella läggning, sin könsidentitet eller sitt könsuttryck, såväl någon gång under livet som under de senaste 12 månaderna. Svaren visade ingen skillnad

mellan homo- och bisexuella, däremot indikerade svaren från transpersoner att de betydligt oftare än de förra grupperna blivit diskriminerade.

I nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor år 2005 ställdes ingen fråga om utsatthet för diskriminering. Däremot tillfrågades respondenterna om de under de senaste tre månaderna blivit utsatta för kränkande behandling/bemötande, det vill säga handlingar som per definition är en form av diskriminering. Det framkom att homo- och bisexuella i betydligt större utsträckning blivit utsatta för kränkande behandling och bemötande jämfört med heterosexuella. Framför allt gällde detta homo- och bisexuella män, där det var ungefär dubbelt så många män i åldrarna 16–29 år och 30–44 år jämfört med heterosexuella män. Enligt Statens folkhälsoinstituts webbaserade undersökning var bisexuella mer utsatta för kränkande behandling och bemötande jämfört med homosexuella. Mest utsatta var dock transpersoner, framför allt i den yngsta gruppen 16–29 år.

En senare internetbaserad enkät- och intervjuundersökning inriktade sig framför allt på vården och bemötande av hbt-personer i Västra Götalandsregionen. Den visade att drygt 58 procent av respondenterna varit öppna om sin sexuella läggning respektive sin sexuella identitet i kontakten med vården. Bland dessa svarade 50 procent att de enbart upplevt positivt bemötande, 45 procent hade upplevt både positivt och negativt bemötande och 5 procent hade enbart negativa upplevelser. De negativa bemötanden som omnämns utgörs av homo- och transfobiska bemötanden, bristande kunskap och osynliggöranden, överfokusering och ifrågasättande av sexuell läggning/könsidentitet. I rapporten redogörs även för direkta kränkningar och negativ särbehandling (Västra Götalandsregionen, 2012).

Den europeiska organisationen för mänskliga rättigheter (FRA) rapporterade år 2013 resultaten av en undersökning riktad till homosexuella, bisexuella och transpersoner i EU:s 27 medlemsländer. Syftet var att undersöka utsatthet för diskriminering, och homo- och transfobi. Undersökningen besvarades av fler än 93 000 personer. Den visar på betydande skillnader mellan länderna, där en mindre andel av respondenter i de nordiska länderna samt i Belgien, Tjeckien, Luxemburg, Nederländerna och Spanien blivit utsatta under det senaste året. I genomsnitt hade nästan hälften av respondenterna, 47 procent utsatts för diskriminering och trakasserier på grund av sin sexuella läggning respektive könsidentitet/könsuttryck. Högst andelar rapporterades bland lesbiska kvinnor med 55 procent, den yngsta åldersgruppen 18–24 med 57 procent och bland dem med de lägsta inkomsterna, 52 procent. Bland knappt 2 500 svenska respondenter uppgav 35 procent att de utsatts för diskriminering och trakasserier med sexuell läggning respektive könsidentitet/könsuttryck som grund (European Union Agency for Fundamental Rights, 2013).

Diskriminering bland homo- och bisexuella män har även uppmärksammats inom ramen för en undersökning om sexuellt risktagande. En internetundersökning genomfördes i 38 länder, där även Sverige deltog (The EMIS Network, 2013).

Internationella undersökningar återspeglar att diskriminering utgör en stark bestämningsfaktor för hbt-personers hälsa. En amerikansk befolkningsstudie

jämförde hur diskriminering påverkar livskvalitet och psykisk ohälsa. Enligt studien upplevde homo- och bisexuella betydligt fler incidenter av diskriminering och vidare bidrog diskriminering till fler negativa konsekvenser bland dem jämfört med heterosexuella. En av undersökningens slutsatser är att de högre andelarna av rapporterad diskriminering ligger till grund för den större psykiska ohälsan observerad bland homo- och bisexuella (Mays & Cochran, 2001).

Hur påverkar diskriminering psykisk och fysisk hälsa?

I en metaanalys av 134 studier, varav åtta rörde sexuell orientering, undersöktes hur diskriminering påverkar psykisk och fysisk hälsa och hur mekanismerna för hälsoutfallen ser ut (Pascoe & Smart Richman, 2009). Enligt Pascoe & Richman utgör diskriminering en stressor som på bred front kan angripa psykisk och fysisk hälsa. De flesta stressituationer utgör inga hälsorisker, men när de är okontrollerbara och oförutsägbara – något som är typiskt för diskriminering – kan de innebära stora påfrestningar. Genom stressorn mobiliseras fysiologiska processer, såsom blodtryckshöjning, hjärtklappning och kortisolutsöndring.

Om tillståndet permanentas och ingen återhämtning sker föreligger risk att markörer för sjukdom, exempelvis högt blodtryck, uppträder och att sjukdomsutveckling såsom hjärt-kärlsjukdom sker. Upplevelser av permanent diskriminering innebär kroniska stressorer som underminerar den enskildes skyddsfaktorer och ökar sårbarheten. Upplevelserna bidrar även till minskad självkontroll, mindre hälsosamma levnadsväl och en ökad ohälsosam livsstil. Om det däremot finns starka skyddsfaktorer, såsom socialt stöd, förmåga till psykologisk coping och stark gruppidentifikation kan dessa buffra den negativa påverkan.

Metaanalysens resultat visar att upplevelse av diskriminering är relaterad till olika former av negativ psykisk hälsa. De 110 studierna som fokuserade på detta utfall fann att diskriminering har samband med nedsatt psykiskt välbefinnande, depressiva symptom och diagnostiserad psykisk sjukdom. Dessutom framkommer en association som innebär att ju starkare och mer frekvent diskriminering upplevs desto högre och mer manifest blir utfallet i psykiska symptom och sjukdom.

Sammanlagt 36 studier rapporterade olika fysiska tillstånd. Studierna visade mer eller mindre starka samband mellan upplevd diskriminering och hälsoutfall såsom huvudvärk, buksmärtor, hjärtklappning, hjärtkärlsjukdom och diabetes. Författarna konkluderar utifrån sina statistiska analyser att diskriminering leder till sämre psykisk och fysisk hälsa, resulterar i fler stressreaktioner och är associerad med fler ohälsosamma och färre hälsosamma beteenden.

Författarna åskådliggör sina resultat genom en modell där de tydliggör diskrimineringens hälsopåverkan. Det finns en direkt länk mellan upplevd diskriminering och utfall på den psykiska och fysiska hälsan. Därutöver kan påverkan även ske via ökad stressreaktion och/eller olika levnadsvanor. Författarna refererar till tidigare forskning som har bekräftat hur levnadsvanor och psykologisk coping kan inverka på den samlade hälsoeffekten. De beskriver också hur socialt

stöd, identifikation med sin grupp och psykologisk coping i sin tur kan påverka ökad stressreaktion och levnadsvanor.

Utsatthet för våld

WHO:s begreppsdefinition av våld lyder: *”att uppsåtligt bruka eller hota att bruka makt eller fysisk styrka mot sin egen person, mot en annan människa, en grupp människor, en gemenskap eller ett samhälle, med följd eller tämligen sannolik följd att någon dör eller att det uppstår kroppsskada, psykisk skada, skador i den känslomässiga utvecklingen eller funktionshinder”* (Krug & World Health Organization, 2002).

I Statens folkhälsoinstituts webbaserade undersökning år 2005 ställdes två frågor om utsatthet för trakasserier eller våld på grund av sexuell läggning/könsidentitet. Den första frågan avsåg om respondenten någon gång blivit utsatt. Den andra frågan avsåg huruvida brottet skett under de senaste 12 månaderna. Respondenten ombads även svara på frågan om vilken typ av trakasserier eller våld det handlade om med möjlighet att specificera bland åtta svarsalternativ (muntliga trakasserier, skriftliga hot/trakasserier, sexuella trakasserier, sexuellt våld, skadegörelse, bestulen/rånad, utsatt för hot om våld, utsatt för våld).

Undersökningen visade att homosexuella personer i högre utsträckning någon gång i livet blivit utsatta för våld på grund av sexuell läggning (48 procent) jämfört med bisexuella personer (32 procent). På frågan om utsatthet för brottet under de senaste 12 månaderna var skillnaderna mindre mellan grupperna och låg på mellan 20–25 procent för både kvinnor och män. Utsatthet för våld under de senaste 12 månaderna var vanligast i åldersgrupperna 16–29 år. Bland homosexuella utgjordes det av 35 procent bland kvinnor och 29 procent bland män och bland bisexuella av 26 respektive 27 procent bland kvinnor och män. I bägge grupperna var muntliga trakasserier det vanligaste brottet, och fler än 80 procent i grupperna hade blivit utsatta för detta under det senaste året.

En motsvarande men mindre specificerad fråga om utsatthet för hot om våld samt utsatthet för våld och trakasserier ställdes i nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor år 2005. Av den framgår att homo- och bisexuella personer utsattes i tre gånger så stor omfattning för såväl hot om våld som direkt våld jämfört med heterosexuella.

Våld kan ta sig uttryck i form av sexualiserat våld, hatbrott, samkönat våld samt vara hedersrelaterat. En amerikansk kunskapssammanställning och metaanalys syftade till att studera omfattning av och olika uttryck för våld. Den inkluderade 386 studier, där homo- och bisexuella personers utsatthet för våld analyserades samfällt (138 studier), och skillnader för utsatthet mellan homo- och bisexuella och heterosexuella mättes (65 studier) samt även skillnader mellan kvinnliga och manliga homo- och bisexuella undersöktes (53 studier). Sammanlagt identifierades 24 former av övergrepp inklusive diskriminering, fysiska övergrepp, trakasserier inom skola och på arbetsplatser. Av studien framgår att 55 procent bland homo- och bisexuella rapporterade verbala trakasserier, 45 procent uppgav sexuella

trakasserier och 44 procent familjerelaterade trakasserier. 41 procent anförde diskriminering. Våldet som drabbade homo- och bisexuella jämfört med heterosexuella visade små till medelstora effektstorlekar, alla med större proportioner för homo- och bisexuella. Könsskillnaderna inom gruppen homo- och bisexuella var små, men alla var till nackdel för män som rapporterade större andelar av förföljelse, rån, vapenangrepp, och sexuella trakasserier (Katz-Wise & Hyde, 2012).

En annan systematisk kunskapsöversikt av 75 publicerade originalstudier har analyserat förekomst av olika uttryck för sexualiserat våld och övergrepp som homo- och bisexuella kvinnor och män i USA drabbats av. Livstidsprevalensen av sexuellt våld, visade sig vara mellan 16 och 85 procent bland homo- och bisexuella kvinnor och mellan 12–54 procent bland homo- och bisexuella män. Kunskapsöversikten medger inga direkta jämförelser mellan homo- och bisexuella och heterosexuella populationer. Författarna hänvisar till tidigare populationsstudier som redovisar betydligt lägre andelar av livstidsprevalens för sexuellt våld, 11–17 procent bland kvinnor och 2–3 procent bland män (Rothman, Exner, & Baughman, 2011).

Hatbrott

Hatbrott innebär att någon angriper en person eller en grupp av människor på grund av deras uppfattade etniska bakgrund, religion, sexuella läggning eller könsöverskridande identitet. Även om oenighet råder om vad som bör inkluderas i begreppet hatbrott råder internationell enighet om att händelsen är ett resultat av bristande respekt för mänskliga rättigheter och människors lika värde (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, & Lozano, 2002).

Hatbrott utgör ingen egen brottskategori utan är en straffskärpning av befintliga brott som till exempel misshandel. Med andra ord döms en misshandel som ett grövre brott om det kan bevisas att motivet hos förövaren har sin grund i ovanstående.

I Sverige registrerades 5 518 anmälningar med hatbrottsmotiv hos polisen år 2012. Av dessa hade 13 procent, drygt 710 anmälningar, homo-, bi- och heterofobiska motiv. I 59 procent av de identifierade hatbrottsanmälningarna var gärningspersonen obekant för den utsatte. I 32 procent av fallen var gärningspersonen bekant med den utsatte (exempelvis en granne, kollega eller skolkamrat) och i 5 procent av anmälningarna var gärningspersonen en närstående. Det vanligaste hatbrottet utgörs av olaga hot/ofredande. Därefter följer våldsbrott och ärekränkning. Bland hatbrott som har homo- bi- eller heterofobisk grund är våldsbrotten fler än för övriga diskrimineringsgrunder. Över tid har andelen anmälda hatbrott på grund av sexuell läggning ökat fram till år 2008 då ökningen avstannade. Sedan dess är trenden nedåtgående, men fortfarande är nivån högre jämfört med för tio år sedan (Brottsförebyggande rådet, 2013).

Av studien om homofoba hatbrott i Sverige framgår att förövarna i över 50 procent av fallen är under 20 år, medan de utsattas åldersspridning är större samt att både

gärningsmän och de utsatta till 80 procent utgörs av män. En tredjedel sker under helgkvällar och ofta i samspel med alkohol. En fjärdedel av händelserna består av fortlöpande eller upprepade skeenden, som hotelser och mobbning (Tiby, Sörberg, & Forum för levande historia, 2006).

Sammanfattningsvis innefattar hatbrott en bred kategori som omfattar såväl enstaka misshandel och ofredande i krogmiljö som återkommande kränkningar på arbetsplatser, i skolan, av grannar och även av den egna ursprungsfamiljen. Ju mer brottsoffer och förövare känner varandra desto mindre troligt är det att brottet anmäls. Unga personer är både de vanligaste förövarna och de vanligaste brottsoffren.

Av tidigare nämnda EU-undersökning framgår att i genomsnitt 6 procent bland respondenterna blivit fysiskt attackerade eller hotade med våld under det senaste året. Procentandelarna fördelade sig lika bland homosexuella och bisexuella kvinnor och män. Under den senaste femårsperioden uppgav 26 procent bland respondenterna att de blivit utsatta (European Union Agency for Fundamental Rights, 2013).

Våld i samkönade relationer

De flesta länder har inte lagar som reglerar samkönade äktenskap och parrelationer. Bland annat för att kunna inkludera det samkönade våldet använder Socialstyrelsen begreppet våld i nära relationer och definierar det enligt följande: *"Våld mot närstående person"* betyder att förövaren ska ha eller ha haft en nära och förtroendefull relation med brottsoffret. Utöver makar och sambor anses således även flick- och pojkvänner som närstående men även föräldrar, mor- och farföräldrar, mostrar och fastrar, farbröder och morbröder, syskon, barn och barnbarn. Socialstyrelsen konstaterar att det är en bedömningsfråga i det enskilda fallet huruvida förövaren kan ses som närstående eller inte.

Internationellt är våld i samkönade relationer ett relativt nytt forskningsområde som började utvecklas i USA under 1980-talet. I en amerikansk systematisk kunskapsöversikt om samkönat våld bland män som har sex med män har försök gjorts att sammanfatta forskningsresultaten. Det visade sig dock svårt då 28 inkluderade studier uppvisade 16 olika definitioner och mätinstrument för samkönat våld. Författarna konkluderar likväl att våldsförekomsten är alarmerande hög (Finneran & Stephenson, 2013).

I Sverige gjordes den första omfångsundersökningen år 2005 då drygt 2000 medlemmar inom RFSL besvarade undersökningen. Bland respondenterna hade 25 procent upplevt fysiskt, sexuellt och psykiskt våld. Av dem som upplevt våld i en pågående relation var 33 procent lesbiska kvinnor och 46 procent homosexuella män (Holmberg, Stjernqvist, & Sörensen, 2005). Hans Knutagård, lektor i socialt arbete, har genomfört en kvalitativ studie som bygger på intervjuer med 18 män som utsatts för våldtäkt. I studien pekar Knutagård på det faktum att män ofta inte har ett språk för att formulera vad de har blivit utsatta för (Knutagård, 2009). En svensk kunskaps- och forskningsöversikt konkluderar att formerna för

våldsutövning är relativt likartade inom heterosexuella och samkönade parrelationer samt redogör för teoretiska förklaringsmodeller (Nationellt centrum för kvinnofrid, 2009).

Hbt-ungdomars utsatthet för våld

Risken att utsättas för våld förefaller vara störst i ungdomsgruppen. I den tidigare nämnda EU-undersökningen som besvarades år 2012 rapporterade åldersgruppen 18–24 år den högsta andelen av våldsförekomst. Så var även fallet när Folkhälsoinstitutet i hbt-undersökningar år 2005 och i påföljande undersökningar ställde frågan om utsatthet för våld under det senaste året. Respondenterna i åldersgruppen 16–29 år visade sig då vara mest utsatta för våld jämfört med övriga åldersgrupper. Ungdomsstyrelsen ger en specifik bild av svenska förhållanden i sin publikation om hbt-ungdomars hälsa. I den redogörs för en riktad internetundersökning som Ungdomsstyrelsen genomförde tillsammans med RFSL Ungdom. Den besvarades av 3094 personer och visar att bland unga hbt-personer i åldersgruppen 15–26 år har 13 procent blivit utsatta för hot om våld under det senaste året. Yngre ungdomar (15–18-åringar) var mer utsatta än äldre. Bland respondenterna hade 4 procent utsatts för fysiskt våld relaterat till sexuell läggning och/eller könsidentitet/könsuttryck under det senaste året. Bland alla respondenter hade 35 procent blivit utsatta för sexuella övergrepp under det senaste året och yngre personer var i högre utsträckning drabbade än äldre (Ungdomsstyrelsen, 2010).

Diskriminering och våld – vad kan skapa förändring?

Bestämningsfaktorer är, enligt WHO-kommissionens modell om de sociala bestämningsfaktorerna för hälsa, möjliga att åtgärda på samma nivåer där de har uppstått. På så sätt bör insatser för att motverka våld och diskriminering kunna ske på strukturell, mellanliggande och individnivå. En hypotes är att policyer som främjar synliggörandet av hbt-personer har en positiv effekt på hälsoutfallet. Denna hypotes har testats i en befolkningsundersökning där drygt 30 000 skolungdomar i Oregon ingick. Man studerade om andelen självmordsförsök var lägre i regioner som i större utsträckning infört anti-mobbingsprogram som inkluderade inslag om sexuell läggning jämfört med anti-mobbingsprogram som saknade detta inslag. Ungdomarna stratifierades för sexuell läggning och 4,4 procent bland dem identifierade sig som homo- och bisexuella. Av undersökningen framkom att det var fler än dubbelt så många självmordsförsök bland homo- och bisexuella ungdomar i regioner som i större utsträckning saknade inslag av sexuell läggning i programmen jämfört med homo- och bisexuella ungdomar i de regioner där sexuell läggning ingick i programmen (Hatzenbuehler & Keyes, 2013).

På liknande sätt undersöktes om en utökad skyddslagstiftning mot diskriminering har betydelse för hbt-personers psykiska hälsa. Här jämfördes de 31 stater i USA som år 2005 hade instiftat ett utökat skydd mot diskriminering med de 19 stater som saknade sådant skydd. Med utökat skydd avsågs lagstiftning mot hatbrott och mot diskriminering i arbetslivet. Parallellt undersöktes hbt-personers psykiska

hälsa genom en longitudinell nationell befolkningsundersökning i form av intervjuer och jämfördes med heterosexuellas hälsa. Resultatet var att hbt-personer uppvisade en betydligt sämre psykisk hälsa jämfört med heterosexuella och de hbt-personer som bodde i stater med avsaknad av utökad skyddslagstiftning diagnosticerades med signifikant högre andelar ångest, posttraumatisk stress och dessutom samsjuklighet jämfört med hbt-personer i stater som hade infört en utökad lagstiftning. Författarna drar slutsatsen att institutionell diskriminering har betydelse för hbt-personers psykiska hälsa och att policyer som motverkar diskriminering bör införas generellt (Hatzenbuehler, Keyes, & Hasin, 2009).

En internetbaserad undersökning bekräftar dessa resultat. Syftet var att undersöka vilken roll det spelar att vara bosatt i en delstat med antidiskrimineringspolicyer som inkluderar sexuell läggning. Undersökningen som besvarades av drygt 2 500 personer visade att de som bodde i en "hbt-vänlig" delstat i högre utsträckning uppgav sig vara öppna med sin läggning, hade mer socialt stöd samt upplevde färre negativa och fler positiva budskap från sin omgivning jämfört med homo- och bisexuella bosatta i stater som saknade momentet sexuell läggning i sina policyer (Riggle, Rostosky, & Horne, 2010).

Hälsoutfall

Här beskrivs kortfattat de hälsoutfall som framkom i samband med Statens folkhälsoinstituts undersökningar Hälsa på lika villkor och hur resultaten återspeglas i forskningslitteraturen. För en utförlig redovisning av utvecklingen för svenska data över tid hänvisas till Kapitel 4, Resultatredovisning med sammanställning av resultat av utvecklingen av hälsans bestämningsfaktorer för homo- och bisexuella personer.

Allmänt hälsotillstånd

Frågan om hur respondenten upplever sitt allmänna hälsotillstånd är vanligt förekommande i befolkningsundersökningar för att följa olika befolkningsgruppers hälsa över tid. Frågan har visat sig vara en stark prediktor för dödlighet. I Sverige började den användas år 1996 i SCB:s undersökningar om levnadsförhållanden (ULF). Frågan har med sitt femgradiga svarsalternativ funnits med i nationella folkhälsoenkäten sedan dess början år 2004. Svaren brukar redovisas i dikotomiserad form genom en sammanslagning av alternativen *bra* och *mycket bra* samt *dåligt* och *mycket dåligt* och med uteslutning av mellanalternativet (*någorlunda*).

Av data från nationella folkhälsoenkäten framgår att majoriteten bland homo- och bisexuella har ett bra allmänt hälsotillstånd – om än sämre än heterosexuella personer. För den senare gruppen kan en statistiskt signifikant ökning av andelen med bra hälsa för tiden 2005–2012 redovisas, men inte för homo- och bisexuella. Bland dem förblir andelen på samma nivå.

Av alla respondenter som redovisar ett dåligt allmänt hälsotillstånd är skillnaden däremot stor mellan homo- och bisexuella jämfört med heterosexuella, särskilt

bland kvinnor. Data från nationella folkhälsoenkäten redovisas här för första gången med en separat analys för bisexuella kvinnors hälsa. Detta har möjliggjorts genom en sammanslagning av data för åren 2010–2012. Dåligt allmänt hälsotillstånd rapporteras av drygt 9 procent bland bisexuella kvinnor, drygt 6 procent av homosexuella och drygt 5 procent av heterosexuella kvinnor. Liknande hälsoskillnader har rapporterats från andra länder.

Vid en intervjuundersökning bland knappt 2 300 homo-, hetero- och bisexuella personer i Kalifornien användes ovanstående självskattningsfråga för allmänt hälsotillstånd. Även i denna undersökning rapporterade bisexuella kvinnor den högsta andelen av dålig hälsa. Därutöver svarade de för de högsta andelarna av magbesvär, ryggont och kronisk trötthet (Cochran & Mays, 2007).

Psykisk hälsa

Nedsatt psykiskt välbefinnande och ängslan, oro eller ångest

Instrumentet General Health Questionnaire (GHQ-12), är ursprungligen utvecklat som ett screening- instrument för att upptäcka symptom på psykiatrisk sjuklighet (Goldberg et al., 1997). Det har dock även visat sig vara användbart för att mäta psykiskt välbefinnande och nedsatt psykiskt välbefinnande i olika populationsundersökningar och distribueras brett i Sverige och internationellt.

Av undersökningarna från nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor framgår att nedsatt psykiskt välbefinnande förekommer i betydligt större utsträckning bland homo- och bisexuella, och framför allt bland kvinnor, jämfört med heterosexuella kvinnor och män. Ingen statistiskt säkerställd förändring kan påvisas för någon av de fyra grupperna mellan åren 2005 och 2012. Den högsta andelen av nedsatt psykiskt välbefinnande rapporterades bland bisexuella kvinnor och bland unga i åldersgruppen 16–29 år. Utbildningsbakgrund visade sig inte ha någon betydelse för någon av grupperna.

I undersökningarna ställs också frågan om respondenten vid frågetillfället upplevde besvär av ängslan, oro eller ångest. Frågan besvaras i två steg, där svarsalternativen *nej/ja* är det första alternativet. De som svarar ja på frågan ges möjlighet att ange *lätta*, respektive *svåra* besvär. Svaren för dem med svåra besvär ligger i paritet med dem som rapporterades för frågan om nedsatt psykiskt välbefinnande.

Däremot framkommer inga skillnader i hälsa för den äldsta åldersgruppen homo-, bi- och heterosexuella. För denna fråga tycks utbildningsbakgrund ha betydelse, där de högsta andelarna av svåra besvär rapporteras av dem med kort utbildning bland såväl homo- och bisexuella som heterosexuella.

Dessa relativt stora hälsoskillnader avseende nedsatt psykisk hälsa, ”psychological distress”, är väldokumenterade i internationella undersökningar (Chakraborty, McManus, Brugha, Bebbington, & King, 2011; Cochran, Mays, & Sullivan, 2003; Lewis, 2009; McLaughlin & Hatzenbuehler, 2009; R. McNair, Szalacha, & Hughes, 2011; Newcomb & Mustanski, 2010). Framför allt har dock forskningen koncentrerats på diagnostiserad psykiatrisk sjuklighet. En översikt och metaanalys

av populationsstudier genomförda i Europa, Nordamerika och Australien visar att förekomsten av depression och ångestsjukdom bland homo- och bisexuella är betydligt högre jämfört med heterosexuella. Risken för depression visade sig vara mer än fördubblad och risken för ångestsjukdom förhöjd med mer än 50 procent bland homo- och bisexuella kvinnor och män (King et al., 2008).

I en populationsstudie från Kanada som besvarades av 77 000 personer i åldersgruppen 18–59 år, ingick en fråga om diagnostiserad förstämningssjukdom, såsom depression, bipolär sjukdom, mani, eller dystymi, det vill säga mild eller måttlig depression under en lång tid. I gruppen homo- och bisexuella var risken för förstämningssjukdom nästan trefaldigad jämfört med gruppen heterosexuella. Högst risk visade homo- och bisexuella män där förstämningssjukdom var 3,5 gånger vanligare samt i åldersgruppen 18–29 år, där risken utgjorde 3,75 jämfört med heterosexuella (Pakula & Shoveller, 2013). Det är väl belagt att unga hbt-personer är särskilt utsatta för psykisk ohälsa i olika former och mår sämre än heterosexuella ungdomar och unga vuxna (Cardom, Rostosky, & Danner, 2013; Fergusson, Horwood, & Beautrais, 1999; Fergusson, Horwood, Ridder, & Beautrais, 2005).

Att vara bisexuell kan innebära en dubbel stigmatisering, det vill säga en utestängning från såväl den heterosexuella som den homosexuella gemenskapen och medföra psykisk ohälsa. Kertzner et al redogör för forskning om bifobi och dess implikationer på psykisk ohälsa. I en riktad undersökning till homo- och bisexuella i New York avsåg författarna att undersöka såväl positiv som negativ psykisk hälsa i form av socialt och psykologiskt välbefinnande och depressiva symptom. Studien visade att bisexuella hade sänkt socialt välbefinnande jämfört med homosexuella, men att detta var beroende av grad av social samhörighet samt av acceptans av den egna sexuella identiteten. Vidare påvisades att unga personer i åldrarna 18–29 år upplevde ett sänkt socialt välbefinnande jämfört med äldre åldersgrupper. Kvinnor rapporterade generellt mer av depressiva symptom oberoende av ålder eller sexuell läggning (Kertzner, Meyer, Frost, & Stirratt, 2009).

Självdestruktiva beteenden

Enligt regeringsuppdraget att följa upp hälsan och hälsans bestämningsfaktorer bland hbt-personer till tidigare Statens folkhälsoinstitut, numera Folkhälsomyndigheten, ingår att redovisa utvecklingen av självdestruktiva beteenden. Begreppet ger utrymme för tolkningar. Det kan inkludera den medicinska termen icke-suicidalt självskadebeteende (engelska: non-suicidal self-injury), och självskadebeteende med avsikt att ta sitt liv (engelska: suicidal self-injury). Det förra beteendet är betydligt vanligare och kan ta sig uttryck i form av självbesträffningar med yttre kroppsliga skador som följd. Bägge former av självskadebeteenden har oftast olika grundorsaker, men kan överlappa varandra. Icke-suicidalt självskadebeteende är en stark prediktor för framtida självmordsförsök (Wilkinson, 2013).

I allmänt språkbruk är användningen av självdestruktiva beteenden oftast bredare och kan inkludera exempelvis sexuellt risktagande och alkohol- och drogmissbruk. Alkohol och droger omfattas i folkhälsosammanhang som hälsans bestämningsfaktorer och inkluderas därmed inte som hälsoutfall i denna rapport. Istället samt och i brist på uppgifter om självskadebeteende i undersökningen från nationella folkhälsoenkäten, redovisas resultaten för självmordstankar och självmordsförsök. Referenser görs även till forskningsresultat för självmordstankar, självmordsförsök samt självdestruktiva beteenden.

Självmordstankar och självmordsförsök

Frågeformuleringen i nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor förändrades år 2010 till att omfatta självmordstankar och självmordsförsök enbart för de senaste 12 månaderna. För åren 2005–2009 tillfrågades respondenterna om livstidsprevalensen och förändringen i formuleringen medför därmed att data inte kan följas över tid. Istället redovisas här data för perioden 2010–2012. Andelen med självmordstankar var fyrfaldigt högre bland homo- och bisexuella kvinnor och män jämfört med heterosexuella. Bisexuella kvinnor uppvisade den högsta andelen, där 25 procent under de senaste 12 månaderna hade haft självmordstankar jämfört med 14 procent bland homosexuella och 5,5 procent bland heterosexuella kvinnor. Homo- och bisexuella män däremot uppvisade inga skillnader sinsemellan (18 respektive 17 procent).

För självmordsförsök var mönstret likartat. Knappt 6 procent bland homo- och bisexuella kvinnor hade försökt ta sitt liv under de senaste 12 månaderna mot knappt 1 procent bland heterosexuella kvinnor. Bisexuella kvinnor stod dock inte för statistiskt signifikanta högre andelar jämfört med homosexuella kvinnor. Bland homo- och bisexuella män hade vardera drygt fyra procent försökt ta sitt liv jämfört med 0,5 procent bland heterosexuella.

I en systematisk kunskapsöversikt och metaanalys undersöktes livstidsprevalensen för självmordstankar (12 studier) och självmordsförsök (15 studier) bland homo- och bisexuella och jämfördes med heterosexuella. Studierna var genomförda i sju länder i Nordamerika, Europa och Asien. Flera studier hade metodologiska brister och sinsemellan var de av olika karaktär. Trots detta räknades ett gemensamt mått fram. Det visade sig att risken för självmordstankar var fördubblad för såväl homo- och bisexuella kvinnor som män jämfört med heterosexuella. För självmordsförsök var mönstret det motsvarande, där homo- och bisexuella kvinnor och män tillsammans löpte 2,5 gånger högre risk jämfört med heterosexuella. Studier av högre kvalitet rapporterade högre riskandelar jämfört med studier av lägre kvalitet (King, et al., 2008).

Hur hälsa bör analyseras i relation till hbt-personer

Varje diskriminerad grupp har utöver generella maktstrukturer sin egen position i mönstret av de samhällsliga maktstrukturerna. Det innebär att varje grupp som analyseras måste sättas i sitt sammanhang, vilket i sin tur får konsekvenser rent

praktiskt och metodologiskt. I följande avsnitt fokuseras de metodologiska utmaningarna i arbetet med att ta fram hälsans bestämningsfaktorer för hbt-personer. Avsnittet berör således hela hbt-gruppen eftersom de flesta metodfrågorna är gemensamma för undersökningar bland homo- och bisexuella personer och transpersoner. Utvecklingen av hälsan och hälsans bestämningsfaktorer bland transpersoner kommer dock som tidigare nämnts att redovisas i annan rapport.

Den heterogena gruppen

Hbt-personer utgör en mycket heterogen grupp av personer med olika sexuell läggning med fasta såväl som överskridande könsidentiteter och könsuttryck. Dessutom varierar naturligtvis ålder, klass, utbildningsnivå, etnicitet och en mängd andra omständigheter vilka också har genomgripande betydelse för människors liv och erfarenheter. Den homo- och bisexuella gruppen, som denna rapport omfattar, är på samma sätt heterogen även om det könsöverskridande inslaget är mindre jämfört med transpersoner. Trots dessa olikheter antas i forskningsssammanhang att det finns tillräckligt mycket som förenar hbt-gruppen för att det ska vara motiverat att åtminstone ibland studera den som just *en* grupp. Detta gäller inte minst forskning kring hälsofrågor.

Det kan eventuellt hävdas att det som förenar måste vara något kraftfullt och av stor betydelse i samhället för att få genomslag i inte minst hälsofrågor. Vissa normer är just så betydelsefulla. Normer kan i sin tur spegla samhällets maktstrukturer och utgör därmed ganska fasta mönster kring det som anses vara tillåtet och passande. Brott mot eller överskridande av normer medför risk för social bestraffning, diskriminering och utsatthet (Bromseth & Ambjörnsson, 2010; Mulinari, Sandell, & Schömer, 2003) (Dahl & Tiby, 2005).

Den så kallade heteronormen är en sådan genomsyrande norm kring kön och sexualitet. Begreppet heteronormativitet har blivit ett viktigt redskap i hbt-gruppens självförståelse och i forskning för att förstå orsaker till och konsekvenser av diskrimineringen. Heteronormen föreskriver inte bara två fasta köns kategorier och heterosexualitet utan även vad som är lämpliga uttryck för manlighet och kvinnlighet och hur relationer ska gestaltas (Butler, 1990; Kulick, 2004). Transkategorier, flytande köns kategorier, homo- och bisexualitet samt polyamorösa relationer är exempel på normbrott som (individer ur) majoritetssamhället utsätter för diskriminering.

Heteronormen som leder till diskriminering, vilket utgör en av bestämningsfaktorerna i denna rapport, och som i sin tur kan leda till ohälsa är alltså ett viktigt område för forskning. Många nordiska och internationella studier påvisar liksom Statens folkhälsoinstituts rapport från år 2005 även ohälsa i hbt-gruppen, framför allt psykisk ohälsa (Hegna, Kristiansen, & Moseng, 1999) (Mustanski & Liu, 2013; Ungdomsstyrelsen, 2010) (King, et al., 2008). Studierna påvisar också återkommande skillnader av hälsoläget *inom* hbt-gruppen. Dessa skillnader måste förstås utifrån teoretisk och empirisk kunskap om hur kön/genus

och sexualitet konstrueras, gestaltas och upprätthålls. Vi måste helt enkelt veta mer om lesbiska kvinnors, bögars, bisexuellas och transpersoners olika livsvillkor och erfarenheter som just kvinnor, män och transpersoner (Roberts, 2001). Unga hbt-personers livsvillkor och erfarenheter skiljer sig också från äldres och kunskapen även om sådana skillnader behöver fördjupas.

Det är således angeläget att studera hbt-gruppen som grupp men också att rikta undersökningar mot undergrupper och deras specifika livsomständigheter för att kunna förstå heteronormens alla uttryck i relation till och som en konsekvens för hbt-gruppen och diskrimineringens konsekvenser. Det finns omfattande nordisk och internationell forskning med dessa perspektiv. Forskningen fokuserar oftast direkt på bestämningsfaktorer såsom utsatthet för våld eller dåligt bemötande (Merrill & Wolfe, 2000) (McClennen, 2005) (Hardesty, Oswald, Khaw, & Fonseca, 2011) (Dahan, Feldman, & Hermoni, 2008) (Hoffman, Freeman, & Swann, 2009). Mer kunskap behövs dock om äldre hbt-personer, om unga bisexuella kvinnor, om transpersoner samt om utsatthet för våld i nära relationer.

Övergripande metodfrågor

Hbt-forskningen har under alla år den bedrivits använt sig av en mängd olika metoder. Inte minst har intervjustudier eller riktade enkätstudier varit vanliga, vilka kom att lägga grunden till den kunskapsutveckling som ännu pågår. Studier som inkluderar frågor om transidentitet eller riktar sig till denna grupp har använts i större amerikanska och kanadensiska studier sedan många år. Till exempel fann man redan tidigt hälsoproblem som har visat sig vara centrala för hbt-gruppen. Detta har bekräftats i större kartlägningsstudier av till exempel ungdomar (O'Hanlan, 1995) (Saewyc et al., 2004) (Russell & Joyner, 2001). Under senare år har svenska studier på befolkningsnivå, vilket exempelvis denna redovisning visar samt den årligen återkommande undersökningen om Samhälle, Opinion och Massmedia (de så kallade SOM-rapporterna), börjat inkludera frågor om sexuell läggning (Alm & Westerståhl, 2011). Däremot finns enbart kategorierna ”kvinna” respektive ”man” att välja på i dessa studier, varför transpersoners specifika erfarenheter inte har kunnat belysas.

I Statens folkhälsoinstituts webbenkät från år 2005 inkluderades frågan om transidentitet med möjlighet att också med egna ord beskriva sin relation till denna identitet. Alla dessa metoder har givetvis olika för- och nackdelar och det pågår kritiska diskussioner om vilken eller vilka metoder som bäst bidrar till ökad kunskap. Den vanligaste kritiken mot intervjustudier är att dessa enbart speglar ett antal enskilda individers erfarenheter och därför inte kan säga så mycket om hela gruppen. Samma slags kritik får riktade enkätstudier därför att de, även om det kan omfatta tusentals respondenter, bara kan öka kunskapen kring just den undersökta gruppen. En erfarenhet av populationsstudier har varit att antalet respondenter med icke-heterosexuell läggning har blivit mycket begränsat, ofta runt 2–3 procent, varför det är svårt att analysera materialet i undergrupper och att göra hållbara jämförelser. Detta gäller i ännu högre grad för transpersoner.

Det är viktigt att som ovan beskriva de olika metodernas begränsningar. Men det är viktigt att inte fastna i sådan kritik. En kunskapsutveckling med bredd och djup kring hbt-personers hälsa och erfarenheter kräver istället en kombination av metoder. Att till exempel verkligen förstå innebörden av kränkningar för en person är omöjligt utan att intervjua den utsatta och på så sätt utveckla ny kunskap och förståelse. Intervjuer används också i forskning för att utveckla kunskapsunderlaget till enkätfrågor, vilket har gjorts till exempel när det gäller våld i samkönade relationer (Hester & Donovan, 2009).

Med riktade undersökningar får man svar från många och ofta initierade respondenter. Vissa hbt-forskare förespråkar sådana studier i stället för studier på befolkningsnivå (Malterud et al., 2009). Genom att kombinera intervjuer och enkäter riktade till stora grupper studenter har frågor kring sexuell läggning utvecklats av amerikanska forskare (Savin-Williams, 2001) (McCabe, Hughes, Bostwick, Morales, & Boyd, 2011). Till exempel kan frågan delas upp i undergrupperna sexuell identitet, sexuell praktik och sexuell attraktion med förklarande text och konkreta svarsalternativ. Fördelen är att det på detta sätt går att fånga upp personer, framför allt ungdomar, som inte vill kalla sig ”homosexuella” (eller använda någon annan identitetsbeteckning) men som kanske har haft eller har samkönade sexuella relationer. Dessutom inkluderas personer som ännu inte är sexuellt aktiva men som upplever sexuell attraktion av samkönade personer. På detta sätt blir det möjligt att nå fler personer med icke-heterosexuell erfarenhet och belysa olika undergruppers situation med större säkerhet.

Forskning kring äldre hbt-personer utgör också ett litet men växande forskningsområde. En nyligen utkommen svensk antologi ger en omfattande översikt över fältet och belyser den mångfald av forskningsmetoder som måste användas inom forskningen kring äldre hbt-personer (Bromseth & Siverskog, 2013). Resultat från enkätundersökningar visar att äldre personer i högre grad än andra väljer att inte besvara frågor kring sexuell läggning¹, vilket till exempel är fallet i den nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor. Den troligaste förklaringen är att vissa äldre kan känna sig obekväma med begrepp som sexuell läggning, antingen för att de är ovana vid frågor som de uppfattar som privata eller inte förstår just denna fråga (Sell, Wells, & Wypij, 1995). Äldre hbt-personer kan också vara mer ovilliga än yngre att svara på sådana frågor av rädsla för bristande anonymitet. Majoriteten av icke-respondenterna i den ovan nämnda SOM-studien var äldre. Många respondenter hade också valt svarsalternativet ”vill avstå från att svara”. Det fanns dock inga följdfrågor om skälet till detta. Om ett sådant alternativ ska finnas med i en enkät kan det vara av intresse att veta varför respondenterna inte vill svara. Andra forskare menar att man bör undvika att i onödan peka ut vissa frågor som mer känsliga än andra genom att erbjuda sådana alternativ.

1 I anglosaxiskt språkbruk används ”sexual orientation” som i svenska officiella sammanhang vanligen översätts till ”sexuell läggning”.

Hur enkätfrågor bör formuleras och var i enkäten de ska placeras hänger nära ihop med enkätens syfte och till vilken målgrupp den riktas. Studier med fokus på hälsofrågor bör överväga att utveckla sina frågebatterier kring sexuell läggning och könsidentitet, eftersom detta har en sådan stor betydelse för hbt-personers livsvillkor. Studier med annat fokus kanske ska avstå från detaljerade frågor om sexuell läggning eftersom antalet frågor kan upplevas som alltför betungande (The sexual minority assessment research team, 2009).

Kapitel 3. Metod

Detta kapitel utgör en beskrivning av genomförandet av undersökningen genom att beskriva metoden och datakällan för den nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor. Därefter redovisas de statistiska metoder som använts för bearbetningen av materialet, gruppindelningar och avgränsning av materialet samt vilka redovisningsgrupper som använts.

Datakällan – den nationella folkhälsoenkäten

Nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor har genomförts årligen under perioden 2004–2013 av dåvarande Statens folkhälsoinstitut. Syftet har varit att följa upp folkhälsan och dess bestämningsfaktorer. Från 1 januari 2014 övertog den nybildade Folkhälsomyndigheten ansvaret för enkäten. Undersökningen görs i samarbete med landsting och regioner och genomförs med hjälp av Statistiska centralbyrån (SCB).

Den nationella folkhälsoenkäten innehåller ett 80-tal frågor om fysisk och psykisk hälsa, vårdkontakter och läkemedelsanvändning. Andra frågor gäller levnadsvanor såsom fysisk aktivitet, kostvanor, tobaks-, alkohol- och cannabisbruk samt spel om pengar. Enkäten innehåller också frågor om ekonomiska förhållanden, om arbete och sysselsättning, trygghet samt sociala relationer.

I undersökningen från år 2005 inkluderades för första gången frågan om sexuell läggning. Det gjorde det möjligt att jämföra homo- och bisexuella kvinnors och mäns livsvillkor med heterosexuellas. Åren 2006 och 2007 saknades frågan om sexuell läggning i nationella folkhälsoenkäten, men den återkom sedan i enkäterna för åren 2008 till 2012 om än med något annorlunda svarsalternativ.

Det nationella urvalet som är obundet och slumpmässigt, bestod år 2005 av 10 000 personer. Åren 2008–2012 bestod urvalet av 20 000 personer per år, i åldern 16–84 år. Dessutom har landsting och regioner möjlighet att delta med extra tilläggsurval. Detta tilläggsurval varierar i storlek från år till år beroende på hur många och vilka landsting/regioner som deltar. För detta uppdrag har det totala urvalet använts genomgående för alla år (det vill säga det nationella urvalet samt tilläggsurvalen) i syfte att få ett så stort underlag som möjligt för att beskriva hälsan bland homo- och bisexuella personer jämfört med heterosexuella personer. Bortfallsandelen för den nationella folkhälsoenkäten var cirka 50 procent och det partiella bortfallet för frågan om sexuell läggning var drygt 5 procent år 2012.

Tabell 1 Fördelningen av sexuell läggning per år och kön, 16–84 år.

Män	Heterosexuell	Bisexuell	Homosexuell	Osäkra	Saknat värde	Totalt
2005	16 887 (91,0 %)	222 (1,2 %)	68 (0,4 %)	358 (1,9 %)	1 023 (5,5 %)	18 558
2008	17 412 (89,7 %)	182 (0,9 %)	129 (0,7 %)	332 (1,7 %)	1 367 (7,0 %)	19 422
2009	14 145 (89,1 %)	131 (0,8 %)	93 (0,6 %)	279 (1,8 %)	1 229 (7,7 %)	15 877
2010	25 050 (90,4 %)	249 (0,9 %)	145 (0,5 %)	518 (1,9 %)	1 756 (6,3 %)	27 718
2011	27 414 (92,3 %)	232 (0,8 %)	165 (0,6 %)	497 (1,7 %)	1 396 (4,7 %)	29 704
2012	19 463 (92,2 %)	199 (0,9 %)	129 (0,6 %)	358 (1,7 %)	971 (4,6 %)	21 120
Totalt	120 371	1215	729	2 342	7 742	132 399

Kvinnor	Heterosexuell	Bisexuell	Homosexuell	Osäkra	Saknat värde	Totalt
2005	19 219 (89,6 %)	372 (1,7 %)	44 (0,2 %)	301 (1,4 %)	1 508 (7,0 %)	21 444
2008	21 081 (89,5 %)	253 (1,1 %)	90 (0,4 %)	298 (1,3 %)	1 830 (7,8 %)	23 552
2009	16 775 (87,8 %)	233 (1,2 %)	69 (0,4 %)	276 (1,4 %)	1 756 (9,2 %)	19 109
2010	29 618 (89,3 %)	480 (1,4 %)	136 (0,4 %)	465 (1,4 %)	2 451 (7,4 %)	33 150
2011	32 310 (91,2 %)	471 (1,3 %)	168 (0,5 %)	460 (1,3 %)	2 009 (5,7 %)	35 418
2012	23 058 (90,6 %)	385 (1,5 %)	116 (0,5 %)	373 (1,5 %)	1 511 (5,9 %)	25 443
Totalt	142 061	2 194	623	2173	11 065	158 116

Statistiska metoder

Rapporten innehåller inga sambandsanalyser utan beskriver endast skillnader i andelar homo-, bi- respektive heterosexuella personer vad gäller olika livsvillkor, levnadsvanor och hälsoutfall. I vissa fall redovisas gruppen homo- och bisexuella som en sammanslagen grupp och i vissa fall redovisas homosexuella för sig och bisexuella för sig, se avsnittet Gruppindelningar och avgränsningar av materialet nedan. Alla analyser är könsuppdelade.

Bedömning av statistisk signifikans har gjorts utifrån analys av konfidensintervall (överlappar eller inte). Alla resultat som beskrivs i brödtexten i kapitel 4 är statistiskt signifikanta om inte annat anges. För vissa resultat är skillnaderna inom den statistiska felmarginalen. I dessa fall används begreppet *tendens*. Det är dock rimligt att anta att skillnaderna finns och orsaken till att inte statistisk signifikans har påvisats beror med stor sannolikhet på att underlaget bland homo- och bisexuella personer är för litet.

Vid den statistiska analysen i 2005 års redovisning av hälsan bland homo- och bisexuella personer viktades resultaten, baserade på data från nationella folkhälsoenkäten med SCB:s kalibreringsvikter för bortfall. Dessutom utfördes ålderstandardisering enligt dåvarande Folkhälsoinstituts arbetsrutiner. Både kalibreringsvikterna och vikterna för ålderstandardiseringen fungerar väl när urvalsgrupperna är relativt stora. När dessa vikter används vid små urvalsgrupper kan de slå på ett sätt som gör resultaten osäkra. Vid analysen av homo- och bisexuella personer i denna rapport visade det sig att både användandet av

åldersstandardiseringen och kalibreringsvikterna medförde att resultaten varierade över tid på ett sätt som var svårt att förklara.

Första nationella folkhälsoenkäten gjordes år 2004. År 2005 togs frågan om sexuell läggning med. Det innebär att undersökningen år 2005 enbart baserades på 2005 års resultat och därför inte innehöll några tidsserier. Därför uppmärksammades inte problemet med ålderstandardisering och kalibrering.

För denna rapport har vi i den statistiska analysen valt att inte använda någon form av kalibreringsvikter. Detta medför att resultaten kan skilja sig från de resultat som presenterades år 2005. För att bedöma om de slutsatser som drogs år 2005 kvarstår, sedan man uteslutit kalibreringsvikter och ålderstandardisering i de statistiska analyserna, valde man ut variablerna dåligt allmänt hälsotillstånd, utsatthet för fysiskt våld, självmordstankar och självmordsförsök, nedsatt psykiskt välbefinnande, riskabla alkoholvanor, daglig rökning samt cannabisvanor ut. Sammanfattningsvis kan sägas att i stort kvarstår de slutsatser som drogs år 2005. Resultatet av denna analys presenteras i bilaga 4.

Material

Gruppindelningar och avgränsning av materialet

I år 2005 års enkät inkluderades en fråga om sexuell läggning. Åren 2006 och 2007 saknades frågan om sexuell läggning i nationella folkhälsoenkäten. Frågan återkom sedan i enkäterna för åren 2008 till 2012 med något annorlunda svarsalternativ. Frågans formulering var under åren 2008 till 2012: *Vilken är din sexuella läggning?* Svarsalternativen var *Heterosexuell*, *Bisexuell*, *Homosexuell* samt *Osäker på min sexuella läggning*. År 2005 fanns även svarsalternativen *Heterosexuell med vissa homosexuella inslag* och *Homosexuell med vissa heterosexuella inslag* med. Personer som svarat med något av dessa två alternativ har definierats som bisexuella. De som är osäkra på sin sexuella läggning ingår inte i analyserna på grund av att det är oklart om de verkligen är osäkra på sin sexuella läggning eller om de är osäkra på vad frågan innebär. Ungefär hälften av dessa tillhörde åldersgruppen över 65 år.

Det går inte att avgöra i vilken utsträckning som svaren på frågan om sexuell läggning uttrycker sexuell identitet, sexuell praktik och/eller sexuell attraktion.

Tidsserier och jämförelser mellan åren 2005 och 2012

I 2005 års rapport presenterades resultaten i åldrarna 16–64 år på grund av att det var så få personer som var 65 år och äldre som svarat att de hade homo- och bisexuell läggning. I denna jämförelse har valet därför gjorts att analysera och presentera resultaten för samma åldersintervall. I syfte att få ett tillräckligt stort underlag för att kunna beskriva utvecklingen över tid från åren 2005 till 2012 har homo- och bisexuella personer redovisats som en sammanslagen grupp. Denna grupp jämförs med de som uppgav att de hade en heterosexuell läggning.

Nulägesbeskrivning åren 2010–2012

När det gäller att möjliggöra en uppdelning i ålders- och utbildningsgrupper har data från åren 2010 till 2012 slagits samman. Även här presenteras homo- och bisexuella personer som en grupp. I presentationen av åldersgrupper redovisas även den äldsta åldersgruppen, 65–84 år.

För utbildningsnivå är åldern begränsad till 25–64 år. Anledningen till att den yngsta gruppen inte är inkluderad beror på att det är för få av dem som har en lång utbildning. Därför blir jämförelsen mellan de olika utbildningsgrupperna orättvis.

Sammanslagning av data för åren 2010 till 2012 möjliggör separata analyser av homo- respektive bisexuella personer. Här redovisas åldersgruppen 16–64 år för att kunna jämföra dessa med 2005 års resultat samt med tidsserieres resultaten.

För att undersöka om det fanns någon skillnad i hälsa, utsatthet och levnadsvanor bland personer som levde med och utan barn under 18 år analyserades indikatorerna bra allmänt hälsotillstånd, dåligt allmänt hälsotillstånd, nedsatt psykiskt välbefinnande (GHQ12), självmordstankar, självmordsförsök, dagligrökare, riskkonsumenter av alkohol, cannabisbruk samt utsatthet för fysiskt våld i dessa grupper. I syfte att få ett tillräckligt stort underlag för att jämföra dessa grupper slogs data för åren 2010–2012 samman.

Beskrivning av materialet

Enligt den nationella folkhälsoenkäten hade sammanlagt 271 708 personer i åldern 16–84 år besvarat enkätfrågan om sexuell läggning under tidsperioden åren 2005 samt 2008 till 2012. Det interna bortfallet omfattade 18 807 personer. Dessutom togs även de som svarat att de var osäkra på sin sexuella läggning (4 515 personer) bort. Totalt var det 262 432 personer som definierade sig som heterosexuella, 3 409 personer som bisexuella och 1 352 personer som homosexuella. Det är svaren från dessa personer som resultaten i kapitel 4 baseras på.

Tabell 2 Antal personer (16–84 år) uppdelat på den nationella folkhälsoenkätens svarsfrekvens samt sexuell läggning under år 2005 samt åren 2008–2012.

Antal som svarat på enkäten	Internt bortfall	Antal som svarat på frågan om sexuell läggning	Osäkra
290 515	18807	271 708	4 515
Antal som är med i beräkningarna	Heterosexuella	Bisexuella	Homosexuella
267 193	262 432	3 409	1 352

Ålder. Under tidsperioden 2010–2012 var det fler kvinnor (54 procent) än män (46 procent) som besvarat frågan om sexuell läggning. Av kvinnorna uppgav 98 procent att de var heterosexuella, 1,5 procent att de var bisexuella och 0,5 procent att de var homosexuella. Bland männen var 98 procent heterosexuella, 0,9 procent bisexuella och 0,6 procent homosexuella. Den största andelen homo- och bisexuella personer fanns både bland kvinnor och män i åldersgruppen 16–29 år. I den åldern var 4,9 procent av kvinnorna och 1,8 procent av männen bisexuella. Motsvarande siffror för homosexuella var 1 procent både bland män och bland kvinnor. Andelen som uppgav att de var homo- eller bisexuella sjönk sedan med stigande ålder för att i den äldsta åldersgruppen omfatta 0,5 procent bisexuella personer och 0,2 procent homosexuella.

Tabell 3 Antal och andel kvinnor och män (16–84 år) med olika sexuell läggning uppdelat efter ålder under tidsperioden 2010–2012.

Män	Heterosexuell	Bisexuell	Homosexuell	Totalt
16–29 år	10 096 (97,2 %)	184 (1,8 %)	108 (1,0 %)	10 388
30–44 år	13 374 (98,0 %)	144 (1,1 %)	134 (1,0 %)	13 652
45–64 år	25 285 (98,6 %)	216 (0,8 %)	135 (0,5 %)	25 636
65–84 år	23 172 (99,2 %)	136 (0,6 %)	62 (0,3 %)	23 370
Totalt	71 927	680	439	73 046

Kvinnor	Heterosexuell	Bisexuell	Homosexuell	Totalt
16–29 år	13 445 (94,1 %)	702 (4,9 %)	136 (1,0 %)	14 283
30–44 år	17 819 (97,5 %)	341 (1,9 %)	124 (0,7 %)	18 284
45–64 år	29 867 (98,9 %)	204 (0,7 %)	113 (0,4 %)	30 184
65–84 år	23 855 (99,4 %)	89 (0,4 %)	47 (0,2 %)	23 991
Totalt	84 986	1 336	420	86 742

Utbildning. Andelen bisexuella män var jämnt fördelad över utbildningsnivåerna, medan andelen bisexuella kvinnor var något lägre bland dem med kort utbildning än bland dem med högre utbildning. Det fanns en tendens till att andelen homosexuella ökade med stigande utbildning både bland män och bland kvinnor.

Tabell 4 Antal och andel kvinnor och män (25–64 år) med olika sexuell läggning uppdelat efter utbildning under tidsperioden 2010–2012.

Män	Heterosexuell	Bisexuell	Homosexuell	Totalt
Kort utbildning	13 623 (98,6 %)	132 (1,0 %)	64 (0,5 %)	13 819
Mellanlång utbildning	11 143 (98,2 %)	116 (1,0 %)	89 (0,8 %)	11 348
Lång utbildning	6 458 (97,7 %)	60 (0,9 %)	91 (1,4 %)	6 609
Totalt	31 224	308	244	31 776

Kvinnor	Heterosexuell	Bisexuell	Homosexuell	Totalt
Kort utbildning	13 454 (98,5 %)	159 (1,2 %)	50 (0,4 %)	13 663
Mellanlång utbildning	13 862 (97,7 %)	243 (1,7 %)	82 (0,6 %)	14 187
Lång utbildning	11 677 (97,7 %)	199 (1,7 %)	82 (0,7 %)	11 958
Totalt	38 993	601	214	39 808

Sysselsättning. Både andelen bisexuella och homosexuella personer var lägst bland dem med ålderspension. Den största andelen bi- och homosexuella kvinnor fanns bland de kvinnor som var arbetslösa och studerande. Andelen bisexuella män var störst bland de arbetslösa (2,7 procent), följd av förtidspensionerade och studerande (2,1 procent vardera). Andelen homosexuella män var något högre bland de långtidssjukskrivna, arbetslösa och studerande (1,2 procent) än bland dem med annan sysselsättning.

Tabell 5 Antal och andel kvinnor och män (16–84 år) med olika sexuell läggning efter sysselsättning under tidsperioden 2010–2012.

Män	Heterosexuell	Bisexuell	Homosexuell	Totalt
Yrkesarbetar	37 047 (98,6 %)	296 (0,8 %)	244 (0,6 %)	37 587
Ålderspensionerad	23 172 (99,2 %)	136 (0,6 %)	62 (0,3 %)	23 370
Arbetslös	2 921 (96,1 %)	83 (2,7 %)	36 (1,2 %)	3 040
Förtidspensionerad	1 901 (96,8 %)	42 (2,1 %)	20 (1,0 %)	1 963
Långtidssjukskriven	379 (97,7 %)	4 (1,0 %)	5 (1,3 %)	388
Studerar	4 742 (96,7 %)	102 (2,1 %)	61 (1,2 %)	4 905
Totalt	70162	663	428	71 253

Kvinnor	Heterosexuell	Bisexuell	Homosexuell	Totalt
Yrkesarbetar	42 899 (98,2 %)	557 (1,3 %)	232 (0,5 %)	43 688
Ålderspensionerad	23 855 (99,4 %)	89 (0,4 %)	47 (0,2 %)	23 991
Arbetslös	3 377 (94,5 %)	165 (4,6 %)	31 (0,9 %)	3 573
Förtidspensionerad	3 700 (97,7 %)	72 (1,9 %)	17 (0,4 %)	3 789
Långtidssjukskriven	681 (96,7 %)	21 (3,0 %)	2 (0,3 %)	704
Studerar	7 329 (94,3 %)	366 (4,7 %)	73 (0,9 %)	7 768
Totalt	81 841	1270	402	83 513

Födelseland. Både andelen homosexuella och andelen bisexuella var något högre bland personer födda utanför Norden och detta gällde såväl män som kvinnor. Bland dem som var födda inom Norden var andelen bisexuella män 0,9 procent och andelen homosexuella män 0,6 procent. Motsvarande siffror för män som var födda utanför Norden var 2,6 respektive 1,8 procent. Andelen bisexuella och andelen homosexuella kvinnor födda inom Norden var 1,5 respektive 0,4 procent. Motsvarande siffror för kvinnor födda utanför Norden var 2,7 respektive 1,2 procent.

Tabell 6 Antal och andel kvinnor och män (16–84 år) med olika sexuell läggning efter födelseland under tidsperioden 2010–2012.

Män	Heterosexuell	Bisexuell	Homosexuell	Totalt
Sverige	49 365 (98,6 %)	431 (0,9 %)	274 (0,5 %)	50 070
Övriga Norden	1 798 (98,4 %)	13 (0,7 %)	17 (0,9 %)	1 828
Övriga Europa	1 583 (95,4 %)	49 (3,0 %)	28 (1,7 %)	1 660
Utanför Europa	1 551 (95,9 %)	37 (2,3 %)	30 (1,9 %)	1 618
Totalt	54 297	530	349	55 176

Kvinnor	Heterosexuell	Bisexuell	Homosexuell	Totalt
Sverige	58 030 (98,1 %)	883 (1,5 %)	261 (0,4 %)	59 174
Övriga Norden	2 608 (98,2 %)	40 (1,5 %)	8 (0,3 %)	2 656
Övriga Europa	1 835 (95,9 %)	57 (3,0 %)	21 (1,1 %)	1 913
Utanför Europa	1 772 (96,2 %)	45 (2,4 %)	25 (1,4 %)	1 842
Totalt	64 245	1 025	315	65 585

Beskrivning av redovisningsgrupper

Utbildning. Bakgrundsfaktorn utbildning delades upp i kategorierna kort, mellanlång och lång utbildning. Grundskola eller folkskola, realskola eller flickskola samt 2-årigt gymnasium eller yrkesskola kategoriserades som kort utbildning. Gymnasium (3- och 4-årigt) samt universitet eller högskola upp till 2,5 år (mindre än 120 poäng vilket motsvarar 180 högskolepoäng) kategoriserades som mellanlång utbildning och universitet eller högskola som var 3 år eller längre (120 poäng eller mer) kategoriserades som lång utbildning. Utbildning redovisades för åldersgruppen 25–64 år.

Ålder. Ålder delades upp i kategorierna 16–29 år, 30–44 år, 45–64 samt 65–84 år.

Sexuell läggning. Se avsnittet Gruppindelningar och avgränsning av materialet ovan.

Bor med och utan barn. Variabeln *Bor med barn under 18 år* är konstruerad av frågan: *Hur gamla är de barn som du bor tillsammans med?* Det gavs fyra svarsalternativ: *0–6 år, 7–12 år, 13–17 år* samt *18 år eller äldre*. De som svarade med något eller några av de tre första alternativen redovisas här som att de har bott med barn under 18 år.

Kapitel 4. Resultatredovisning av utvecklingen av hälsans bestämningsfaktorer och hälsoutfall för homo- och bisexuella personer

I detta kapitel redovisas hur hälsans bestämningsfaktorer och hälsoutfallet bland homo-, bi- respektive heterosexuella personer har utvecklats under senare år. I redovisningen ingår en jämförelse av hälsans utveckling sedan år 2005 när dåvarande Statens folkhälsoinstitut redovisade hälsosituationen för homosexuella, bisexuella och transpersoner i enlighet med regeringsuppdrag (dnr S2003/5150/FH).

Sammanställningen avgränsas till att redovisa resultaten för homo-, bi- och heterosexuella personer utifrån data från nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor. Redovisningen av utvecklingen avgränsas till perioden år 2005 och åren 2008–2012, eftersom frågan om sexuell läggning inte ingick i nationella folkhälsoenkäten åren 2006 och 2007.

Presentationen av resultat

Resultaten är grupperade under tre rubriker: livsvillkor, levnadsvanor och hälsoutfall.

Livsvillkor innehåller följande variabler: diskriminering, utsatthet för våld, socialt deltagande, tillit och stöd, utbildning, arbetsmarknadsposition, ekonomiska villkor samt boendemiljö. Under rubriken levnadsvanor presenteras rökning, snusning, alkohol, narkotika och stillasittande fritid. Hälsoutfall redovisas för fyra områden: allmänt hälsotillstånd, psykisk hälsa, fysisk hälsa samt vårdkontakter.

För de flesta variabler och för alla hälsoutfall görs först en beskrivning av utvecklingen för åren 2005–2012 (utom åren 2006 och 2007), Då jämförs gruppen homo- och bisexuella personer med gruppen heterosexuella personer. Utvecklingen över tid presenteras inte för utbildning, arbetsmarknadsposition och ekonomiska villkor eftersom dessa består av för många kategorier vilket leder till för små grupper. Därefter görs en beskrivning av skillnaderna mellan de *tre* grupperna homo-, bi- respektive heterosexuella personer för alla bestämningsfaktorer och hälsoutfall. För att möjliggöra en sådan uppdelning har data slagits samman för åren 2010–2012. Avslutningsvis presenteras uppdelningen av resultaten utifrån utbildning och åldersgrupper. Även i dessa fall har data slagits samman för åren 2010–2012. Alla analyser som presenteras är könsuppdelade.

Observera att alla resultat illustreras av diagram men att många av dessa diagram har placerats i bilaga för att underlätta läsbarheten. Dessa diagram presenteras i samma ordning som resultaten i kapitel 4. Alla resultat som beskrivs i brödtexten i kapitel 4 är statistiskt signifikanta om inte annat anges.

Livsvillkor

Livsvillkor presenteras i följande ordning:

- Diskriminering.
- Utsatthet för våld.
- Socialt deltagande.
- Tillit och stöd.
- Utbildning.
- Arbetsmarknadsposition.
- Ekonomiska villkor.
- Boendemiljö.

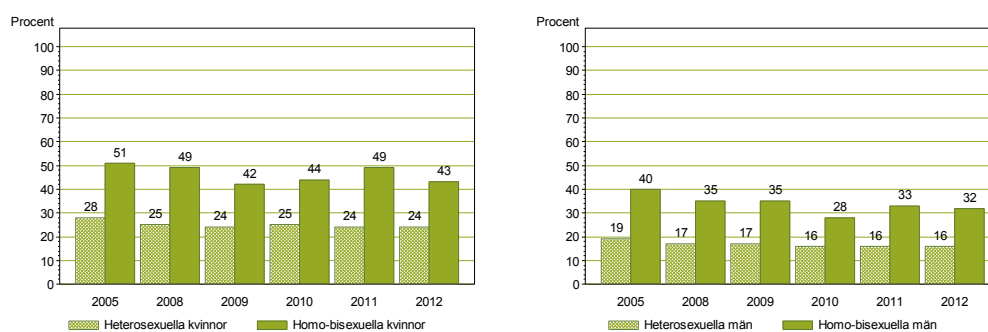
Diskriminering

Det är betydligt vanligare för homo- och bisexuella personer att rapportera att de hade utsatts för kränkande behandling eller bemötande än för heterosexuella och vanligast var det bland bisexuella kvinnor. Andelen som uppgav att de blivit utsatta för kränkande behandling minskade i den heterosexuella gruppen mellan åren 2005 och 2012 och samma tendens kunde ses över tid bland de homo- och bisexuella.

Utsatthet för kränkande behandling/bemötande

Utsatthet för kränkande behandling eller bemötande mättes genom frågan: *Har du under de senaste tre månaderna blivit behandlad/bemött på ett sätt så att du känt dig kränkt?* De som svarade att de *någon gång* eller *flera gånger* upplevt detta definierades som kränkta.

De var betydligt vanligare för homo- och bisexuella av båda könen att ha utsatts för kränkande behandling eller bemötande de tre senaste månaderna än för heterosexuella personer genomgående under åren. Andelen som blivit utsatt för kränkande behandling har minskat bland heterosexuella kvinnor och män mellan åren 2005 och 2012. Samma tendens kunde ses bland homo- och bisexuella kvinnor och män men för dessa är skillnaden dock inte statistiskt signifikant.



Figur 1 Andel kvinnor och män (16–64 år) som under de tre senaste månaderna blivit behandlade/bemötta så att de känt sig kränkta, fördelat efter kön, sexuell läggning och år.

Vid hopslagning av data för åren 2010–2012 framkom att bisexuella kvinnor (48 procent) i större utsträckning än både homo- och heterosexuella kvinnor blivit behandlade/bemötta så att de känt sig kränkta, se diagram i bilaga 1. Det var även vanligare att homosexuella kvinnor (38 procent) känt sig kränkta än heterosexuella kvinnor (24 procent). Andelen kränkta var större för både bi- och homosexuella män jämfört med heterosexuella män.

Uppdelning efter ålder. För båda könen och oavsett sexuell läggning sjönk andelen som känt sig kränkta med stigande ålder. Bland homo- och bisexuella personer var det betydligt vanligare att känna sig kränkta än bland heterosexuella personer i alla åldersgrupper. I åldersgruppen 65–84 år var denna skillnad dock inte statistiskt säkerställd.

Uppdelning efter utbildning. Oavsett utbildningsnivå var andelen som känt sig kränkta betydligt större bland homo- och bisexuella personer än bland heterosexuella.

Utsatthet för våld

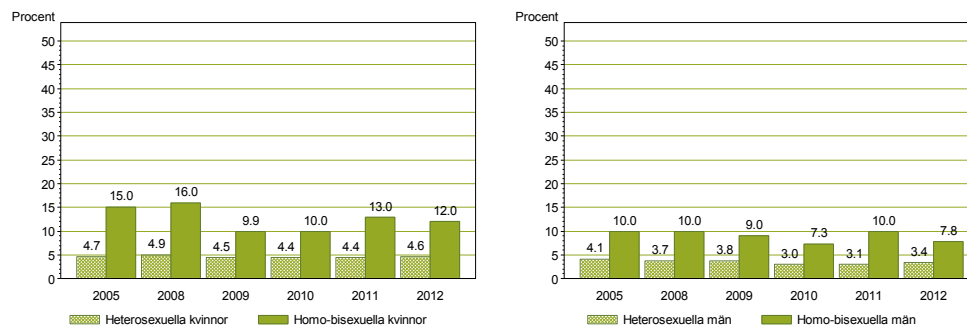
Det var betydligt vanligare för homo- och bisexuella personer att rapportera att de blivit utsatta för hot om våld och fysiskt våld än för heterosexuella. Allra vanligast var detta bland bisexuella kvinnor. Ingen statistiskt säkerställd skillnad mellan åren 2005 och 2012 i andelen som blivit utsatt för hot om våld och andelen som blivit utsatt för fysiskt våld kunde påvisas inom någon grupp vare sig bland män eller bland kvinnor.

Utsatt för hot om våld

Utsatthet för hot om våld mättes i folkhälsoenkäten genom frågan: *Har du under de senaste 12 månaderna blivit utsatt för hot eller hotelser om våld så att du blev rädd?* De som svarade *ja* på frågan redovisas här.

Det var betydligt vanligare för homo- och bisexuella personer att bli utsatta för hot om våld än för heterosexuella. År 2012 blev 12 procent av de homo- och bisexuella kvinnorna utsatta för hot om våld, för de heterosexuella kvinnorna var andelen 5 procent. Motsvarande siffror för männen var 8 respektive 3 procent. Inga statistiskt

signifikanta skillnader i andelen som blivit utsatt för hot om våld kunde påvisas i någon grupp mellan åren 2005 och 2012.



Figur 2 Andel kvinnor och män (16–64 år) som blivit utsatta för hot om våld under de senaste 12 månaderna, fördelat efter sexuell läggning och år.

Vid sammanslagning av data för åren 2010–2012 visade det sig att det var vanligare bland homosexuella kvinnor (8 procent) att bli utsatta för hot om våld än bland heterosexuella (4 procent), se diagram i bilaga 1. Allra vanligast var det bland bisexuella kvinnor (13 procent). Andelen som blivit utsatt för hot om våld var större bland både homo- och bisexuella män (10 respektive 7 procent) än bland heterosexuella män (3 procent).

Uppdelning efter ålder. Det var vanligare att i yngre ålder bli utsatt för hot om våld. Skillnaden i andelen som blivit utsatta för hot om våld mellan homo- och bisexuella personer och heterosexuella personer var också större bland unga.

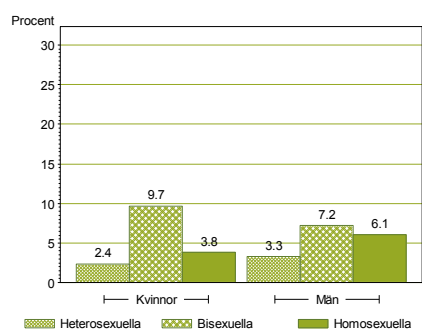
Uppdelning efter utbildning. Oavsett utbildningsnivå var andelen som blivit utsatta för hot om våld större bland homo- och bisexuella personer än bland heterosexuella.

Utsatt för fysiskt våld

Utsatthet för fysiskt våld mättes genom frågan: *Har du under de senaste 12 månaderna blivit utsatt för fysiskt våld?* De som svarade *Ja* på frågan redovisas här.

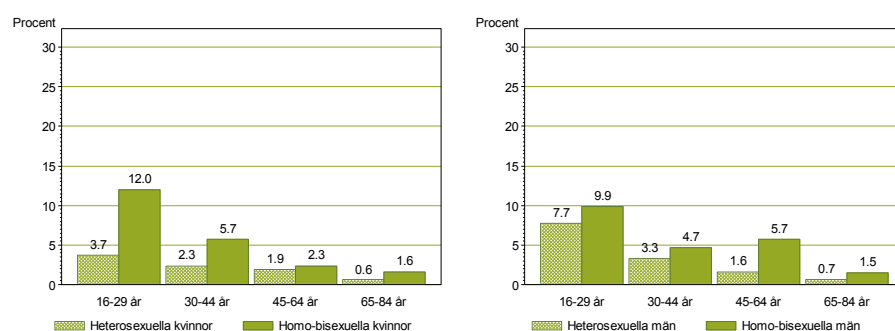
Genomgående under åren var andelen som blivit utsatt för fysiskt våld större bland homo- och bisexuella kvinnor än bland heterosexuella kvinnor, se diagram i bilaga 1. År 2012 var andelarna 7 respektive 2 procent. För männen uppvisades samma trend även om den uppmätta skillnaden inte var statistiskt säkerställd alla år. Andelen som blivit utsatt för fysiskt våld år 2012 var 7 procent bland homo- och bisexuella män och 3 procent bland heterosexuella män. Inga statistiskt signifikanta skillnader i andelen som blivit utsatt för fysiskt våld kunde påvisas i någon grupp av sexuell läggning inom något kön mellan åren 2005 och 2012.

Vid sammanslagning av data för åren 2010–2012 visade det sig att bisexuella kvinnor i betydligt större utsträckning än både hetero- och homosexuella kvinnor blivit utsatta för fysiskt våld. Både bland homo- och bisexuella män var andelen som blivit utsatta för våld större än bland heterosexuella män.



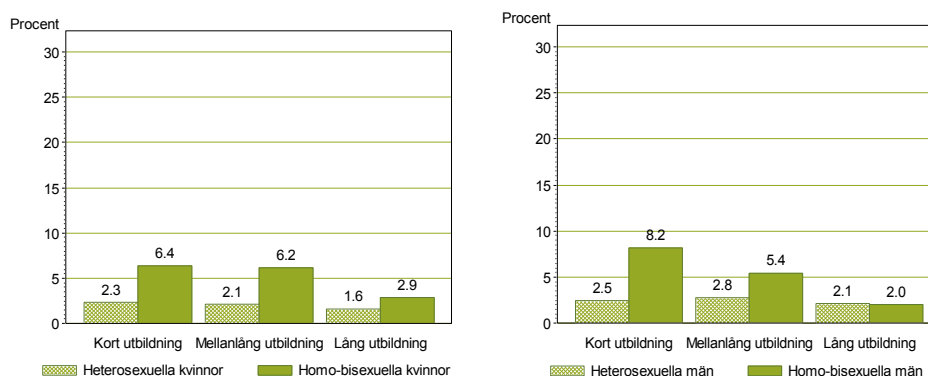
Figur 3 Andel kvinnor och män (16–64 år) som blivit utsatta för fysiskt våld under de senaste 12 månaderna, fördelat efter sexuell läggning, 2010–2012.

Uppdelat på ålder. I åldersgruppen 16–44 år blev homo- och bisexuella kvinnor i större utsträckning utsatta för fysiskt våld än heterosexuella kvinnor. Detsamma gällde för män i åldern 45–64 år.



Figur 4 Andel kvinnor och män som blivit utsatta för fysiskt våld, fördelat efter sexuell läggning och ålder, 2010–2012.

Uppdelat efter utbildning. För dem med kort och mellanlång utbildning var det nästan tre gånger så vanligt bland homo- och bisexuella kvinnor att ha blivit utsatta för fysiskt våld än bland heterosexuella kvinnor. För män var denna skillnad endast statistiskt säkerställd för dem med kort utbildning.



Figur 5 Andel kvinnor och män (25–64 år) under de 12 senaste månaderna som blivit utsatta för fysiskt våld, fördelat efter sexuell läggning och utbildning, 2010–2012.

Uppdelning efter de som bor med barn och de som bor utan barn. Heterosexuella män som bor utan barn hade i större utsträckning blivit utsatta för fysiskt våld än heterosexuella män som bor med barn. Ingen skillnad i andelen som blivit utsatt för fysiskt våld fanns mellan heterosexuella kvinnor med barn och heterosexuella kvinnor utan barn. Varken bland homo- och bisexuella kvinnor eller bland homo- och bisexuella män kunde några signifikanta skillnader i andelen som blivit utsatt för fysiskt våld mellan de som bodde med barn och de som bodde utan barn påvisas.

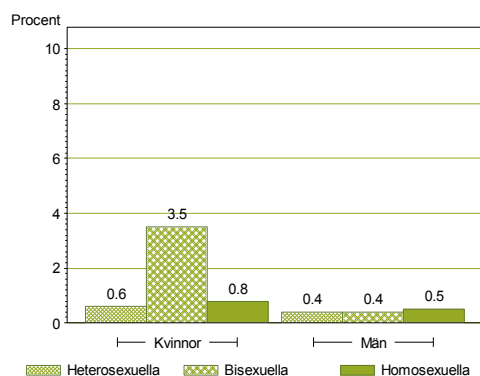
Våld på arbetsplatsen/i skolan

Inga signifikanta skillnader i andelen som blivit utsatta för fysiskt våld på arbetsplatsen/ i skolan under de 12 senaste månaderna fanns mellan homo- och bisexuella jämfört med heterosexuella personer för något år vare sig bland män eller bland kvinnor, se diagram i bilaga 1.

Våld i hemmet

Genomgående under alla år var det vanligare bland homo- och bisexuella kvinnor att ha blivit utsatta för fysiskt våld i hemmet under de 12 senaste månaderna än bland heterosexuella kvinnor, se diagram i bilaga 1. För år 2005 var dock inte denna skillnad statistiskt säkerställd. Homo- och bisexuella män blev i större utsträckning utsatta för fysiskt våld i hemmet jämfört med heterosexuella män år 2005. För övriga studerade år fanns ingen statistiskt säkerställd skillnad.

Sammanslagning av data för åren 2010–2012 visar att bisexuella kvinnor i betydligt större utsträckning än både homo- och heterosexuella kvinnor blivit utsatta för fysiskt våld i hemmet. För männen kunde inga skillnader påvisas.



Figur 6 Andel kvinnor och män (16–64 år) som blivit utsatta för fysiskt våld i hemmet under de senaste 12 månaderna, fördelat efter sexuell läggning, 2010–2012.

Uppdelning efter ålder. Det var främst homo- och bisexuella kvinnor i den yngsta åldersgruppen som i högre grad än heterosexuella kvinnor i samma åldersgrupp blev utsatta för våld i hemmet.

Uppdelning efter utbildning. Det var signifikant vanligare bland homo- och bisexuella kvinnor med mellanlång utbildning att bli utsatta för fysiskt våld i hemmet än bland heterosexuella kvinnor på samma utbildningsnivå. En tendens till samma skillnad fanns även bland kvinnor med kort utbildning.

Våld i annans bostad

Det var vanligare bland homo- och bisexuella kvinnor att bli utsatta för våld i annans bostad än bland heterosexuella kvinnor under åren 2005 och 2011, se diagram i bilaga 1. Det var också vanligare bland homo- och bisexuella män att bli utsatta för våld i annans bostad jämfört med heterosexuella män under år 2005. För övriga undersökta år fanns ingen statistiskt säkerställd skillnad.

Sammanslagning av data för åren 2010–2012 visar att bisexuella kvinnor (2,1 procent) i större utsträckning än både hetero- och homosexuella kvinnor (0,2 procent respektive 0,5 procent) blivit utsatta för fysiskt våld i någon annans hem. För männen kunde inga skillnader påvisas.

Uppdelning efter ålder. Det var vanligare att bli utsatt för våld i någon annans bostad bland homo- och bisexuella kvinnor i åldersgruppen 16–29 år än bland heterosexuella kvinnor i samma åldersgrupp.

Uppdelning efter utbildning. Det fanns inga signifikanta skillnader i andelen som blivit utsatta för våld i annans bostad mellan homo- och bisexuella personer på någon utbildningsnivå vare sig bland män eller bland kvinnor.

Våld på allmän plats

Det var vanligare bland homo- och bisexuella kvinnor att bli utsatta för fysiskt våld på allmän plats jämfört med heterosexuella kvinnor genomgående under åren. Denna skillnad var dock inte statistiskt säkerställd under åren 2009 och 2010, se diagram i bilaga 1. Andelen som blivit utsatta för fysiskt våld på allmän plats var

större bland homo- och bisexuella män än bland heterosexuella män under åren 2005 och 2012.

Sammanslagning av data för åren 2010–2012 visar att det var vanligare att bli utsatt för fysiskt våld på allmän plats bland bisexuella kvinnor än bland heterosexuella kvinnor. Det fanns en tendens till att det var mindre vanligt att bli utsatt för fysiskt våld på allmän plats bland heterosexuella män än bland de två övriga grupperna av sexuell läggning men dessa skillnader var inte statistiskt säkerställda.

Uppdelning efter ålder. Homo- och bisexuella kvinnor i åldersgruppen 16–29 år blev i större utsträckning utsatta för fysiskt våld på allmän plats än heterosexuella kvinnor i motsvarande ålder. I de övriga åldersgrupperna var andelen som blivit utsatta för fysiskt våld på allmän plats bland kvinnor i det närmaste obefintlig. Andelen som blivit utsatta för fysiskt våld på allmän plats bland heterosexuella män minskade med stigande ålder och samma tendens fanns bland homo- och bisexuella män. Det fanns inga signifikanta skillnader i andelen som blivit utsatt för fysiskt våld på allmän plats mellan homo- och bisexuella jämfört med heterosexuella män i någon åldersgrupp.

Uppdelning efter utbildning. Inga signifikanta skillnader i andelen som blivit utsatt för fysiskt våld på allmän plats mellan homo- och bisexuella personer och heterosexuella personer fanns för någon utbildningsnivå inom något kön.

Socialt deltagande

Det var vanligast bland bisexuella män och homosexuella kvinnor att rapportera lågt socialt deltagande. Andelen med lågt socialt deltagande var störst bland dem med kort utbildning och det var också där den största skillnaden mellan homo- och bisexuella och heterosexuella personer fanns. Det fanns ingen klar tidstrend i andelen som rapporterade lågt socialt deltagande inom någon grupp vare sig bland män eller bland kvinnor.

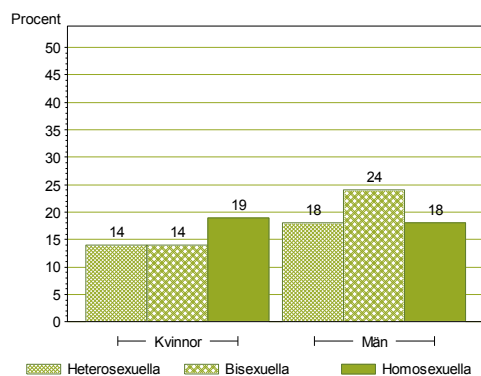
Socialt deltagande

Deltagande i sociala aktiviteter eller evenemang mättes genom frågan: *Har du deltagit i någon av följande aktiviteter under de senaste 12 månaderna?* De som klassificerades som att ha lågt socialt deltagande hade rapporterat att de deltagit i 1 eller ingen av följande 13 uppräknade aktiviteter. Aktiviteterna var: Studiecirkel/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 till exempel nattklubb, danstillställning eller liknande, större släktsammankomst samt privat fest hos någon.

För homo- och bisexuella kvinnor var det vanligare med lågt socialt deltagande år 2005 än bland heterosexuella kvinnor, se diagram i bilaga 1. För homo- och

bisexuella män var det något vanligare med lågt socialt deltagande år 2010. I övrigt kunde inga skillnader mellan de olika grupperna i andelen som rapporterade lågt socialt deltagande påvisas. Det fanns ingen klar tidstrend i andelen med lågt socialt deltagande inom någon av grupperna av sexuell läggning vare sig bland män eller bland kvinnor.

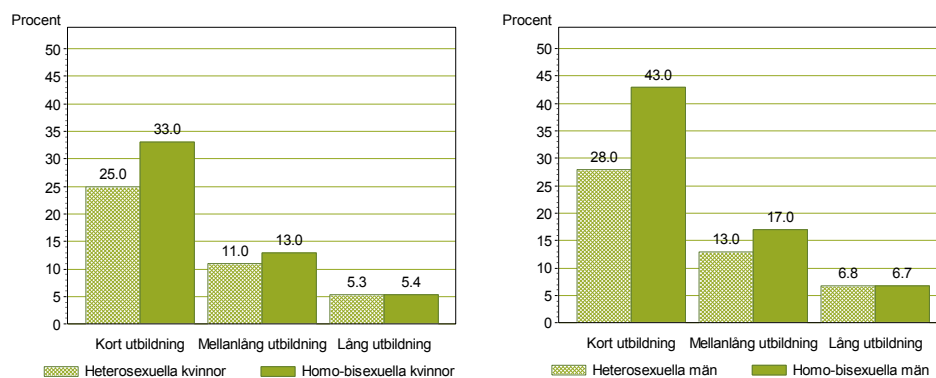
Sammanslagning av data för åren 2010 till 2012 visar att det var vanligare bland homosexuella kvinnor att rapportera lågt socialt deltagande jämfört med heterosexuella kvinnor. Samma tendens fanns även mellan homo- och bisexuella kvinnor men denna skillnad var inte statistiskt säkerställd. Bland män var det den bisexuella gruppen som i högre grad rapporterade lågt socialt deltagande jämfört med hetero- och homosexuella.



Figur 7 Andel kvinnor och män (16–64 år) med lågt socialt deltagande, fördelat efter sexuell läggning, 2010–2012.

Uppdelning efter ålder. Oavsett kön och sexuell läggning ökade andelen som rapporterade lågt socialt deltagande med stigande ålder. Bland homo- och bisexuella kvinnor i åldersgruppen 45–64 år var det vanligare att rapportera lågt socialt deltagande än bland heterosexuella kvinnor. Homo- och bisexuella män i åldersgruppen 30–44 år rapporterade i större utsträckning lågt socialt deltagande än heterosexuella män i motsvarande åldersgrupp. I övrigt fanns inga statistiskt säkerställda skillnader mellan grupperna.

Uppdelning efter utbildning. Oavsett kön och sexuell läggning minskade andelen med lågt socialt deltagande med ökad utbildningslängd. För dem med kort utbildning var det betydligt vanligare med ett lågt socialt deltagande bland homo- och bisexuella personer än bland heterosexuella personer.



Figur 8 Andel kvinnor och män (25–64 år) med lågt socialt deltagande efter sexuell läggning och utbildning, 2010–2012.

Tillit och stöd

Tillit och stöd mättes dels genom indikatorn tillit till andra människor och dels genom indikatorn förtroende för det omgivande samhället. Dessutom ingick emotionellt och praktiskt stöd i bestämningsfaktorn tillit och stöd.

Det var vanligare bland både homo- och bisexuella kvinnor att rapportera att de inte kände tillit till andra än bland heterosexuella kvinnor. Bland män var det de bisexuella som i större utsträckning uppgav att de inte kände tillit jämfört med homo- och heterosexuella. Det var vanligare för homo- och bisexuella kvinnor jämfört med heterosexuella kvinnor att ha lågt förtroende för sjukvården, skolan, polisen, socialtjänsten, Arbetsförmedlingen, domstolar och riksdagen. Det var mindre vanligt bland homo- och bisexuella kvinnor att ha lågt förtroende för fackföreningar än bland heterosexuella kvinnor. Bland bisexuella män var det vanligare att ha lågt förtroende för polisen, socialtjänsten och domstolar än bland heterosexuella män. Det var vanligare bland heterosexuella män än bland homosexuella män att ha lågt förtroende för riksdagen och landstingspolitiker. Det var också vanligare att ha lågt förtroende för fackföreningar bland heterosexuella män än bland bisexuella män.

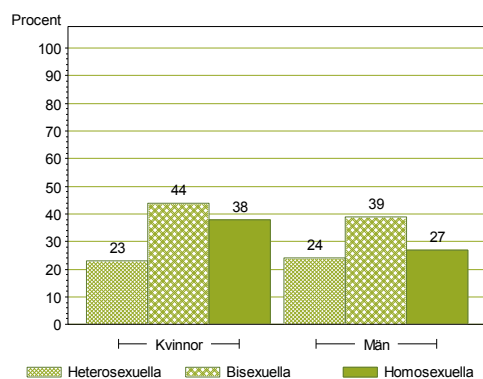
Det var betydligt vanligare både att sakna emotionellt och praktiskt stöd bland män än bland kvinnor. Bland männen rapporterade homo- och bisexuella i större utsträckning att de saknade emotionellt och praktiskt stöd jämfört med heterosexuella. Det var vanligare att sakna emotionellt stöd bland bisexuella kvinnor jämfört med heterosexuella kvinnor och det var vanligare bland både homo- och bisexuella kvinnor att sakna praktiskt stöd. Ingen klar tidstrend fanns inom någon grupp av sexuell läggning för något kön vare sig för dem som saknade praktiskt eller emotionellt stöd.

Tillit till andra människor

Tillit till andra människor mättes genom frågan: *Tycker du att man i allmänhet kan lita på de flesta människor?* De som svarade *Nej* redovisas här.

Genomgående under åren var andelen som uppgav att de i allmänhet inte kunde lita på de flesta andra människor större bland homo- och bisexuella personer än bland heterosexuella personer, se diagram i bilaga 1. En svag minskning av andelen som inte kände tillit till de flesta människor kunde skönjas bland heterosexuella kvinnor mellan åren 2005 och 2012. För de övriga grupperna fanns ingen klar tidstrend i andelen som inte kände tillit.

Vid sammanslagning av data för åren 2010–2012 visade det sig att andelen som inte kände tillit var högre bland både bi- och homosexuella kvinnor än bland heterosexuella kvinnor. Det var vanligare att inte känna tillit bland bisexuella män jämfört med både hetero- och homosexuella män.



Figur 9 Andel kvinnor och män (16–64 år) som rapporterade att de inte kände tillit till de flesta människor, fördelat efter sexuell läggning, 2010–2012.

Uppdelning efter ålder. Andelen som inte kände tillit till de flesta människor sjönk med stigande ålder oavsett kön och sexuell läggning. Bland homo- och bisexuella personer var det betydligt vanligare att inte känna tillit än bland heterosexuella personer i alla åldersgrupper, med undantag för åldersgruppen 65–84 år.

Uppdelning efter utbildning. Oavsett utbildningsnivå kände homo- och bisexuella personer i mindre utsträckning tillit till de flesta människor jämfört med heterosexuella personer. För båda grupperna av sexuell läggning gällde att andelen som inte kände tillit minskade med längre utbildning.

Förtroende för det omgivande samhället

Förtroende för det omgivande samhället mättes genom frågan: *Vilket förtroende har du för följande institutioner/politiker i samhället?* Följande institutioner/politiker uppgavs: *Sjukvården, skola, polisen, socialtjänsten, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, domstolar, riksdagen, landstingspolitiker, kommunpolitiker, fackföreningar.* De som svarade att de hade *Inte särskilt stort* eller *Inget alls* redovisas här ha litet förtroende för institutioner/politiker.

Förtroende för sjukvården

Det var vanligare bland homo- och bisexuella kvinnor att ha lågt förtroende för sjukvården än för heterosexuella kvinnor genomgående under alla år, se diagram i bilaga 1. Homo- och bisexuella män hade i större utsträckning än heterosexuella män lågt förtroende för sjukvården år 2009. Övriga år fanns inga statistiskt säkerställda skillnader.

Förtroende för skolan

Det var betydligt vanligare bland homo- och bisexuella kvinnor att ha lågt förtroende för skolan jämfört med heterosexuella kvinnor genomgående under alla år. För männen fanns inga statistiskt säkerställda skillnader.

Förtroende för polisen

Det var genomgående under åren betydligt vanligare bland homo- och bisexuella kvinnor att ha lågt förtroende för polisen jämfört med heterosexuella kvinnor. Bland homo- och bisexuella män var det år 2005 vanligare att ha lågt förtroende för polisen än bland heterosexuella män. Vid sammanslagning av data för åren 2010–2012 visade det sig att bisexuella män i mindre utsträckning hade förtroende för polisen än heterosexuella män.

Förtroende för socialtjänsten

Det var genomgående under åren vanligare bland homo- och bisexuella kvinnor att ha lågt förtroende för socialtjänsten jämfört med heterosexuella kvinnor, denna skillnad var dock inte statistiskt säkerställd år 2009. Det var något vanligare bland bisexuella män att ha lågt förtroende för socialtjänsten än bland hetero- och homosexuella män. Skillnaden mot homosexuella var dock inte statistiskt signifikant.

Förtroende för Arbetsförmedlingen

Det var vanligare bland homo- och bisexuella kvinnor att ha lågt förtroende för Arbetsförmedlingen än bland heterosexuella kvinnor genomgående under åren. Bland männen fanns inga statistiskt signifikanta skillnader under åren. Sammanslagning av data för åren 2010–2012 visade att det var främst de bisexuella kvinnorna som rapporterade lågt förtroende för Arbetsförmedlingen.

Förtroende för Försäkringskassan

Andelen med lågt förtroende för Försäkringskassan ökade över tid för både män och kvinnor oavsett sexuell läggning. Bland homo- och bisexuella män var ökningen dock ej statistiskt signifikant. Andelen var åren 2005, 2011 och 2012 större bland homo- och bisexuella kvinnor än bland heterosexuella kvinnor. Sammanslagning av data för åren 2010–2012 visade att det främst var bisexuella kvinnor som rapporterade att de hade lågt förtroende för Försäkringskassan. Mellan

homo- och bisexuella respektive heterosexuella män gick det inte att se några skillnader.

Förtroende för domstolar

Andelen som hade lågt förtroende för domstolar bland homo- och bisexuella kvinnor var större än bland heterosexuella kvinnor. Bland män var det vanligast att ha lågt förtroende för domstolar bland de bisexuella.

Förtroende för riksdagen

Andelen homo- och bisexuella kvinnor som hade lågt förtroende för riksdagen var större än för heterosexuella kvinnor. Det var mindre vanligt att ha lågt förtroende för riksdagen bland homosexuella män än bland bi- och heterosexuella män, skillnaden mot bisexuella män var dock inte statistiskt säkerställd.

Förtroende för landstingspolitiker

Inga skillnader kunde påvisas i andelen som har lågt förtroende för landstingspolitiker mellan homo- och bisexuella och heterosexuella personer genomgående under åren, med undantag för år 2009 då det var vanligare bland heterosexuella män att ha lågt förtroende för landstingspolitiker än bland homo- och bisexuella män.

Förtroende för kommunpolitiker

Inga skillnader kunde påvisas i andelen som hade lågt förtroende för kommunpolitiker mellan homo- och bisexuella och heterosexuella personer.

Förtroende för fackföreningar

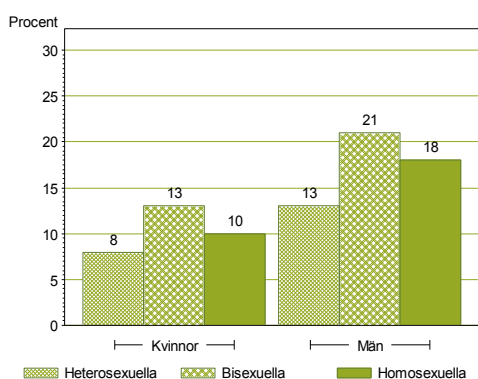
Andelen som hade lågt förtroende för fackföreningar var lägre bland homo- och bisexuella kvinnor än bland heterosexuella kvinnor genomgående under åren (ej signifikant år 2009). Sammanslagning av data för åren 2010–2012 visade att det var vanligare att ha lågt förtroende för fackföreningar bland heterosexuella män än bland bisexuella män.

Emotionellt stöd

Emotionellt stöd mättes genom frågan: *Har du någon du kan dela dina innersta känslor med och anförtro dig åt?* De som svarade *Nej* på frågan redovisas här sakna emotionellt stöd.

För alla år, förutom år 2009 där skillnaderna inte var statistiskt säkerställda, var andelen som saknade emotionellt stöd större i den homo- och bisexuella gruppen än i den heterosexuella gruppen och detta gällde både för män och för kvinnor, se diagram i bilaga 1. Ingen klar tidstrend i andelen som saknade emotionellt stöd fanns inom någon grupp av sexuell läggning vare sig bland män eller bland kvinnor.

Vid sammanslagning av data för åren 2010 till 2012 visade det sig att andelen som saknade emotionellt stöd var större bland bisexuella kvinnor än bland heterosexuella kvinnor. Det var också vanligare både bland bi- och homosexuella män att sakna emotionellt stöd än bland heterosexuella män. Det var även vanligare bland män än bland kvinnor att sakna emotionellt stöd oavsett sexuell läggning.



Figur 10 Andel kvinnor och män (16–64 år) som rapporterade att de saknade emotionellt stöd, fördelat efter sexuell läggning, 2010–2012.

Uppdelning efter ålder. Bland homo- och bisexuella kvinnor var det betydligt vanligare att sakna emotionellt stöd än bland heterosexuella kvinnor i åldersgruppen 16–64 år. Bland homo- och bisexuella män var andelen som saknade emotionellt stöd större än bland heterosexuella män i åldersgruppen 30–84 år.

Uppdelning efter utbildning. Andelen som saknade emotionellt stöd var betydligt högre bland homo- och bisexuella kvinnor med mellanlång utbildning än bland heterosexuella kvinnor på samma utbildningsnivå. Bland kvinnor med kort och lång utbildning fanns inga säkerställda skillnader. Bland män inom alla utbildningsnivåer saknade homo- och bisexuella emotionellt stöd i större utsträckning än heterosexuella, denna skillnad var dock inte statistiskt säkerställd bland dem med lång utbildning.

Praktiskt stöd

Praktiskt stöd mättes genom frågan: *Kan du få hjälp av någon/några personer om du har praktiska problem eller är sjuk?* De som svarade *Nej, för det mesta inte* eller *Nej, aldrig* redovisas här sakna praktiskt stöd.

Med undantag för år 2005 var det betydligt vanligare bland homo- och bisexuella personer att sakna praktiskt stöd. Avsaknad av praktiskt stöd var framför allt vanligt bland homo- och bisexuella män. Inga statistiskt signifikanta förändringar mellan åren 2005 och 2012 fanns i någon grupp av sexuell läggning vare sig för män eller för kvinnor.

Sammanslagning av data för åren 2010–2012 visar att andelen som saknade praktiskt stöd var större bland både homo- och bisexuella kvinnor (7 respektive 6 procent) än bland heterosexuella kvinnor (3 procent). Liknande mönster sågs bland män. Det var vanligare bland både homo- och bisexuella (10 respektive 12 procent)

att sakna praktiskt stöd jämfört med heterosexuella (5 procent). Det var även vanligare bland män än bland kvinnor att sakna praktiskt stöd oavsett sexuell läggning. Skillnaden var dock inte statistiskt säkerställd för homosexuella personer.

Uppdelning efter ålder. Andelen som saknade praktiskt stöd ökade med stigande ålder bland homo- och bisexuella kvinnor. Genomgående i alla åldersgrupper var det vanligare bland homo- och bisexuella kvinnor att sakna praktiskt stöd än bland heterosexuella kvinnor. Denna skillnad blev dessutom större med stigande ålder. I åldersgruppen 30–64 år var det vanligare bland homo- och bisexuella män att sakna praktiskt stöd än bland heterosexuella män.

Uppdelning efter utbildning. På samtliga utbildningsnivåer rapporterade homo- och bisexuella personer i större utsträckning att de saknade praktiskt stöd jämfört med heterosexuella personer.

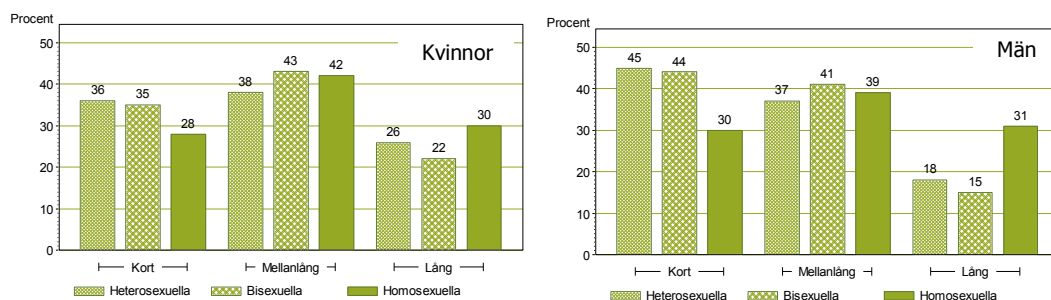
Utbildning

Det var mindre vanligt med lång utbildning bland bisexuella kvinnor än bland hetero- och homosexuella kvinnor. Homosexuella män hade i större utsträckning lång utbildning jämfört med hetero- och bisexuella män.

Utbildning

Utbildning delades upp i kategorierna *kort, mellanlång och lång utbildning*. Grundskola eller folkskola, realskola eller flickskola samt 2-årigt gymnasium eller yrkesskola kategoriserades som kort utbildning. Gymnasium (3- och 4-årigt) samt universitet eller högskola upp till 2,5 år (mindre än 120 poäng vilket motsvarar 180 högskolepoäng) kategoriserades som mellanlång utbildning och universitet eller högskola som var 3 år eller längre (120 poäng eller mer) kategoriserades som lång utbildning.

Sammanslagning av data för åren 2010–2012 visade att hetero- och bisexuella kvinnor i större utsträckning hade kort utbildning jämfört mot homosexuella, se diagram i bilaga 1. Skillnaden mellan homo- och bisexuella kvinnor var dock inte statistiskt signifikant. Bland män var det vanligare med kort utbildning bland både hetero- och bisexuella jämfört mot homosexuella. Andelen med mellanlång utbildning bland bisexuella kvinnor var signifikant större än bland heterosexuella kvinnor. Bland män med olika sexuell läggning fanns inga statistiskt säkerställda skillnader gällande mellanlång utbildning. Det var mindre vanligt med lång utbildning bland bisexuella kvinnor än bland hetero- och homosexuella kvinnor. Homosexuella män hade i större utsträckning än bi- och heterosexuella män lång utbildning.



Figur 11 Andel kvinnor och män (16–64 år) på olika utbildningsnivåer uppdelade på sexuell läggning, 2010–2012.

Arbetsmarknadsposition

Heterosexuella kvinnor yrkesarbetade i större utsträckning än både homo- och bisexuella kvinnor. Det var också vanligare bland homosexuella kvinnor att yrkesarbeta än bland bisexuella. Samma mönster fanns bland män.

Arbetsmarknadsposition

Med yrkesarbetande avses här personer i åldrarna 16–64 år som var tjänstlediga/föräldralediga, egna företagare eller anställda om minst 75 procent. Arbetslösa har grupperats ihop med personer som omfattas av arbetsmarknadsåtgärd. I gruppen studerande ingår även de som praktiserade. Långtidssjukskrivna och de som hade sjuk-/aktivitetsersättning (förtidspensionärer) redovisas var för sig.

Sammanslagning av data för åren 2010–2012 visade att heterosexuella kvinnor yrkesarbetade i större utsträckning än både homo- och bisexuella kvinnor, se diagram i bilaga 1. Det var också vanligare bland homosexuella kvinnor att yrkesarbeta än bland bisexuella kvinnor. Samma mönster fanns bland män. Det var vanligare bland bisexuella kvinnor att vara arbetslösa än det var bland hetero- och homosexuella kvinnor. Homo- och bisexuella män var arbetslösa i större utsträckning än heterosexuella män. Bisexuella män var i större utsträckning förtidspensionerade jämfört med heterosexuella män. Andelen som studerade var högre bland homo- och bisexuella kvinnor än bland heterosexuella kvinnor.

Det var dessutom vanligare bland bisexuella kvinnor att studera jämfört med homosexuella. Både homo- och bisexuella män studerade i större utsträckning än heterosexuella män. När det gäller långtidssjukskrivning fanns inga statistiskt säkerställda skillnader.

Tabell 7 Andel kvinnor och män (16–64 år) med olika sysselsättning fördelat efter sexuell läggning under tidsperioden 2010–2012.

Män	Heterosexuell	Bisexuell	Homosexuell
Yrkesarbetar	78,8	56,2	66,7
Arbetslös	6,2	15,7	9,8
Förtidspensionerad	4,0	8,0	5,5
Långtidssjukskriven	0,8	0,8	1,4
Studerar	10,1	19,4	16,7

Kvinnor	Heterosexuell	Bisexuell	Homosexuell
Yrkesarbetar	74,0	47,2	65,4
Arbetslös	5,8	14,0	8,7
Förtidspensionerad	6,4	6,1	4,8
Långtidssjukskriven	1,2	1,8	0,6
Studerar	12,6	31,0	20,6

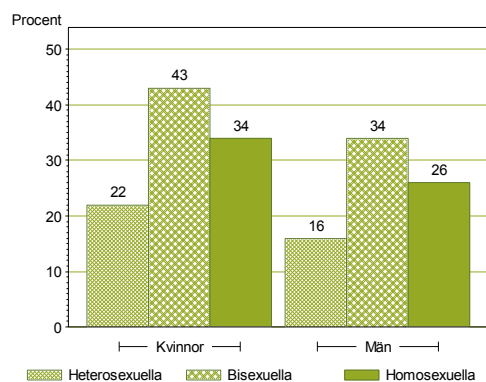
Ekonomiska villkor

Det var vanligare bland homo- och bisexuella personer att sakna kontantmarginaler, befinna sig i ekonomisk kris och ha låg inkomst än det var bland heterosexuella. Vanligast var det bland bisexuella kvinnor.

Kontantmarginal

Kontantmarginal mättes i folkhälsoenkäten genom frågan: *Om du plötsligt skulle hamna i en oförutsedd situation, där du på en vecka måste skaffa fram 15000 kr, skulle du klara det?* De som svarade *nej* på frågan redovisas här sakna kontantmarginaler.

Sammanläggningen av data för åren 2010–2012 visade att bisexuella kvinnor saknade kontantmarginal i större utsträckning än både hetero- och homosexuella kvinnor. Det var i sin tur vanligare bland homosexuella kvinnor att sakna kontantmarginal jämfört med heterosexuella. Samma mönster kunde ses bland männen men där var skillnaden mellan homo- och bisexuella inte statistiskt signifikant.

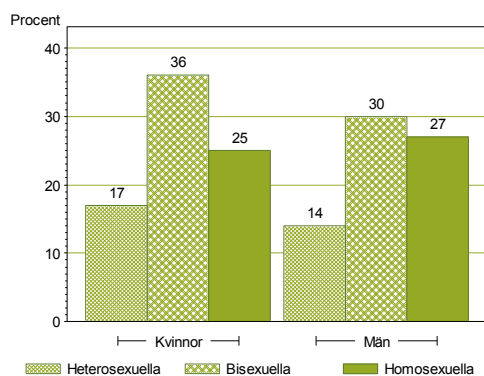


Figur 12 Andel kvinnor och män (16–64 år) som saknar kontantmarginal fördelat efter sexuell läggning, 2010–2012.

Ekonomisk kris

Ekonomisk kris mättes genom frågan: *Har det under de senaste 12 månaderna hänt att du haft svårigheter att klara de löpande utgifterna för mat, hyra räkningar m.m.?* Svartalternativen var *Nej, Ja vid ett tillfälle, Ja vid flera tillfällen*. De som svarat *Ja, vid ett tillfälle* eller *Ja, vid flera tillfällen* bedömdes ha varit i ekonomisk kris.

Sammanslagningen av data för åren 2010–2012 visade att bisexuella kvinnor i större utsträckning än både hetero- och homosexuella befunnit sig i ekonomisk kris vid minst ett tillfälle under de senaste 12 månaderna. Andelen som befunnit sig i ekonomisk kris var dessutom större bland homosexuella kvinnor jämfört mot heterosexuella. Både homo- och bisexuella män hade i större utsträckning än heterosexuella män befunnit sig i ekonomisk kris.

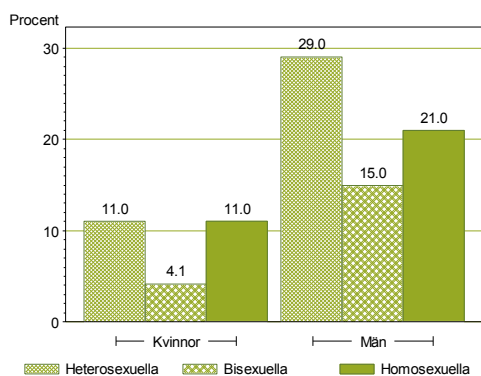


Figur 13 Andel kvinnor och män (16–64 år) som befunnit sig i ekonomisk kris fördelat efter sexuell läggning, 2010–2012.

Individens inkomst

Hög inkomst avser de 20 procent med högst inkomst utifrån de svarandes egen inkomst (baseras på registeruppgift).

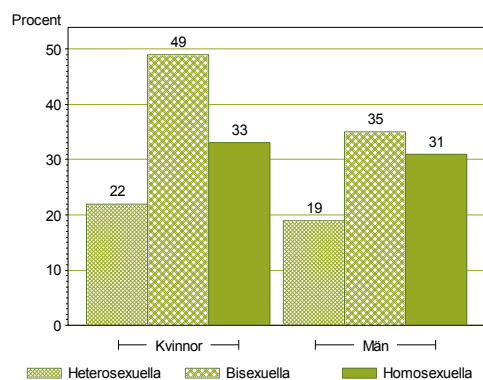
Sammanslagningen av data för åren 2010–2012 visade att män i betydligt större utsträckning var höginkomsttagare än kvinnor. Vanligast var det bland heterosexuella män. Andelen med hög inkomst var mindre bland bisexuella kvinnor (4 procent) jämfört med både hetero- och homosexuella kvinnor (11 procent vardera). Det var vanligare bland heterosexuella män att ha hög inkomst (29 procent) jämfört både med homo- och bisexuella män (21 respektive 15 procent). Det finns också en tendens bland homosexuella män att i större utsträckning än bisexuella män ha hög inkomst men denna skillnad var inte statistiskt signifikant.



Figur 14 Andel kvinnor och män (16–64 år) med hög individuell inkomst fördelat efter sexuell läggning, 2010–2012.

Låg inkomst avser de 20 procent med lägst inkomst utifrån de svarandes egen inkomst (baseras på registeruppgift).

Sammanslagningen av data för åren 2010–2012 visade att det var mycket vanligare med låg inkomst bland bisexuella kvinnor (49 procent) jämfört både med hetero- och homosexuella kvinnor (22 respektive 33 procent). Det var i sin tur vanligare bland homosexuella kvinnor att ha låg inkomst jämfört med heterosexuella. Andelen med låg inkomst var större både bland homo- och bisexuella män (31 respektive 35 procent) jämfört med heterosexuella män (19 procent).



Figur 15 Andel kvinnor och män (16–64 år) med låg individuell inkomst fördelat efter sexuell läggning, 2010–2012.

Boendemiljö

Boendemiljö omfattar rädsla för överfall, rån eller annat ofredande. Det var betydligt vanligare bland kvinnor i allmänhet att avstå från att gå ut ensamma på grund av rädsla för att bli överfallen, rånad eller ofredad på annat sätt än det var bland män.

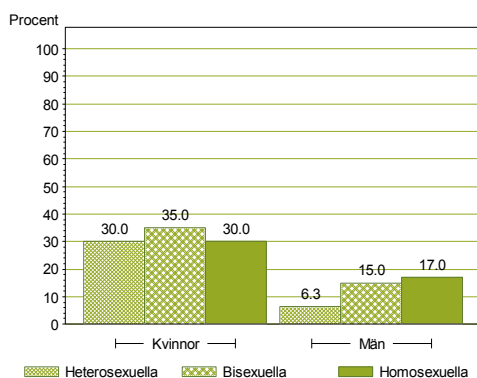
Bland kvinnor var det vanligare bland bisexuella att avstå från att gå ut ensamma än bland heterosexuella. Både homo- och bisexuella män avstod i större utsträckning än heterosexuella män att gå ut ensamma på grund av rädsla. Ingen tydlig förändring över tid kan påvisas för denna indikator för någon grupp av sexuell läggning inom något kön.

Rädsla för överfall, rån eller annat ofredande

Rädsla mättes genom frågan: *Händer det att du avstått från att gå ut ensam av rädsla för att bli överfallen, rånad eller ofredad på annat sätt?* De som svarade att de *ibland* eller *ofta* avstått att gå ut definierades på grund av denna anledning som rädda för att gå ut.

Med undantag för år 2005, där det var något vanligare bland homo- och bisexuella kvinnor att ha avstått från att gå ut ensam av rädsla för att bli överfallen, rånad eller ofredad på annat sätt jämfört med heterosexuella kvinnor, fanns det ingen statistiskt säkerställd skillnad mellan de två grupperna av sexuell läggning hos kvinnor för denna variabel, se diagram i bilaga 1. Däremot var det betydligt vanligare att ha avstått från att gå ut ensam bland homo- och bisexuella män jämfört med heterosexuella män genomgående under åren. Det fanns ingen klar tidstrend inom någon av grupperna för sexuell läggning vare sig bland män eller bland kvinnor.

Andelen som avstått från att gå ut ensam av rädsla visade sig vara större bland bisexuella kvinnor än bland heterosexuella kvinnor när data för åren 2010–2012 slogs ihop. Både homo- och bisexuella män avstod i större utsträckning än heterosexuella män från att gå ut ensamma på grund av rädsla.



Figur 16 Andel kvinnor och män (16–64 år) som avstått från att gå ut ensamma av rädsla för överfall, rån eller annat ofredande, fördelat efter sexuell läggning, 2010–2012.

Uppdelat efter ålder. Inga skillnader i andelen som var rädda för att gå ut ensamma kunde påvisas mellan homo- och bisexuella kvinnor och heterosexuella kvinnor i någon åldersgrupp. Bland män däremot var andelen större bland homo- och bisexuella genomgående i alla åldrar.

Uppdelat efter utbildning. Inga märkbara skillnader i andelen som avstått från att gå ut ensamma på grund av rädsla mellan homo- och bisexuella kvinnor och heterosexuella kvinnor kan påvisas i någon utbildningsgrupp. Däremot var det vanligare att avstå från att gå ut ensam av rädsla för överfall, rån eller ofredande bland homo- och bisexuella män genomgående på alla utbildningsnivåer.

Levnadsvanor

De levnadsvanor som redovisas i detta avsnitt är:

- Rökning.
- Snusning.
- Alkohol.
- Narkotika.
- Stillasittande fritid/fysisk aktivitet.

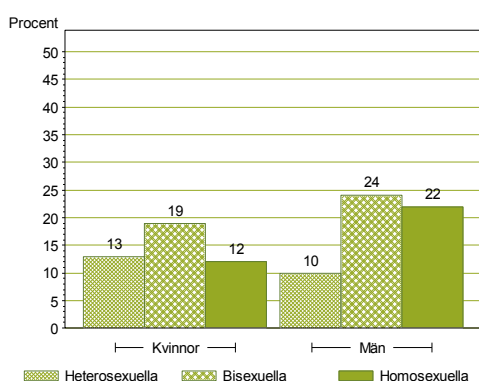
Rökning

Homo- och bisexuella män var den grupp där dagligrökning var vanligast. Bisexuella kvinnor rökte i större utsträckning än heterosexuella kvinnor. Den tydliga minskningen av andelen dagligrökare över tid bland heterosexuella personer återfanns som en trend bland homo- och bisexuella kvinnor. Bland homo- och bisexuella män återfanns dock inte denna trend.

Variabeln daglig rökning bygger på frågan: *Röker du dagligen?* Svartalternativen var *Ja* eller *Nej* på denna fråga.

Det var betydligt vanligare bland homo- och bisexuella personer att röka dagligen än bland heterosexuella personer genomgående under de aktuella åren, se diagram i bilaga 1. Den tydliga minskningen av andelen dagligrökare över tid bland heterosexuella personer, i synnerhet bland kvinnorna, återfinns även som en trend bland homo- och bisexuella kvinnor men saknas bland homo- och bisexuella män. År 2012 var andelen dagligrökare bland heterosexuella kvinnor 13 procent. Andelen för homo- och bisexuella kvinnor var 18 procent. För män var motsvarande siffror 11 procent bland heterosexuella och 22 procent bland homo- och bisexuella.

Vid sammanslagning av data för åren 2010–2012 visade det sig att hetero- och homosexuella kvinnor låg på i stort sett samma nivå när det gäller andelen dagligrökare (13 respektive 12 procent). Andelen som rökte dagligen bland de bisexuella kvinnorna var betydligt större (19 procent). Bland män var det mer än dubbelt så vanligt att röka dagligen både i den homosexuella och i den bisexuella gruppen jämfört med den heterosexuella.

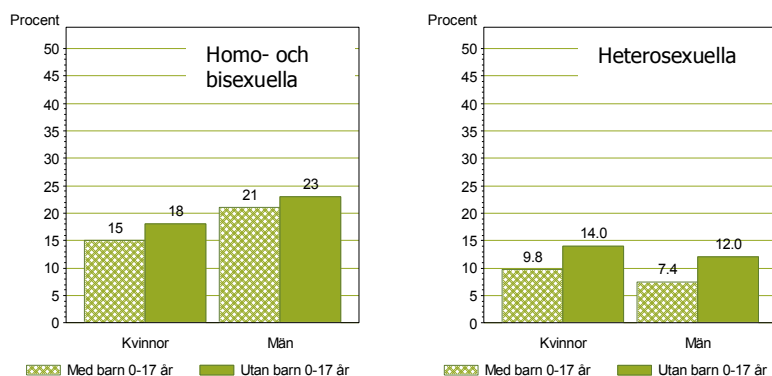


Figur 17 Andel kvinnor och män (16–64 år) som rökte dagligen, fördelat efter sexuell läggning, 2010–2012.

Uppdelning efter ålder. Homo- och bisexuella kvinnor i åldern 16–44 år rökte dagligen i större utsträckning än heterosexuella kvinnor i samma ålder. Andelen dagligrökare bland homo- och bisexuella män var större i alla åldersgrupper än andelen dagligrökare bland heterosexuella män i motsvarande åldersgrupper.

Uppdelning efter utbildning. Oavsett sexuell läggning minskade andelen dagligrökare med ökad utbildningslängd hos båda könen. Det var vanligare att röka dagligen bland homo- och bisexuella personer på alla utbildningsnivåer jämfört med heterosexuella personer.

Uppdelning efter de som bor med barn (0–17 år) och de som bor utan barn. Heterosexuella kvinnor som levde utan barn rökte dagligen i större utsträckning än heterosexuella kvinnor som levde med barn. Motsvarande mönster fanns bland de heterosexuella männen. Varken bland homo- och bisexuella kvinnor eller bland homo- och bisexuella män, kunde några signifikanta skillnader i andelen dagligrökare mellan de som bodde med barn och de som bodde utan barn påvisas.



Figur 18 Andel homo- och bisexuella kvinnor och män som röker dagligen med och utan barn (0–17 år) och andel heterosexuella kvinnor och män som röker dagligen med och utan barn (0–17 år), 2010–2012.

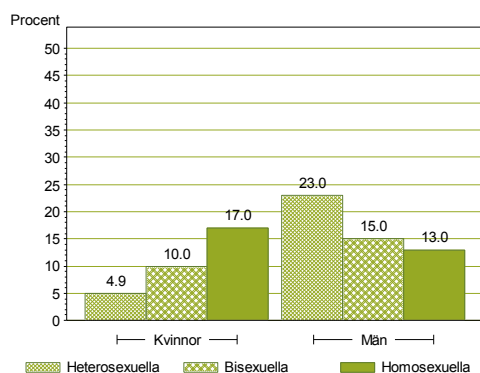
Snusning

Det var vanligast att snusa dagligen bland heterosexuella män. Bland kvinnor var det vanligast att snusa dagligen bland homosexuella kvinnor. Även bland bisexuella kvinnor var andelen dagligsnusare större än bland heterosexuella kvinnor. Andelen dagligsnusare minskade från år 2005 till år 2012 bland heterosexuella män och motsvarande tendens fanns bland homo- och bisexuella män. Bland kvinnor fanns ingen klar tidstrend i andelen snusare.

Variabeln snusning bygger på frågan: *Snusar du dagligen?* Svarsalternativen var *Ja* eller *Nej* på denna fråga.

Bland homo- och bisexuella kvinnor var det vanligare att snusa dagligen än bland heterosexuella kvinnor. Förhållandet var däremot omvänt bland män – det var mindre vanligt att snusa dagligen bland homo- och bisexuella män än bland heterosexuella män. Andel dagligsnusare bland heterosexuella män minskade från år 2005 till år 2012 (26 respektive 21 procent) motsvarande tendens fanns också bland homo- och bisexuella män (20 respektive 11 procent), se diagram i bilaga 1. Bland kvinnor fanns ingen klar tidstrend.

Vid sammanslagning av data för åren 2010–2012 visade det sig att andelen som snusar dagligen var större bland homosexuella kvinnor (17 procent) än bland bisexuella kvinnor (10 procent). Andelen dagligsnusare bland bisexuella kvinnor var i sin tur större än bland heterosexuella kvinnor (5 procent). Det var mindre vanligt att snusa dagligen bland både bi- och homosexuella män än bland heterosexuella män.



Figur 19 Andel kvinnor och män (16–64 år) som snusade dagligen, fördelat efter sexuell läggning, 2010–2012.

Uppdelning efter ålder. Med undantag för den äldsta åldersgruppen 65–84 år var det vanligare att snusa dagligen bland homo- och bisexuella kvinnor i alla åldersgrupper jämfört med heterosexuella kvinnor i motsvarande ålder. För män var förhållandet omvänt – det var bland heterosexuella vanligare att snusa dagligen jämfört med homo- och bisexuella män i samma åldersgrupp.

Uppdelning efter utbildning. Det var vanligare att snusa dagligen bland homo- och bisexuella kvinnor än bland heterosexuella kvinnor på alla utbildningsnivåer. Bland män var förhållandet omvänt, andelen dagligsnusare var lägre bland homo- och bisexuella i alla utbildningsgrupper. Skillnaden för män med mellanlång utbildning var dock inte signifikant.

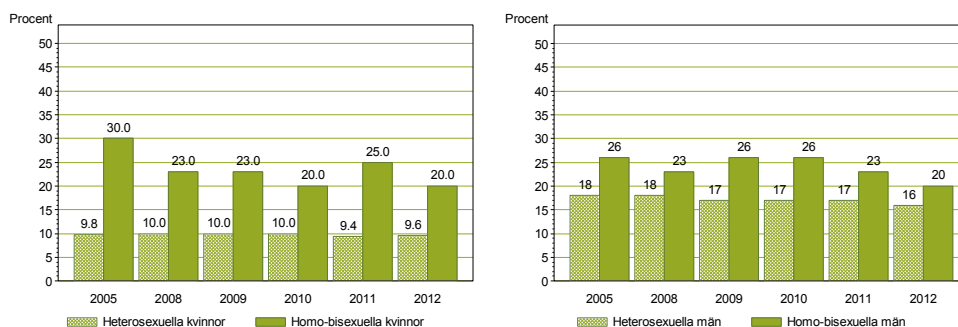
Alkohol

Det var vanligare bland homo- och bisexuella personer att ha riskabla alkoholvanor jämfört med heterosexuella personer. En tendens till minskning av andelen riskkonsumenter av alkohol mellan åren 2005 och 2012 kunde ses bland homo- och bisexuella kvinnor medan motsvarande trend inte fanns bland heterosexuella kvinnor. Även bland homo- och bisexuella män fanns en tendens till minskning av andelen riskkonsumenter av alkohol över tid, vilket medförde att skillnaden mellan homo- och bisexuella män och heterosexuella män minskade.

Riskkonsumtion av alkohol beräknas utifrån tre så kallade AUDIT-frågor som ger ett index: hur ofta och hur mycket vid ett vanligt tillfälle samt hur ofta som en större mängd druckits vid ett och samma tillfälle. Indexet kan anta värdet 0–12 och män som har 8–12 poäng och kvinnor som har 6–12 poäng klassas som riskkonsumenter. Dessutom ingår även de som varit berusade två till tre gånger i månaden eller oftare i gruppen med riskkonsumtion.

Genomgående under åren var det vanligare bland homo- och bisexuella personer att ha riskabla alkoholvanor än bland heterosexuella personer. En avtagande trend i andelen riskkonsumenter av alkohol fanns bland homo- och bisexuella kvinnor (30

procent år 2005 jämfört med 20 procent år 2012). Motsvarande trend fanns inte bland heterosexuella kvinnor (9,8 procent år 2005 jämfört med 9,6 procent år 2012). På liknade sätt minskade andelen riskkonsumenter av alkohol mer bland homo- och bisexuella män än bland heterosexuella män. Detta medför att den stora skillnaden mellan de två grupperna bland män på 8 procentenheter år 2005 har minskat till en (icke statistisk signifikant) skillnad på 4 procentenheter år 2012.



Figur 20 Andel kvinnor och män (16–64 år) som var riskkonsumenter av alkohol, fördelat efter sexuell läggning och år.

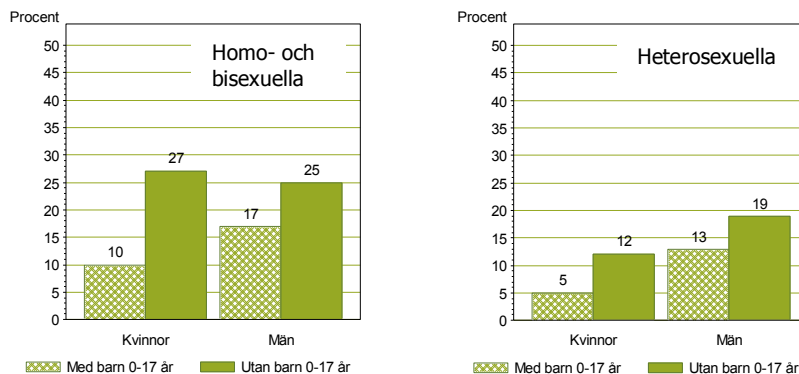
Vid sammanslagning av data för åren 2010–2012 visade det sig att andelen riskkonsumenter av alkohol var större bland bisexuella kvinnor (23 procent) än bland homosexuella kvinnor (17 procent), se diagram i bilaga 1. Det var också vanligare att vara riskkonsument av alkohol bland homosexuella kvinnor jämfört med heterosexuella kvinnor (10 procent). Både bland homosexuella (25 procent) och bland bisexuella män (22 procent) var andelen riskkonsumenter av alkohol större än bland heterosexuella män (17 procent).

Uppdelning efter ålder. Homo- och bisexuella kvinnor i åldern 16–44 år var i större utsträckning riskkonsumenter av alkohol än heterosexuella kvinnor i samma åldersgrupp. Andelen riskkonsumenter av alkohol var i åldersgruppen 30–44 år signifikant större bland homo- och bisexuella män jämfört med samma åldersgrupp bland heterosexuella män (22 respektive 16 procent).

Uppdelning efter utbildning. Det var vanligare bland homo- och bisexuella personer på alla utbildningsnivåer att vara riskkonsumenter av alkohol än bland heterosexuella personer.

Uppdelning efter de som bor med barn (0–17 år) och de som bor utan barn. Det var betydligt vanligare bland homo- och bisexuella kvinnor (27 procent) som levde utan barn att ha riskabla alkoholvanor jämfört med dem som bodde med barn (10 procent). Det fanns också en tendens till att riskabla alkoholvanor var vanligare bland homo- och bisexuella män (25 procent) som levde utan barn än bland dem som levde med barn (17 procent) men där var inte skillnaden statistiskt säkerställd. Likaså var andelen som hade riskabla alkoholvanor större bland heterosexuella kvinnor (12 procent) och män (19 procent) som levde utan barn jämfört med de som levde med barn (5 respektive 13 procent). Oavsett om man levde med eller

utan barn så var andelen med riskabla alkoholvanor större bland homo- och bisexuella jämfört med heterosexuella.



Figur 21 Andel homo- och bisexuella kvinnor och män och andel heterosexuella kvinnor och män (16–64 år) som var riskkonsumenter av alkohol, fördelat på de som bodde med och utan barn i åldern 0–17 år, 2010–2012.

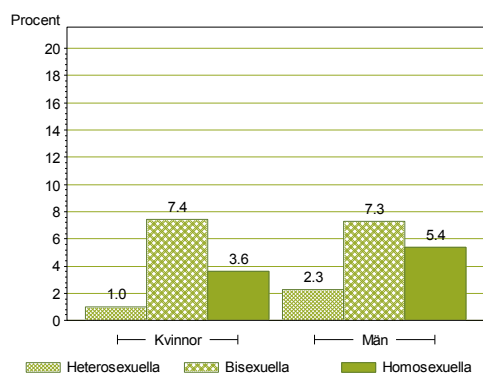
Narkotika

Det var främst yngre personer som hade använt cannabis under de senaste 12 månaderna. Bland dem var det betydligt vanligare bland homo- och bisexuella personer att använda cannabis än bland heterosexuella. En svag ökning i andelen som använde cannabis kunde skönjas mellan åren 2005 och 2012 bland heterosexuella kvinnor och män. Det fanns ingen tydlig tidstrend bland homo- och bisexuella personer.

Cannabisvanor mättes genom en fråga om respondenten någon gång använt hasch eller marijuana. Respondenten gavs möjlighet att välja mellan fyra svarsalternativ. *Nej, Ja, för mer än 12 månader sedan, Ja, under de senaste 12 månaderna* samt *Ja, under de senaste 30 dagarna*.

Homo- och bisexuella personer använde cannabis under de senaste 12 månaderna i större omfattning än heterosexuella personer genomgående under åren, se diagram i bilaga 1. En mycket svag ökning i andelen som har använt cannabis det senaste året kunde ses bland heterosexuella kvinnor och män. Ingen klar tidstrend kunde skönjas bland homo- och bisexuella kvinnor och män.

Vid sammanslagning av data för åren 2010–2012 visade det sig att bisexuella kvinnor använde cannabis under de 12 senaste månaderna i större utsträckning än både hetero- och homosexuella kvinnor. Andelen som använde cannabis var dessutom större bland homosexuella kvinnor än bland heterosexuella kvinnor. Bland männen hade en större andel homo- och bisexuella än heterosexuella använt cannabis under de 12 senaste månaderna. Det fanns ingen säkerställd skillnad mellan homosexuella och bisexuella män.

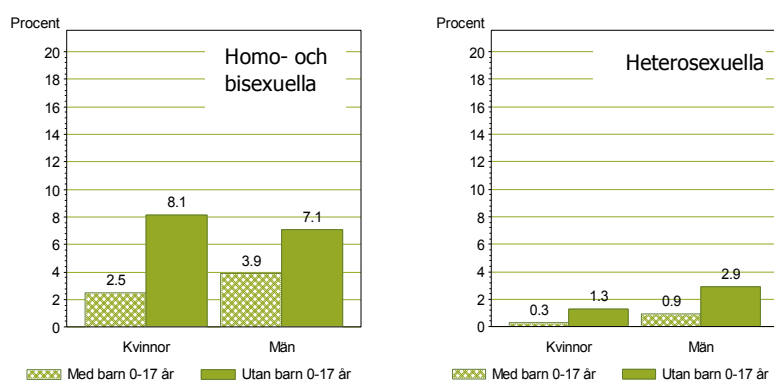


Figur 22 Andel kvinnor och män (16–64 år) som använt cannabis under de senaste 12 månaderna, fördelat efter sexuell läggning, 2010–2012.

Uppdelning efter ålder. Andelen som använt cannabis de senaste 12 månaderna minskade med stigande ålder. Det var betydligt vanligare bland homo- och bisexuella kvinnor 16–44 år än bland heterosexuella kvinnor i samma åldersgrupp att ha använt cannabis de senaste 12 månaderna. Motsvarande skillnad fanns också bland män i alla åldersgrupper med undantag för den äldsta.

Uppdelning efter utbildning. Oavsett utbildningsnivå var det vanligare bland homo- och bisexuella kvinnor att ha använt cannabis de senaste 12 månaderna än bland heterosexuella kvinnor. Andelen som använt cannabis det senaste året var större bland homo- och bisexuella män med kort och mellanlång utbildning än bland heterosexuella män på samma utbildningsnivå. Bland män med lång utbildning var denna skillnad inte signifikant.

Uppdelning efter de som bor med barn (0–17 år) och de som bor utan barn. Andelen homo- och bisexuella kvinnor (8,1 procent) som bodde utan barn hade i större utsträckning använt cannabis det senaste året än bland dem som bodde tillsammans med barn (2,5 procent). Samma tendens fanns bland männen men skillnaden för dem var inte statistiskt säkerställd (7,1 respektive 3,9 procent). Likaså var andelen som använt cannabis det senaste året större bland heterosexuella kvinnor (1,3 procent) och män (2,9 procent) som levde utan barn jämfört de som levde med barn (0,3 respektive 0,9 procent). Oavsett om man levde med eller utan barn var andelen de som använt cannabis större bland bi- och homosexuella jämfört heterosexuella.



Figur 23 Andel homo- och bisexuella kvinnor och män och andel heterosexuella kvinnor och män (16–64 år) som använt cannabis det senaste 12 månaderna, fördelat på dem som bodde med och utan barn i åldern 0–17 år, 2010–2012.

Stillasittande fritid/fysisk aktivitet

Det fanns en tendens till att homo- och bisexuella personer i större utsträckning än heterosexuella rapporterade att de hade en stillasittande fritid. Det fanns inga statistiskt säkerställda skillnader i andelen med en stillasittande fritid mellan åren 2005 och 2012 inom någon grupp av sexuell läggning vare sig bland män eller bland kvinnor.

Fysisk aktivitet mättes genom frågan *Hur mycket har du rört och ansträngt dig kroppsligt på fritiden under de senaste 12 månaderna?* Svartalternativen var *Stillasittande fritid* (Du ägnar dig mest åt läsning, TV, bio eller annan stillasittande sysselsättning på fritiden. Du promenerar cyklar eller rör på dig mindre än 2 timmar i veckan), *Måttlig motion på fritiden* (Du promenerar, cyklar eller rör dig på annat sätt under minst 2 timmar i veckan oftast utan att svettas. I detta inräknas också promenad eller cykling till och från arbetet, övriga promenader, ordinärt trädgårdsarbete, fiske, bordtennis och bowling), *Måttlig och regelbunden motion på fritiden* (Du motionerar regelbundet 1–2 gånger per vecka minst 30 minuter per gång med löpning, simning, tennis, badminton eller annan aktivitet som gör att du svettas), *Regelbunden motion och träning* (Du ägnar dig åt till exempel löpning, simning, tennis, badminton, motionsgymnastik eller liknande vid i genomsnitt minst 3 tillfällen per vecka. Vardera tillfället varar minst 30 minuter per gång). De som svarat enligt det första alternativet *'stillasittande fritid'* och de som svarat enligt det sista *'Regelbunden motion och träning'* redovisas nedan var för sig.

Homo- och bisexuella kvinnor tenderade i större utsträckning än heterosexuella kvinnor att ha en stillasittande fritid. Detta gäller dock inte för åren 2010 och 2011, där skillnaden inte var statistiskt säkerställd. Samma tendens kan man finna bland män med undantaget att skillnaden enbart var statistiskt säkerställd år 2010. Inga statistiskt signifikanta förändringar av andelen med en stillasittande fritid mellan åren 2005 och 2012 fanns inom någon grupp av sexuell läggning vare sig bland män eller bland kvinnor.

Inga skillnader i andelen som hade en stillasittande fritid kunde upptäckas vare sig mellan homo- och bisexuella kvinnor (12 respektive 13 procent) eller mellan homo- och bisexuella män (19 respektive 18 procent) när data slogs ihop för åren 2010–2012. Bisexuella kvinnor var däremot i högre utsträckning stillasittande än heterosexuella kvinnor (13 procent jämfört med 10 procent). Det var mindre vanligt med en stillasittande fritid bland heterosexuella män (13 procent) jämfört med homo- respektive bisexuella män (18 respektive 19 procent).

Uppdelning efter ålder. Det var vanligare bland homo- och bisexuella kvinnor i åldern 16–29 år och 45–64 år att ha en stillasittande fritid än bland heterosexuella kvinnor i motsvarande åldersgrupper. Andelen med en stillasittande fritid var större bland homo- och bisexuella män än bland heterosexuella män i åldersgruppen 30–64 år.

Uppdelning efter utbildning. Andelen som hade en stillasittande fritid var större bland homo- och bisexuella personer med kort eller mellanlång utbildning jämfört med heterosexuella personer på samma utbildningsnivå. För kvinnor med kort utbildning var skillnaden dock inte statistiskt säkerställd. Andelen med en stillasittande fritid minskade med ökad utbildning bland heterosexuella och samma tendens fanns också bland homo- och bisexuella.

Inga statistiskt säkerställda skillnader i andelen som motionerade eller tränade regelbundet bland homo- och bisexuella personer jämfört med heterosexuella personer kunde påvisas för något år.

Hälsoutfall

Hälsoutfall presenteras i följande ordning:

- Allmänt hälsotillstånd.
- Psykisk hälsa.
- Fysisk hälsa.
- Vårdkontakter.

Allmänt hälsotillstånd

Ett bra allmänt hälsotillstånd var vanligare bland heterosexuella personer än bland homo- och bisexuella. Omvänt var det vanligare att homo- och bisexuella personer uppgav att de hade ett dåligt allmänt hälsotillstånd än heterosexuella. Vanligast var det bland de bisexuella kvinnorna och homosexuella männen.

Bland såväl heterosexuella som homo- och bisexuella personer har de som uppgett att de har ett bra hälsotillstånd ökat sedan 2005. Bland homo- och bisexuella är ökningen dock inte statistiskt säkerställd. Ingen förändring i andelen med ett dåligt allmänt hälsotillstånd mellan åren 2005 och 2012 kunde påvisas vare sig för homo- och bisexuella män eller för homo- och bisexuella kvinnor. Det var däremot mindre vanligt med dålig hälsa bland heterosexuella personer år 2012 jämfört med år 2005.

Variabeln självskattad hälsa bygger på frågan: *Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?* De svarande gavs möjligheten att välja mellan följande svarsalternativ: *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

Ett bra hälsotillstånd var vanligare både bland män och kvinnor med heterosexuell läggning än bland homo- och bisexuella män och kvinnor, se diagram i bilaga 1. Bland heterosexuella kvinnor ökade andelen med bra hälsotillstånd från år 2005 till år 2012 (71 respektive 75 procent). Bland homo- och bisexuella kvinnor fanns en tendens till ökning (64 respektive 68 procent). Även bland heterosexuella män hade andelen med bra hälsotillstånd ökat mellan dessa år (74 respektive 77 procent) och bland homo- och bisexuella män fanns en tendens till en likartad förändring (66 respektive 71 procent).

För att få ett tillräckligt stort underlag för att kunna redovisa homo- och bisexuella personer var för sig slogs även här åren 2010–2012 samman för en nulägesbeskrivning av dessa grupper. Varken för män eller kvinnor kunde någon statistiskt säkerställd skillnad i andelen med bra allmän hälsa påvisas mellan bi- och homosexuella personer.

Uppdelning efter ålder. Med undantag för den äldsta åldersgruppen (65–84 år) var det vanligare bland heterosexuella personer att rapportera bra hälsa än bland homo- och bisexuella personer. Denna skillnad var mest påtaglig i den yngsta åldersgruppen.

Uppdelning efter utbildning. Oavsett sexuell läggning ökade andelen med bra hälsotillstånd med ökad utbildningslängd. Det var mindre vanligt med bra hälsotillstånd bland homo- och bisexuella personer än bland heterosexuella personer för dem med kort och mellanlång utbildning.

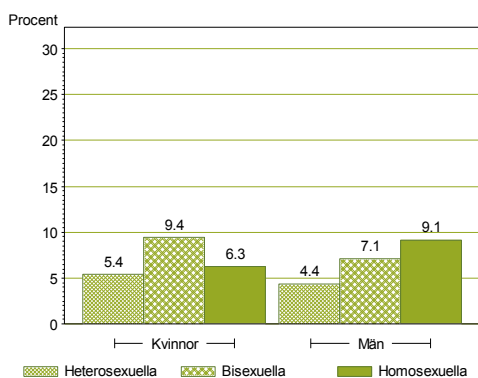
Uppdelning efter de som bor med barn (0–17 år) och de som bor utan barn.

Heterosexuella kvinnor som levde med barn hade i större utsträckning ett gott allmänt hälsotillstånd jämfört med heterosexuella kvinnor som levde utan barn. Motsvarande mönster fanns bland de heterosexuella männen. Varken bland homo- och bisexuella kvinnor eller bland homo- och bisexuella män, kunde några signifikanta skillnader i andelen med bra allmänt hälsotillstånd mellan de som bodde med barn och de som bodde utan barn påvisas.

Dåligt allmänt hälsotillstånd

Det var under alla år genomgående betydligt vanligare att homo- och bisexuella kvinnor uppgav att de hade ett dåligt allmänt hälsotillstånd jämfört mot heterosexuella kvinnor, se diagram i bilaga 1. Motsvarande tendens fanns även bland män. För kvinnor var denna skillnad dock inte statistiskt säkerställd år 2005 och för män fanns ingen statistiskt säkerställd skillnad under åren 2005 och 2012. Både bland heterosexuella män och heterosexuella kvinnor var det mindre vanligt med ett dåligt allmänt hälsotillstånd år 2012 jämfört med år 2005.

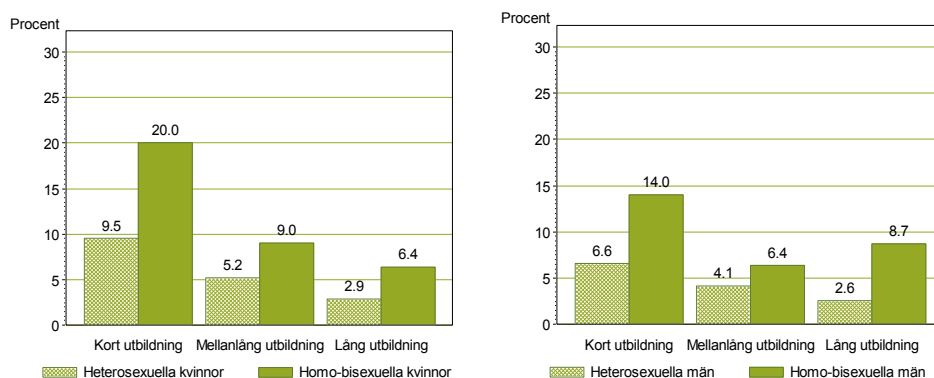
Motsvarande skillnad kunde inte påvisas varken bland homo- och bisexuella män eller bland homo- och bisexuella kvinnor. Sammanslagning av data för åren 2010 till 2012 visar att det i huvudsak var bisexuella kvinnor som stod för skillnaden i dålig hälsa jämfört med heterosexuella kvinnor. Bland män var det främst de homosexuella som stod för denna skillnad.



Figur 24 Andel kvinnor och män (16–64 år) som rapporterade dåligt allmänt hälsotillstånd, fördelat efter sexuell läggning, 2010–2012.

Uppdelning efter ålder. I alla åldersgrupper förutom den äldsta var det vanligare med ett dåligt allmänt hälsotillstånd bland homo- och bisexuella personer än bland heterosexuella personer. Denna skillnad var störst i åldersgruppen 45–64 år.

Uppdelning efter utbildning. Andelen personer med dåligt allmänt hälsotillstånd minskade med ökad utbildningsnivå. Oavsett utbildningslängd var det vanligare bland homo- och bisexuella personer med dåligt allmänt hälsotillstånd än bland heterosexuella personer. Denna skillnad var särskild påtaglig bland dem med kort utbildning.



Figur 25 Andel kvinnor och män (25–64 år) som rapporterade dåligt allmänt hälsotillstånd, fördelat efter sexuell läggning och utbildning, 2010–2012.

Uppdelning efter de som bor med barn (0–17 år) och de som bor utan barn.

Heterosexuella kvinnor som levde utan barn hade i större utsträckning ett dåligt allmänt hälsotillstånd jämfört med heterosexuella kvinnor som levde med barn. Motsvarande mönster fanns bland de heterosexuella männen. Varken bland homo- och bisexuella kvinnor eller bland homo- och bisexuella män kunde några signifikanta skillnader i andelen med dåligt allmänt hälsotillstånd mellan de som bodde med barn och de som bodde utan barn påvisas.

Psykisk hälsa

Homo- och bisexuella personer rapporterade i större utsträckning än heterosexuella att de hade en dålig psykisk hälsa. Bland dem var det genomgående bisexuella kvinnor som mådde sämst. Ingen av de indikatorer som mätte psykisk hälsa kunde påvisa någon signifikant förändring mellan år 2005 och 2012 vare sig för homo- och bisexuella män och kvinnor eller för heterosexuella män och kvinnor.

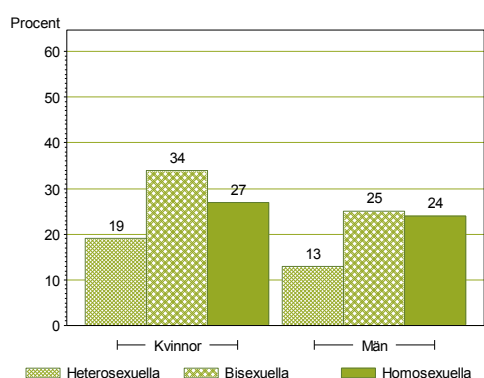
Nedsatt psykiskt välbefinnande

Självskattat psykiskt välbefinnande GHQ12 (*General Health Questionnaire*) är ett frågeinstrument som utgörs av 12 frågor som mäter psykiska reaktioner på påfrestningar snarare än psykisk ohälsa. Instrumentet är fokuserat på avbrott i den ”normala” funktionen snarare än ett livslångt karakteristikum. GHQ12 är utformat för att mäta två huvudsakliga problem: oförmåga att klara av sina ”normala” funktioner och uppkomsten av nya fenomen av ”distressing” karaktär. På var och en av de 12 frågorna ges 0 poäng för bra psykiskt välbefinnande eller 1 för dåligt psykiskt välbefinnande. Som mest kan den svarande få 12 poäng och som minst 0 poäng. Vi har här valt brytpunkten för psykiskt välbefinnande vid summan 3 poäng, vilket betyder att de som hade 0–2 poäng hade bra psykiskt välbefinnande och de som hade 3–12 poäng hade nedsatt psykiskt välbefinnande.

Det var betydligt vanligare att homo- och bisexuella kvinnor uppgav att de hade ett nedsatt psykiskt välbefinnande än bland heterosexuella kvinnor genomgående under alla år, se diagram bilaga 1. Motsvarande skillnader fanns även bland män.

Ingen statistiskt säkerställd förändring av andelen med nedsatt psykiskt välbefinnande mellan åren 2005 och 2012 kunde påvisas vare sig bland homo- och bisexuella kvinnor eller bland homo- och bisexuella män.

Sammanslagning av data för åren 2010–2012 visar att bisexuella kvinnor i högre utsträckning hade nedsatt psykiskt välbefinnande jämfört både med homo- och heterosexuella kvinnor. Andelen med nedsatt psykiskt välbefinnande var också större bland homosexuella kvinnor än bland heterosexuella kvinnor. Det fanns ingen skillnad i nedsatt psykiskt välbefinnande mellan homo- och bisexuella män och båda grupperna hade var för sig en större andel med nedsatt psykiskt välbefinnande än heterosexuella män.



Figur 26 Andel kvinnor och män (16–64 år) med nedsatt psykiskt välbefinnande(GHQ12), fördelat efter sexuell läggning, 2010–2012.

Uppdelning efter ålder. I åldersgruppen 16–64 år var det betydligt vanligare med nedsatt psykiskt välbefinnande bland homo- och bisexuella personer än bland heterosexuella personer. Skillnaden var mest påtaglig bland 16–29-åringar.

Uppdelning efter utbildning. Oavsett utbildningslängd var det vanligare bland homo- och bisexuella personer med nedsatt psykiskt välbefinnande.

Uppdelning efter de som bor med barn (0–17 år) och de som bor utan barn. Inga statistiskt säkerställda skillnader fanns i andelen med nedsatt psykiskt välbefinnande mellan de som bor med barn och de som bor utan barn i någon grupp av sexuell läggning vare sig för män eller för kvinnor.

Ängslan, oro eller ångest

De som på frågan: *Har du ängslan, oro eller ångest?* svarat *Ja, svåra besvär* redovisas här.

Det var betydligt vanligare bland homo- och bisexuella kvinnor att uppge att de hade svåra besvär av ängslan, oro eller ångest än bland heterosexuella kvinnor genomgående under alla år, se diagram i bilaga 1. Motsvarande skillnader fanns även bland män. Inga förändringar i tid inom någon av de fyra grupperna kunde påvisas för andelen med svåra besvär av ängslan, oro eller ångest.

Vid sammanslagning av data för åren 2010–2012 var andelen med svår ångslan, oro eller ångest större bland bisexuella kvinnor (18 procent) än bland homosexuella och heterosexuella kvinnor. Andelen för homosexuella kvinnor (10 procent) var också större än bland heterosexuella kvinnor (5 procent). Det var mindre vanligt bland heterosexuella män (3 procent) att rapportera svår ångslan, oro eller ångest jämfört med homo- och bisexuella män (9 respektive 11 procent).

Uppdelning efter ålder. Det är betydligt vanligare med svår ångslan oro eller ångest bland homo- och bisexuella personer än bland heterosexuella personer i alla åldersgrupper, med undantag för den äldsta. Framför allt gällde det homo- och bisexuella kvinnor i åldersgruppen 16–29 år.

Uppdelning efter utbildning Andelen med svår ångslan, oro eller ångest minskade med ökad utbildning bland heterosexuella. För homo- och bisexuella fanns det en tendens till samma samband. För samtliga utbildningsgrupper var det vanligare bland homo- och bisexuella personer med svår ångslan, oro eller ångest än bland heterosexuella personer.

Stress

De som på frågan: *Känner du dig för närvarande stressad? Med stress menas ett tillstånd då man känner sig spänd, rastlös, nervös, orolig eller okoncentrerad,* svarat *Väldigt mycket*, redovisas här.

En betydligt större andel homo- och bisexuella kvinnor kände sig mycket stressade än heterosexuella kvinnor genomgående under åren och för män fanns samma tendenser, se diagram i bilaga 1. Inga förändringar över tid inom någon av de fyra grupperna kunde påvisas för andelen som kände sig mycket stressade.

Vid sammanslagning av data för åren 2010–2012 visade det sig att det i huvudsak var de bisexuella kvinnorna (8 procent) som stod för skillnaden i andelen som kände sig mycket stressade jämfört med de heterosexuella kvinnorna (4 procent). Bland män var andelen mycket stressade i det närmaste lika för den homo- och bisexuella gruppen (5 procent) och det var vanligare att vara mycket stressad bland dem än bland heterosexuella män (2 procent).

Uppdelning efter ålder. Homo- och bisexuella personer kände sig i större utsträckning mycket stressade jämfört med heterosexuella personer, i alla åldersgrupper förutom i den äldsta.

Uppdelning efter utbildning. Det var vanligare att känna sig mycket stressad bland homo- och bisexuella personer med kort eller mellanlång utbildning än bland heterosexuella personer på samma utbildningsnivå.

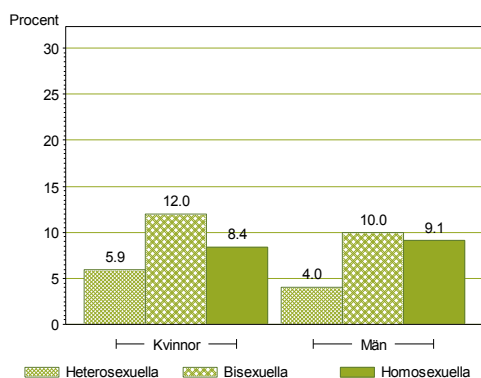
Sömnbesvär

Variabeln *sömnbesvär* bygger på en fråga där respondenterna får svara på om de haft besvär av sömnsvårigheter. Svartalnativen var *Nej, Ja, lätta besvär* samt *Ja,*

svåra besvär. De som svarade att de hade svåra besvär bedömdes i analysen ha svåra sömnbesvär.

Med undantag för år 2005 var det betydligt vanligare bland homo- och bisexuella kvinnor att ha svåra sömnbesvär än bland heterosexuella, år 2012 var det dubbelt så vanligt, se diagram i bilaga 1. Mönstret för män var likartat. År 2012 var andelen för homo- och bisexuella män 11 procent, motsvarande siffra för heterosexuella män var 4 procent. Inga statistiskt signifikanta förändringar av andelen med svåra sömnbesvär mellan åren 2005 och 2012 fanns inom någon grupp av sexuell läggning vare sig bland män eller bland kvinnor.

Vid sammanslagning av data för åren 2010 till 2012 visade det sig att det var vanligare bland bisexuella kvinnor med svåra sömnbesvär än bland heterosexuella kvinnor. Det fanns en tendens till att andelen med svåra sömnbesvär bland homosexuella kvinnor var lägre än bland bisexuella. Det var mer än dubbelt så vanligt med svåra sömnbesvär bland både homo- och bisexuella män än bland heterosexuella män.



Figur 27 Andel kvinnor och män(16–64 år) med svåra sömnbesvär, fördelat efter sexuell läggning, 2010–2012.

Uppdelning efter ålder. I åldersgruppen 16–44 år var andelen med svåra sömnbesvär större bland homo- och bisexuella kvinnor än bland heterosexuella kvinnor. En likartad tendens fanns även i åldersgruppen 45–64 år. Likaså var andelen med svåra sömnbesvär större bland homo- och bisexuella män jämfört med heterosexuella män i alla åldersgrupper, förutom i den äldsta där förhållandet var omvänt.

Uppdelning efter utbildning. Andelen kvinnor med svåra sömnbesvär var störst i den homo- och bisexuella gruppen för samtliga utbildningsnivåer, dock var skillnaden inte statistiskt säkerställd bland dem med lång utbildning. Det var mer än dubbelt så vanligt med svåra sömnbesvär bland homo- och bisexuella kvinnor jämfört med heterosexuella kvinnor i gruppen med kort utbildning. Även bland män var det vanligare med sömnsvårigheter bland de homo- och bisexuella. Detta gällde speciellt för dem med antingen kort eller lång utbildning.

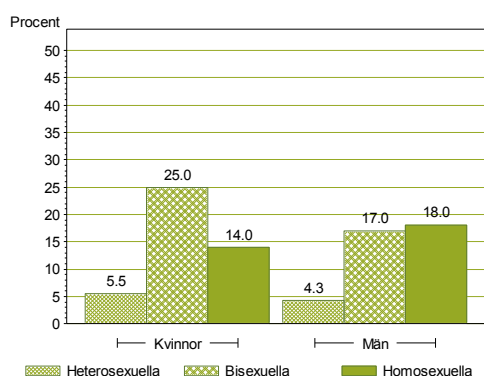
Självordstankar och självmordsförsök

År 2010 ändrades frågan om självmordstankar och självmordsförsök i enkäten. Därför redovisar vi här enbart data från perioden 2010–2012. För dessa år bygger variablerna självmordstankar respektive självmordsförsök på frågorna: *Har du någon gång under de senaste 12 månaderna kommit i den situationen att du allvarligt övervägt att ta ditt liv?* respektive *Har du någon gång under de senaste 12 månaderna försökt ta ditt liv?* Svartalternativen var: *Nej, Ja, en gång samt Ja, flera gånger*. De som svarade att de övervägt eller försökt att ta sina liv en eller flera gånger bedömdes i analysen ha haft självmordstankar respektive försökt ta sina liv.

Självordstankar

År 2012 var det mycket vanligare bland homo- och bisexuella kvinnor att uppge att de haft självmordstankar de senaste 12 månaderna jämfört med heterosexuella kvinnor (20 respektive 5,3 procent). Ett likartat mönster fanns bland män, där andelarna var 18 procent bland homo- och bisexuella män och 4,5 procent bland heterosexuella män. Inga statistiskt säkerställda förändringar i andelen över tid gick att se över tid för någon av grupperna.

Vid sammanslagning av data för åren 2010 till 2012 var andelen med självmordstankar de senaste 12 månaderna betydligt större bland bisexuella kvinnor (25 procent) än bland homosexuella kvinnor (14 procent). Andelen bland homosexuella kvinnor var i sin tur större än bland heterosexuella kvinnor (5,5 procent). Ingen skillnad kunde påvisas mellan homo- och bisexuella män, men det var fyra gånger vanligare bland dessa två grupper att ha självmordstankar än bland heterosexuella män.



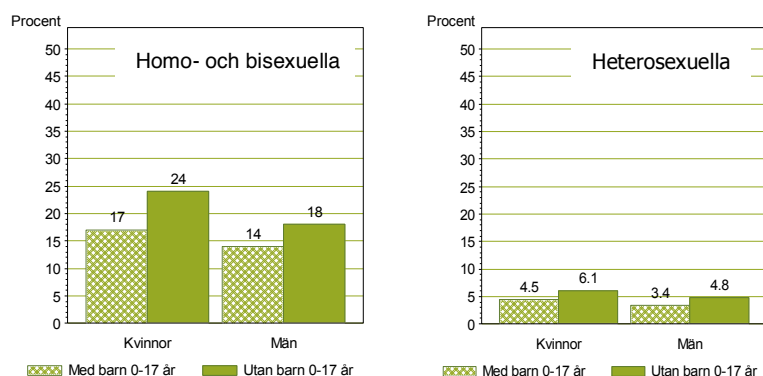
Figur 28 Andel kvinnor och män (16–64 år) som rapporterat att de någon gång under de senaste 12 månaderna haft självmordstankar, fördelat efter sexuell läggning, 2010–2012.

Uppdelning efter ålder. I alla åldersgrupper, förutom den äldsta, var andelen som haft självmordstankar de senaste 12 månaderna signifikant större bland homo- och bisexuella personer än bland heterosexuella personer. Denna skillnad var mest påtaglig i åldersgruppen 16–29 år.

Uppdelning efter utbildning. Självordstankar de senaste 12 månaderna var dubbelt så vanligt bland homo- och bisexuella personer med kort och mellanlång utbildning än bland homo- och bisexuella personer med lång utbildning. Bland heterosexuella var det också mindre vanligt med självordstankar bland personer med lång utbildning än bland personer med kort eller mellanlång utbildning. På alla utbildningsnivåer var det betydligt vanligare bland homo- och bisexuella personer att ha självordstankar än bland heterosexuella.

Uppdelning efter de som bor med barn (0–17 år) och de som bor utan barn.

Andelen som hade haft självordstankar under de 12 senaste månaderna var högre bland homo- och bisexuella kvinnor (24 procent) som inte bodde tillsammans med barn än bland dem som bodde med barn (17 procent). Samma tendens fanns bland männen men där uppnådde skillnaden inte statistisk signifikans. Likaså var andelen som rapporterade självordstankar större bland heterosexuella kvinnor (6,1 procent) och män (4,8 procent) som levde utan barn jämfört de som levde med barn (4,5 respektive 3,4 procent). Oavsett om man levde med eller utan barn var andelen med självordstankar större bland bi- och homosexuella jämfört heterosexuella.

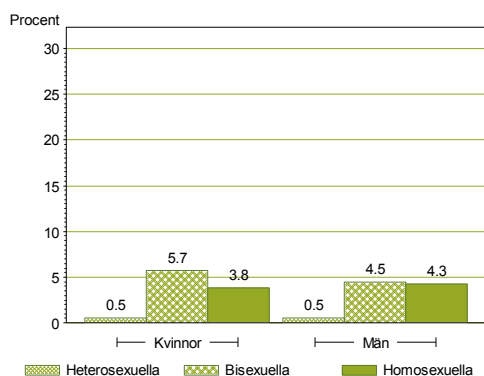


Figur 29 Andel homo- och bisexuella kvinnor och män och andel heterosexuella kvinnor och män (16–64 år) som haft självordstankar de senaste 12 månaderna, fördelat på de som bodde med och utan barn i åldern 0–17 år, 2010–2012.

Självordsförsök

År 2012 var det mycket vanligare bland homo- och bisexuella kvinnor att uppge att de försökt ta sitt liv en eller flera gånger de senaste 12 månaderna jämfört med heterosexuella kvinnor (5,9 respektive 0,6 procent). Ett likartat mönster fanns bland män, där andelarna var 3,5 procent bland homo- och bisexuella män och 0,6 procent bland heterosexuella män. Inga statistiskt säkerställda förändringar i andelen över tid gick att se över tid för någon av grupperna.

Vid sammanslagning av data för åren 2010 till 2012 visade det sig att både homo- och bisexuella kvinnor bidrog till skillnaden i andelen som försökt ta sitt liv jämfört med heterosexuella kvinnor. Det fanns dock en tendens till att andelen var större bland bisexuella än bland homosexuella kvinnor. Det var lika vanligt bland homo- som bland bisexuella män att försöka ta sitt liv.



Figur 30 Andel kvinnor och män (16–64 år) som rapporterat att de någon gång under de senaste 12 månaderna försökt ta sitt liv, fördelat efter sexuell läggning, 2010–2012.

Uppdelning efter ålder. I alla åldersgrupper, förutom den äldsta, var andelen som rapporterat att de någon gång under de senaste 12 månaderna försökt ta sitt liv signifikant större bland homo- och bisexuella personer än bland heterosexuella personer. Denna skillnad var mest påtaglig i åldersgruppen 16–29 år.

Uppdelning efter utbildning. Homo- och bisexuella personer med kort utbildning rapporterade i högre grad att de hade försökt begå självmord under de senaste 12 månaderna än homo- och bisexuella med mellanlång eller lång utbildning.

Uppdelning efter de som bor med barn (0–17 år) och de som bor utan barn. Inga statistiskt säkerställda skillnader fanns i andelen som rapporterat att de försökt begå självmord mellan de som bor med barn och de som bor utan barn i någon grupp av sexuell läggning vare sig för män eller för kvinnor.

Fysisk hälsa

Bisexuella kvinnor rapporterade i större utsträckning än heterosexuella kvinnor att de hade svår värk. Ingen skillnad i andelen med svår värk mellan de tre olika grupperna av sexuell läggning bland män kunde påvisas. Det var vanligare bland både homo- och bisexuella kvinnor att uppge att de led av någon långvarig sjukdom jämfört med heterosexuella kvinnor och det var också vanligare bland bisexuella män att rapportera att de hade någon långvarig sjukdom jämfört med heterosexuella män.

Inga statistiskt säkerställda förändringar mellan 2005 och 2012 i andelen som rapporterade långvarig sjukdom eller svår värk kunde påvisas inom någon grupp av sexuell läggning vare sig bland män eller bland kvinnor.

Värk

Variabeln värk är konstruerad utifrån de tre frågorna:

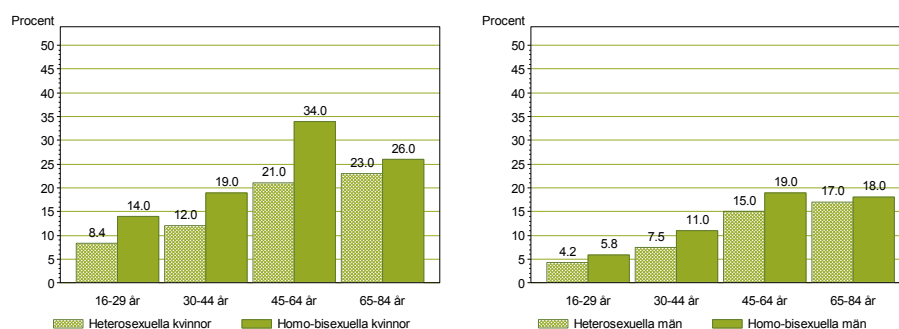
- Har du besvär av värk i skuldror, nacke eller axlar?
- Har du ryggsmärtor, ryggvärk, höftsmärtor eller ischias?
- Har du värk eller smärtor i händer, armbågar, ben eller knän?

Svarsalternativen var *Nej, Ja, lätta besvär samt Ja, svåra besvär*. De som svarade att de hade svåra besvär på minst en av dessa frågor bedömdes i analysen ha svåra besvär av värk.

Med undantag för år 2011 kunde inga signifikanta skillnader i andelen med svår värk påvisas mellan homo- och bisexuella kvinnor och heterosexuella kvinnor. Ingen skillnad fanns heller i denna indikator mellan grupperna av sexuell läggning bland män förutom under år 2008, då det var vanligare med svår värk bland homo- och bisexuella män. Inga förändringar i andelen mellan åren 2005 och 2012 fanns heller inom någon av grupperna.

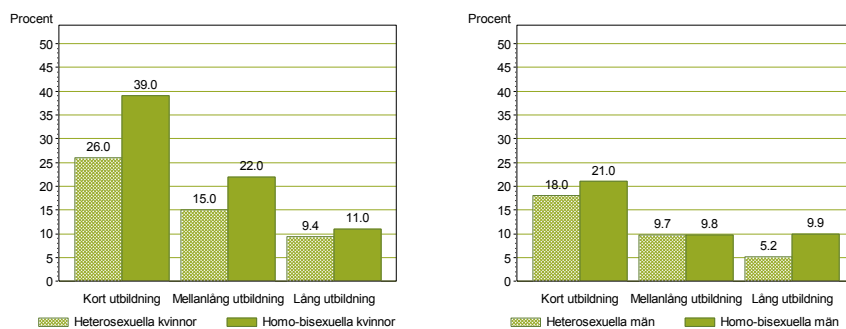
När data för åren 2010 till 2012 slogs samman visade det sig att det var vanligare med svår värk bland bisexuella kvinnor (20 procent) än bland heterosexuella kvinnor (15 procent). För homosexuella kvinnor fanns ingen säkerställd skillnad jämfört med heterosexuella eller bisexuella kvinnor. Ingen skillnad i andelen med svår värk mellan de tre olika grupperna av sexuell läggning kunde upptäckas bland män.

Uppdelning efter ålder. I alla åldersgrupper förutom i gruppen 65–84 år var andelen med svår värk större bland homo- och bisexuella kvinnor än bland heterosexuella kvinnor. Skillnaden var störst i åldersgruppen 45–64 år. Bland män kunde man inte påvisa motsvarande skillnader.



Figur 31 Andel kvinnor och män med svår värk, fördelat efter sexuell läggning och ålder, 2010–2012.

Uppdelning efter utbildning. Bland homo- och bisexuella kvinnor med kort eller mellanlång utbildning var andelen med svår värk betydligt större än bland heterosexuella kvinnor. Andelen med svår värk minskar med ökad utbildning bland heterosexuella kvinnor och män. Detta gällde även för homo- och bisexuella kvinnor. Bland homo- och bisexuella män däremot fanns det endast en skillnad mellan de med kort utbildning och de med mellanlång eller lång utbildning.



Figur 32 Andel kvinnor och män (25–64 år) med svår värk, fördelat efter sexuell läggning och utbildning, 2010–2012.

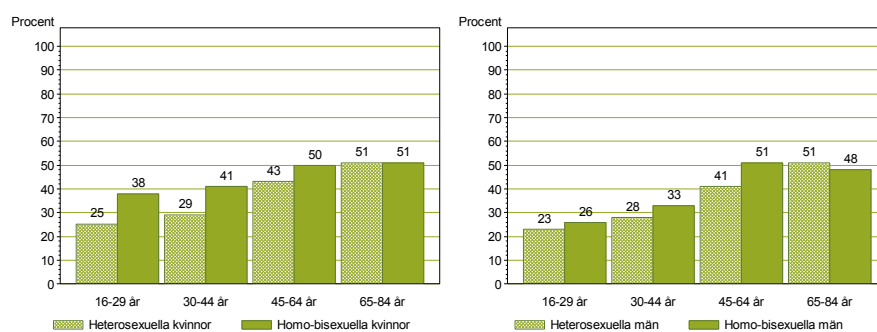
Långvarig sjukdom

Långvarig sjukdom mättes genom frågan: *Har du någon långvarig sjukdom, besvär efter olycksfall, någon nedsatt funktion eller annat långvarigt hälsoproblem?*

Det fanns en tendens hos homo- och bisexuella kvinnor att i större utsträckning rapportera att de hade långvarig sjukdom jämfört med heterosexuella kvinnor, se diagram i bilaga 1. Denna skillnad var särskild påtaglig under åren 2010 till 2012, då skillnaderna också var statistiskt säkerställda. Bland män fanns samma tendens. Inga statistiskt säkerställda förändringar i andelen med långvarig sjukdom fanns inom någon av grupperna mellan åren 2005 och 2012.

Andelen med långvarig sjukdom bland bisexuella kvinnor låg på samma nivå (41 procent) som bland homosexuella kvinnor när data från åren 2010–2012 slogs samman. Det var en signifikant högre nivå jämfört med heterosexuella kvinnor (35 procent). Det var vanligare med långvarig sjukdom bland bisexuella män (39 procent) än bland heterosexuella män (33 procent). För homosexuella män var andelen med långvarig sjukdom 35 procent. Inga signifikanta skillnader mot de två övriga grupperna kunde påvisas.

Uppdelning efter ålder. Långvarig sjukdom var vanligare bland homo- och bisexuella kvinnor jämfört med heterosexuella kvinnor i alla åldersgrupper förutom den äldsta. Endast i åldersgruppen 45–64 år var långvarig sjukdom vanligare bland homo- och bisexuella män än bland heterosexuella män.



Figur 33 Andel kvinnor och män med långvarig sjukdom, fördelat efter sexuell läggning och ålder, 2010–2012.

Uppdelning efter utbildning. Det var vanligare med långvarig sjukdom bland personer med kort utbildning oavsett sexuell läggning. Andelen med långvarig sjukdom var större bland homo- och bisexuella kvinnor med antingen kort eller lång utbildning än bland heterosexuella kvinnor på motsvarande utbildningsnivå. Bland män kunde motsvarande skillnad endast påvisas bland dem med kort utbildning.

Övervikt, fetma

Variabeln *övervikt eller fetma* mäts genom *Body Mass Index (BMI)*. BMI är ett mått konstruerat utifrån vikt och längd enligt följande formel: $BMI = \text{vikt i kg} / (\text{längd i meter})^2$. De som hade ett BMI-värde som var lika med eller högre än 25 hade övervikt eller fetma.

Inga skillnader i andelen med övervikt eller fetma mellan homo- och bisexuella kvinnor och heterosexuella kvinnor kunde påvisas. Däremot var andelen med övervikt eller fetma lägre bland homosexuella män jämfört med bi- och heterosexuella män. Bland heterosexuella kvinnor ökade andelen med övervikt och fetma under perioden från 2005 till 2012. Samma typ av ökning av andelen feta och överviktiga fanns hos de heterosexuella männen. För både homo- och bisexuella män och kvinnor varierade andelen med övervikt och fetma över tid på ett sådant sätt att det är svårt att avgöra om motsvarande tendens fanns inom dessa grupper.

Vårdkontakter

Homo- och bisexuella kvinnor rapporterade i större utsträckning än heterosexuella kvinnor att de hade haft kontakt med vården under de tre senaste månaderna. Bland män fanns en tendens till likartade skillnader. Det var även en större andel homo- och bisexuella kvinnor som varit inlagda på sjukhus jämfört med heterosexuella kvinnor. Bland män fanns inga statistiskt säkerställda skillnader.

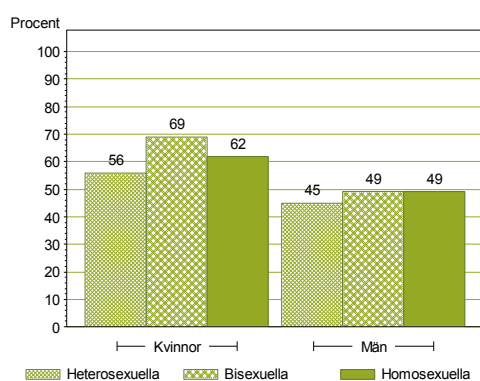
Vårdkontakt

För att mäta vårdutnyttjande ställdes en fråga där den svarande fick uppge om denne under de senaste tre månaderna besökt eller besökts av följande vårdgivare: läkare på sjukhus, läkare på vårdcentral samt privat- eller företagsläkare, distriktssköterska, ungdomsmottagning, kurator, psykolog, sjukgymnast, naprapat, kiropraktor eller homeopat och om de varit inlagda på sjukhus. Det gavs tre svarsalternativ: *Nej, Ja, en gång* samt *Ja, flera gånger*. De som svarade att de besökt/besökts en eller flera gånger redovisas här.

Andelen homo- och bisexuella kvinnor som haft kontakt med vården under de tre senaste månaderna var genomgående högre under alla år jämfört med andelen bland heterosexuella kvinnor, se diagram i bilaga 1. År 2012 var andelarna 69 respektive 57 procent. Bland män fanns en tendens till likartade skillnader som

dock bara var statistiskt säkerställda under åren 2008 och 2012. År 2012 var andelen för homo- och bisexuella män 54 procent och för heterosexuella män 46 procent. En svag ökning av andelen som haft kontakt med vården kan ses mellan åren 2005 och 2012 bland heterosexuella kvinnor och män. Ingen klar tidstrend i andelen som haft kontakt med vården kunde skönjas bland homo- och bisexuella kvinnor och män.

När data för åren 2010 till 2012 slogs samman visade det sig att det var vanligare både bland homosexuella kvinnor och bland bisexuella kvinnor att ha kontakt med vården än bland heterosexuella kvinnor. Det fanns en tendens bland heterosexuella män att i mindre utsträckning söka vård än bland homo- respektive bisexuella män.



Figur 34 Andel kvinnor och män (16–64 år) som haft kontakt med vården under de tre senaste månaderna, fördelat efter sexuell läggning, 2010–2012.

Uppdelning efter ålder. Det var vanligare bland homo- och bisexuella kvinnor att ha kontakt med vården än bland heterosexuella kvinnor i alla åldersgrupper, med undantag för gruppen 65–84 år. Det var också vanligare bland homo- och bisexuella män i åldersgrupperna 16–29 år och 45–64 år att ha kontakt med vården än bland heterosexuella i samma ålder.

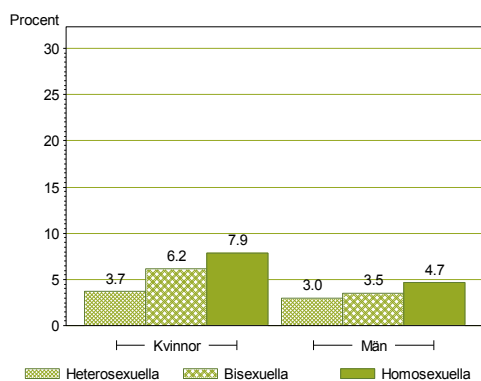
Uppdelning efter utbildning. Andelen som haft vårdkontakt var större bland homo- och bisexuella kvinnor än bland heterosexuella kvinnor i alla utbildningsgrupper. Samma tendens fanns bland män även om skillnaderna där inte var statistiskt säkerställda.

Det var vanligare att homo- och bisexuella kvinnor besökte läkare på sjukhus och vårdcentral, distriktsköterska, kurator och psykolog jämfört med heterosexuella kvinnor. Homo- och bisexuella män besökte läkare på sjukhus, kurator och psykolog i större utsträckning än heterosexuella män.

Inlagd på sjukhus

Åren 2010 och 2011 var det vanligare bland homo- och bisexuella kvinnor att vara inlagd på sjukhus någon gång under de tre senaste månaderna än bland heterosexuella kvinnor. Under övriga år fanns det inga statistiskt säkerställda skillnader mellan homo- och bisexuella personer och heterosexuella personer vare sig bland män eller bland kvinnor.

Sammanslagning av data för åren 2010–2012 visar att både homo- och bisexuella kvinnor i större utsträckning varit inlagda på sjukhus än heterosexuella kvinnor. Bland män fanns inga statistiskt säkerställda skillnader.



Figur 35 Andel kvinnor och män (16–64 år) som varit inlagd på sjukhus någon gång under de tre senaste månaderna, fördelat efter sexuell läggning, 2010–2012.

Uppdelning efter ålder. Det var vanligare bland homo- och bisexuella kvinnor i åldern 16–64 år att vara inlagt på sjukhus någon gång under de tre senaste månaderna än bland heterosexuella kvinnor i motsvarande ålder. Bland män fanns inga statistiskt säkerställda skillnader.

Uppdelning efter utbildning. Det var vanligare bland homo- och bisexuella kvinnor med mellanlång utbildning att ha varit inlagd på sjukhus än bland heterosexuella kvinnor på samma utbildningsnivå. Samma tendens fanns även bland kvinnor med kort utbildning. Bland män fanns inga statistiskt säkerställda skillnader.

Kapitel 5. Diskussion

Regeringsuppdraget, som är upprinnelsen till denna rapport, innehåller viktiga uppmaningar att ta fram befintlig kunskap kring hbt-gruppens livsvillkor, levnadsvanor och hälsa. Av skäl som tidigare nämnts kan inte alla aspekter av uppdraget redovisas, mot bakgrund av att det inte finns tillräcklig information att tillgå om gruppen transpersoner. Inte heller kan det befintliga kunskapsunderlaget bidra till förståelse för homo- och bisexuella personers upplevda livssituation på grund av materialets kvantitativa begränsningar.

Det är också viktigt att lyfta fram att information kring sexuell hälsa och hiv bland homo- och bisexuella personer saknas. Det är en begränsning i redovisningen. Redovisningen tar inte heller upp betydelsen av sexuella tjänster kopplat till ohälsa vilket kan leda till riskutsatthet.

Trots de begränsningar som angivits ovan är förhoppningen att de resultat som redovisas i denna rapport dels kan ge ett underlag för preventiva samhällsinsatser i dagsläget och dels kan ge en vägledning för fortsatt kunskapsutveckling. Även om effekten av prevention på olika nivåer och nya forskningsuppdrag låter vänta på sig är den offentliga diskussionen kring denna rapport viktig. Rapporten kan också förhoppningsvis stärka och inspirera det hälsofrämjande arbete som redan pågår i kommuner, landsting och olika organisationer.

Rapporten visar att det finns en stor ohälsa bland homo- och bisexuella personer. Innan vi går in på detta bör det poängteras att majoriteten av homo- och bisexuella personer uppfattar att de har ett bra eller ett mycket bra allmänt hälsotillstånd. Det är ett genomgående resultat för de år rapporten omfattar. Detta är viktigt att komma ihåg av framför allt två skäl. För det första är det viktigt för hur majoritetssamhället uppfattar homo- och bisexuella personer i allmänhet och att den sjukdoms- eller ohälsostämpel som funnits och fortfarande kan finnas bestrids. En stigmatisering av homo- och bisexuella personer på gruppnivå kan också påverka enskilda personers självuppfattning och försvåra utvecklingen av en positiv gruppidentitet vilket i sig visat sig vara hälsofrämjande. För det andra inspirerar detta resultat till att fördjupa kunskapen kring omständigheter som gör att homo- och bisexuella personer mår bra, *trots* de heteronormer de är uppväxta i och lever bland. Forskning med den inriktningen är hittills inte så vanligt förekommande och skulle behöva utvecklas betydligt.

Denna rapport omfattar resultat om den självrapporterade ohälsa och den utsatthet som en del homo- och bisexuella personer uppper och som är en återkommande och viktig skillnad jämfört med heterosexuella personers erfarenheter. Denna skillnad har samhällsleliga implikationer och utgör ett viktigt underlag i arbetet för förändring på såväl individ- som på grupp- och strukturell nivå.

Analys av homo- och bisexuella människor bör självfallet göras utifrån ett intersektionellt perspektiv. Kön, klass, ras, etnicitet samt religion eller trosuppfattning torde påverka såväl den egna självförståelsen som omgivningens

och samhällets förhållningssätt till det som i olika grad upplevs som normbrott, tolkat i relation till individens positioner i olika strukturer.

Sexuell läggning (homo-, bi- och heterosexuell) utgör således en bakgrundsvariabel för en rad omständigheter som är kopplade till vilka möjligheter som finns till en god hälsa men även risk för ohälsa och utsatthet. Kön (man eller kvinna) är en i många sammanhang minst lika viktig bakgrundsvariabel. Detsamma gäller ålder och utbildningsnivå. Dessa olika variabler påverkar inte bara hälsoutfallet var och en för sig utan samverkar på komplexa vis. Till exempel verkar bakgrundsvariablerna kön och sexuell läggning samverka när det gäller rädslan att gå ut liksom erfarenhet av våld på allmän plats. Om man dessutom lägger till ålder blir det tydligt att denna typ av våld främst drabbar unga homo- och bisexuella kvinnor och män.

Eftersom heterosexuella personer är i stor majoritet i nationella folkhälsoenkäten är dessa olika bakgrundsvariabler och deras relation till hälsoutfall tydligare. När det gäller den numerärt mindre gruppen homo- och bisexuella personer blir resultaten mer osäkra och det blir svårare att uttala sig om skillnader inom gruppen, vilket är beskrivet i resultatredovisningen. Här behövs kompletterande forskningsmetoder, till exempel enskilda intervjuer, fokusgruppdiskussioner, riktade enkäter, enkäter med specifika och väl testade frågebatterier och registerstudier, vilka alla skulle kunna bidra till förståelsen av hur dessa komplexa bakgrundsvariabler samverkar och bidrar till ohälsa.

Det allmänna hälsotillståndet

Ett bra allmänt hälsotillstånd är vanligare bland heterosexuella än bland homo- och bisexuella. I båda grupperna har de som uppger att de har ett bra hälsotillstånd ökat sedan år 2005. Bland homo- och bisexuella är ökningen dock inte statistiskt säkerställd, något som kan bero på att antalet svarande är för få för att kunna dra några säkra slutsatser. På motsvarande sätt är det också vanligare att homo- och bisexuella personer uppger att de har ett dåligt allmänt hälsotillstånd jämfört med heterosexuella.

Någon förklaring till denna skillnad mellan homo- och bisexuella personer jämfört med heterosexuella kan inte ges utifrån nationella folkhälsoenkätens material. Men enkätfrågan i sig är viktig att ställa. Den har använts i många stora studier och låg självrapporterad hälsa har visat sig kunna förutsäga sjukdom och ohälsa och genom att återkommande ställa frågan synliggörs också förändringar över tid. Det är dock viktigt att komma ihåg att självrapporterad hälsa är en upplevelse och en bedömning av den egna hälsan och således inte liktydigt med sjukdom i medicinsk bemärkelse.

Siffrorna visar även att homo- och bisexuella personer i större utsträckning än heterosexuella uppger att de har ett nedsatt psykiskt välbefinnande. Även självmordstankar, självmordsförsök, sömnbesvär samt besvär av ångslan, oro eller ångest är vanligare bland homo- och bisexuella personer jämfört med heterosexuella.

Varför har då homo- och bisexuella personer, trots inkluderande lagstiftning, ökad massmedial uppmärksamhet och allt det preventiva arbete som faktiskt pågår, sämre självrapporterad hälsa än heterosexuella personer? Det kan vara rimligt att hävda att ett normkritiskt arbete behöver lång tid för att påverka samhällets djupt liggande heteronormer och de värderingar som är kopplade till dessa.

Heteronormerna ger i sin tur upphov till och legitimerar diskriminering och homofobi med konsekvenser för utsatta gruppers hälsa. Resultaten från rapporten, som bland annat visar att kränkande behandling eller bemötande, utsatthet för våld och hot om våld fortfarande är en påtaglig del av homo- och bisexuella personers vardag, kan förstås på detta sätt.

Levnadsvanor och livsvillkor påverkar såväl den fysiska som den psykiska hälsan hos en individ. Sett till levnadsvanor är det betydligt vanligare bland homo- och bisexuella än bland heterosexuella personer att röka dagligen, att ha använt cannabis under de senaste 12 månaderna och att ha riskabla alkoholvanor. En avtagande trend i andelen riskkonsumenter av alkohol finns dock bland homo- och bisexuella. Bland männen har det medfört att skillnaden mellan de två grupperna av sexuell läggning har minskat från 8 procentenheter år 2005 till en (icke statistisk signifikant) skillnad på 4 procentenheter år 2012. Det finns även en tendens till att homo- och bisexuella i större utsträckning än heterosexuella rapporterar en stillasittande fritid.

När det gäller livsvillkor kan det bland annat noteras att heterosexuella yrkesarbetar i större utsträckning än homo- och bisexuella. Andelen som studerar är högre bland homo- och bisexuella än bland heterosexuella och det är vanligare att vara arbetslös bland homo- och bisexuella jämfört med heterosexuella. Det är därtill vanligare bland homo- och bisexuella personer att sakna kontantmarginal eller att befinna sig i ekonomisk kris än det är bland heterosexuella. Andelen som saknar emotionellt respektive praktiskt stöd är också större i den homo- och bisexuella gruppen än i den heterosexuella.

Som nämnts ovan visar denna rapport på att kränkande behandling eller bemötande, utsatthet för fysiskt våld och hot om våld är en påtaglig del av homo- och bisexuella personers vardag och att detta kan vara av betydelse för hälsan. Detta diskuteras i mer detalj i följande text nedan.

Utsatthet för diskriminering och våld på allmän plats

Homo- och bisexuella personer upplever sig mer utsatta för kränkande behandling och/eller bemötande jämfört med heterosexuella personer. Detta gäller genomgående i alla åldrar. Erfarenheter av kränkning kan också påverka förtroendet för olika samhällsinstanser. Dessutom upplever sig kvinnor i allmänhet mer utsatta än män och detta gäller framför allt gruppen unga homo- och bisexuella kvinnor. Någon tydlig förändring mellan de två tidsperioderna (2005 och 2012) går inte att se för den senare gruppen.

Unga män i allmänhet rapporterar mer utsatthet för våld på allmän plats jämfört med unga kvinnor. I den senare gruppen rapporterar unga bisexuella kvinnor en högre förekomst av utsatthet för våld på allmän plats än såväl homo- som heterosexuella kvinnor. Dessa erfarenheter kan påverka beteendet och rädslan för överfall eller annat ofredande och innebär att framför allt kvinnor avstår från att gå ut ensamma. Bland kvinnorna är det vanligare bland bisexuella att avstå från att gå ut ensamma än bland heterosexuella. Både bi- och homosexuella män avstår i större utsträckning än heterosexuella män att gå ut ensamma på grund av rädsla.

Det finns behov av ett brett spektrum av preventiva åtgärder för att förändra såväl heteronormer som sexistiska normer som de kommer till uttryck till exempel i bemötande inom hälso- och sjukvård, socialtjänst etc. Även preventiva åtgärder på strukturell nivå bör utvecklas, exempelvis tillgänglighet till hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder anpassade efter hbt-personers behov, men även tillgång till arbete, utbildning och olika typer av inflytande och delaktighet i samhället utan att behöva riskera diskriminering. Våldsutsattheten innebär behov av särskilda åtgärder för att skapa trygga miljöer för både kvinnor och män.

Våld i samkönade relationer

Utsatthet för våld i nära och/eller samkönade relationer är i studien avgränsad till frågor om erfarenhet av våld i hemmet eller i annans bostad. Här har homo- och bisexuella personer mer erfarenhet av detta jämfört med heterosexuella personer. Detta gäller framför allt unga bisexuella kvinnor.

Transpersoner omfattas som nämnts inte i denna redovisning och kommer att redovisas i slutredovisningen av uppdraget senast 1 juni 2015. För att få en såväl fördjupad som bredare kunskap om våld i samkönade och transpersoners parrelationer bör studier som initieras av myndigheter och andra och som undersöker våld i nära relationer även inkludera frågor om sexuell läggning (orientering) samt könsuttryck. På det viset kan kunskap genereras vad avser omfattningen av problemet och eventuella särdrag hos gruppen. En sådan kunskap kan påverka enskilda brottsoffers möjligheter att få ett kompetent och korrekt stöd och minska upplevelsen av att gruppen är diskriminerad och osynliggjord på strukturell nivå.

En förutsättning för att kunna synliggöra mörkertalet när det gäller våld i nära relationer är att det blir möjligt att registrera dessa brott även för samkönade och transpersoner. Då blir våldet också synligt i anmälningsstatistiken.

En annan förutsättning är att gruppen och olika grupp-specifika mekanismer synliggörs i dokument om hur våldet ska stävjas och hur brottsoffren ska bemötas. Grupp-specifika mekanismer för gruppen homo- och bisexuella personer är de mekanismer som har sin grund i heteronormativitet och homofobi och som gör att det finns ytterligare specifika hinder när de söker stöd. Det är viktigt att hbt-personer lyfts fram som en utsatt grupp för våld i nära relationer då det visat sig att personer på den individuella nivån inte alltid förstår eller har namn på vad de är utsatta för. Därmed anmäler de varken brottet eller söker hjälp och stöd, vilket på

sikt kan leda till sämre hälsa. Ett lägre förtroende för samhällets hjälpinsatser kan också minska viljan att rapportera/söka hjälp.

Unga bisexuella kvinnor

Den grupp som enligt rapporten har minst tillit till andra människor, uppvisar mest ohälsa, upplever mest våld och har mest självdestruktivt beteende är unga bisexuella kvinnor. Detta är ett genomgående och därför slående resultat som måste tas på stort allvar, inte minst därför att det också bekräftar vad andra studier kommit fram till.

Hela gruppen homo- och bisexuella unga personer har flera gemensamma och utmanande omständigheter att förhålla sig till. I grunden handlar det om en mångårig (sexuell) identitetsutveckling som kan försvåras av brist på förebilder, en heteronormativ eller homofob ursprungsfamilj eller omgivning såsom skolmiljö och fritidsverksamheter. Den egna komma-ut-processen och självuppfattningen kan påverkas negativt samtidigt som risken för trakasserier, diskriminering och våld ökar. Det för unga individer viktiga stödet från föräldrar kan svikta. Unga bisexuella personer kan också i högre grad än homosexuella sakna trygga platser att vara på eller sociala sammanhang att tillhöra eftersom identiteten som bisexuell inte varit lika självklart identitetsskapande som den som homosexuell. Den bisexuella identiteten kan också ifrågasättas och likställas med en omogen eller osäker identitetsutveckling vilket kan påverka självuppfattningen negativt hos en ung person. Slutligen kan en del av dem som i denna rapport valt alternativet bisexuell rymma ett brett spektrum av personer, alltifrån dem som verkligen känner sig säkra på sin bisexuella identitet till de som uppfattar sig som queer eller transpersoner. Transpersoner har i många studier visat sig ha den sämsta hälsan av alla.

När det gäller hälsa, utsatthet för våld och självdestruktivt beteende, är även kön av betydelse i gruppen unga bisexuella. Vad är det då som gör att unga bisexuella kvinnor är så utsatta? Detta finns det inget svar på i denna undersökning, men vi kan ställa några grundläggande frågor som till exempel vilka omständigheter som är viktiga för att unga bisexuella kvinnor ska må bra?

Frågorna kan bli många fler och behöver utvecklas för att kunna bygga en mer systematisk förståelse av levnadsvillkoren och hälsofrämjande faktorer för såväl unga bisexuella kvinnor som för hela den bisexuella gruppen.

Slutord

Det övergripande nationella folkhälsomålet att skapa samhällsliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen är särskilt angeläget för de grupper som har en sämre hälsa eller sämre förutsättningar för en god hälsa. Homo- och bisexuella personer har i allmänhet en sämre hälsa, särskilt sämre psykisk hälsa, än heterosexuella. Om du är homo- och/eller bisexuell är det också betydligt vanligare att utsättas för kränkande behandling, bemötande och utsättas för fysiskt våld och hot om våld.

Det kan dock konstateras att ett växande kunskapsområde om homo- och bisexuella personers hälsa visar att de flesta mår bra. En positiv samhällsutveckling med alltmer inkluderande lagstiftning, en rad olika preventiva insatser och en ökad medvetenhet om normer och mänskliga rättigheter har givetvis bidragit till denna utveckling.

Men homo- och bisexuella personer har också erfarenheter av att övervinna hinder och utveckla hälsofrämjande strategier på en mer individuell nivå eller gruppnivå och forskningsinsatser med fokus på sådana strategier skulle vara av stort intresse. Samtidigt är det nödvändigt att fördjupa kunskapen kring dem som inte mår bra, dels för att möjliggöra riktade preventiva insatser och dels kunna erbjuda en adekvat vård. Som framgår av denna rapport är detta en mycket angelägen och brådskande uppgift.

Även om de flesta homo- och bisexuella personer har en god hälsa kan det inte bortses från att det finns systematiska skillnader i den självupplevda hälsan jämfört med befolkningen i sin helhet. Dessa skillnader i hälsa är oacceptabla. För att uppnå en förändring och för att arbeta mot det nationella folkhälsomålet krävs därför åtgärder som omfattar olika nivåer i samhället, från individen och gruppen till strukturella faktorer. En viktig slutsats är att det finns behov av fördjupade studier om effektiva hälsofrämjande och förebyggande åtgärder bland homo- och bisexuella personer. Sådan kunskap är väsentlig för att nå det övergripande nationella folkhälsomålet att skapa samhällsliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen.

Referenser

1. Alm, E., & Westerståhl, A. (2011). Sexuell orientering. I L. Weibull, H. Oskarsson & A. Bergström (Red.), *I framtidens skugga: 42 kapitel om politik, massmedia och samhälle* (ss. 557–570). Göteborg: Tryckteam AB.
2. Bromseth, J., & Ambjörnsson, F. (2010). När du gifter dig och får barn: Om ålder, heteronormativitet och genus. I F. Ambjörnsson & M. Jönsson (Red.), *Livslinjer: Berättelser om ålder, genus och sexualitet* (ss. 204–232). Göteborg: Makadam.
3. Bromseth, J., & Siverskog, A. (Red.). (2013). *LHBTQ-personer och åldrande: Nordiska perspektiv*. Malmö: Studentlitteratur.
4. Brottsförebyggande rådet. (2013). Hatbrott. Hämtad 2013-10-29, 2013, från <http://www.bra.se/bra/brott--statistik/statistik/hatbrott.html>.
5. Butler, J. (1990). *Gender trouble: Feminism and the subversion of identity*. New York: Routledge.
6. Cardom, R., Rostosky, S., & Danner, F. (2013). Does "it get better" for depressed sexual minority youth in young adulthood? *Journal of Adolescent Health, 53*(5), 671–673.
7. Chakraborty, A., McManus, S., Brugha, T. S., Bebbington, P., & King, M. (2011). Mental health of the non-heterosexual population of England. *British Journal of Psychiatry, 198*(2), 143–148.
8. Cochran, S. D., & Mays, V. M. (2007). Physical health complaints among lesbians, gay men, and bisexual and homosexually experienced heterosexual individuals: Results from the California Quality of Life Survey. *American Journal of Public Health, 97*(11), 2048–2055.
9. Cochran, S. D., Mays, V. M., & Sullivan, J. G. (2003). Prevalence of mental disorders, psychological distress, and mental health services use among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(1), 53–61.
10. Dahan, R., Feldman, R., & Hermoni, D. (2008). Is patients' sexual orientation a blind spot of family physicians? *Journal of Homosexuality, 55*(3), 524–532.
11. Dahl, U., & Tiby, E. (2005). *"Det viktigaste är inte vad extremisterna tycker utan vad den stora majoriteten gör": Från hatbrott och homofobi till heteronormativitet och intersektionalitet: En kunskapsinventering och situering av forskning*. Stockholm: Forum för levande historia & Ombudsmannen mot diskriminering på grund av sexuell läggning (HomO).
12. Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1992). *Policies and strategies to promote social equity in health: Background document to WHO - Strategy paper for Europe*. Copenhagen: World Health Organization.
13. Diskrimineringsombudsmannen. (2013). Ordlista. Hämtad 2013-11-27, från <http://www.do.se/sv/fakta/ordlista/>.
14. European Union Agency for Fundamental Rights. (2013). *European Union lesbian, gay, bisexual and transgender survey*. Luxembourg: European Union Agency for Fundamental Rights.
15. Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Beautrais, A. L. (1999). Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people? *Archives of General Psychiatry, 56*(10), 876–880.
16. Fergusson, D. M., Horwood, L. J., Ridder, E. M., & Beautrais, A. L. (2005). Sexual orientation and mental health in a birth cohort of young adults. *Psychological Medicine, 35*(7), 971–981.
17. Finneran, C., & Stephenson, R. (2013). Intimate partner violence among men who have sex with men: A systematic review. *Trauma, Violence & Abuse, 14*(2), 168–185.
18. Frykman, J. (Ed.). (2006). *Diskriminering - ett hot mot folkhälsan: Slutrapport från projektet Diskriminering och hälsa*. Stockholm: Ombudsmannen mot etnisk diskriminering & Statens folkhälsoinstitut.

19. Goldberg, D. P., Gater, R., Sartorius, N., Ustun, T. B., Piccinelli, M., Gureje, O., & Rutter, C. (1997). The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychological Medicine*, *27*(1), 191–197.
20. Hardesty, J. L., Oswald, R. F., Khaw, L., & Fonseca, C. (2011). Lesbian/bisexual mothers and intimate partner violence: Help seeking in the context of social and legal vulnerability. *Violence Against Women*, *17*(1), 28–46.
21. Hatzenbuehler, M. L., & Keyes, K. M. (2013). Inclusive anti-bullying policies and reduced risk of suicide attempts in lesbian and gay youth. *Journal of Adolescent Health*, *53*(1 Suppl), 21–26.
22. Hatzenbuehler, M. L., Keyes, K. M., & Hasin, D. S. (2009). State-level policies and psychiatric morbidity in lesbian, gay, and bisexual populations. *American Journal of Public Health*, *99*(12), 2275–2281.
23. Hatzenbuehler, M. L., Phelan, J. C., & Link, B. G. (2013). Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. *American Journal of Public Health*, *103*(5), 813–821.
24. Hegna, K., Kristiansen, H. W., & Moseng, B. U. (1999). Levekår og livskvalitet blant lesbiske kvinner og homofile menn. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA).
25. Hester, M., & Donovan, C. (2009). Researching domestic violence in same-sex relationships: A feminist epistemological approach to survey development. *Journal of Lesbian Studies*, *13*(2), 161–173.
26. Hoffman, N. D., Freeman, K., & Swann, S. (2009). Healthcare preferences of lesbian, gay, bisexual, transgender and questioning youth. *Journal of Adolescent Health*, *45*(3), 222–229.
27. Holmberg, C., Stjernqvist, U., & Sörensen, E. (2005). Våldsamt lika och olika: Om våld i samkönade parrelationer. Stockholm: Stockholms universitet, Centrum för Genusstudier.
28. Katz-Wise, S. L., & Hyde, J. S. (2012). Victimization experiences of lesbian, gay, and bisexual individuals: A meta-analysis. *Journal of Sex Research*, *49*(2–3), 142–167.
29. Kertzner, R. M., Meyer, I. H., Frost, D. M., & Stirratt, M. J. (2009). Social and psychological well-being in lesbians, gay men, and bisexuals: The effects of race, gender, age, and sexual identity. *American Journal of Orthopsychiatry*, *79*(4), 500–510.
30. King, M., Semlyen, J., Tai, S. S., Killaspy, H., Osborn, D., Popelyuk, D., & Nazareth, I. (2008). A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry*, *8*, 70.
31. Knutagård, H. (2009). "men du har ju blivit våldtagen": Om våldtagna mäns ordlöshet. Malmö: SRHR, Socialmedicinska enheten, Universitetssjukhuset MAS.
32. Krieger, N. (1999). Embodying inequality: A review of concepts, measures, and methods for studying health consequences of discrimination. *International Journal of Health Services*, *29*(2), 295–352.
33. Krieger, N., Smith, K., Naishadham, D., Hartman, C., & Barbeau, E. M. (2005). Experiences of discrimination: Validity and reliability of a self-report measure for population health research on racism and health. *Social Science & Medicine*, *61*(7), 1576–1596.
34. Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B., & Lozano, R. (Red.). (2002). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization.
35. Krug, E. G., & World Health Organization. (2002). World report on violence and health. Översättning av definitionen av Landstinget Sörmland. Hämtad 2013-10-29, från <http://www.landstingetsormland.se/extra-ingang/Samarbetspartners/Projekt-och-uppdrag/Vald-i-nara-relationer/Kunskapsöversikt/Vad-ar-vald/>.

36. Kulick, D. (2004). Queerteori, performativitet och heteronormativitet: Några grundläggande begrepp. I C. Olsson & A.-C. Olsson (Red.), *I den akademiska garderoben* (ss. 21–35). Stockholm: Atlas.
37. Lewis, N. M. (2009). Mental health in sexual minorities: Recent indicators, trends, and their relationships to place in North America and Europe. *Health & Place, 15*(4), 1029–1045.
38. Malterud, K., Bjorkman, M., Flatval, M., Ohnstad, A., Thesen, J., & Rortveit, G. (2009). Epidemiological research on marginalized groups implies major validity challenges: Lesbian health as an example. *Journal of Clinical Epidemiology, 62*(7), 703–710.
39. Mayer, K. H., Bradford, J. B., Makadon, H. J., Stall, R., Goldhammer, H., & Landers, S. (2008). Sexual and gender minority health: What we know and what needs to be done. *American Journal of Public Health, 98*(6), 989–995.
40. Mays, V. M., & Cochran, S. D. (2001). Mental health correlates of perceived discrimination among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *American Journal of Public Health, 91*(11), 1869–1876.
41. McCabe, S. E., Hughes, T. L., Bostwick, W., Morales, M., & Boyd, C. J. (2011). Measurement of sexual identity in surveys: Implications for substance abuse research. *Archives of Sexual Behavior, 41*(3), 649–657.
42. McClennen, J. C. (2005). Domestic violence between same-gender partners: Recent findings and future research. *Journal of Interpersonal Violence, 20*(2), 149–154.
43. McLaughlin, K. A., & Hatzenbuehler, M. L. (2009). Mechanisms linking stressful life events and mental health problems in a prospective, community-based sample of adolescents. *Journal of Adolescent Health, 44*(2), 153–160.
44. McNair, R., Szalacha, L. A., & Hughes, T. L. (2011). Health status, health service use, and satisfaction according to sexual identity of young Australian women. *Womens Health Issues, 21*(1), 40–47.
45. McNair, R. P., & Hegarty, K. (2010). Guidelines for the primary care of lesbian, gay, and bisexual people: A systematic review. *Annals of Family Medicine, 8*(6), 533–541.
46. Merrill, G. S., & Wolfe, V. A. (2000). Battered gay men: An exploration of abuse, help seeking, and why they stay. *Journal of Homosexuality, 39*(2), 1–30.
47. Meyer, I. H., & Northridge, M. E. (2007). The health of sexual minorities: Public health perspectives on lesbian, gay, bisexual and transgender populations. *New England Journal of Medicine, 356*, 2435–2436.
48. Mulinari, D., Sandell, K., & Schömer, E. (2003). *Mer än bara kvinnor och män: Feministiska perspektiv på genus*. Lund: Studentlitteratur.
49. Mustanski, B., & Liu, R. T. (2013). A longitudinal study of predictors of suicide attempts among lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. *Archives of Sexual Behavior, 42*(3), 437–448.
50. Nationalencyklopedin. (2013). Coping. Hämtad 2013-11-26, från <http://www.ne.se/coping>.
51. Nationellt centrum för kvinnofrid. (2009). *Våld i samkönade relationer: En kunskaps- och forskningsöversikt*. Uppsala: Uppsala universitet.
52. Newcomb, M. E., & Mustanski, B. (2010). Internalized homophobia and internalizing mental health problems: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 30*(8), 1019–1029.
53. O'Hanlan, K. A. (1995). Lesbian health and homophobia: Perspectives for the treating obstetrician/gynecologist. *Current Problems in Obstetrics, Gynecology and Fertility*(4), 93–136.
54. Pakula, B., & Shoveller, J. A. (2013). Sexual orientation and self-reported mood disorder diagnosis among Canadian adults. *BMC Public Health, 13*, 209.

55. Pascoe, E. A., & Smart Richman, L. (2009). Perceived discrimination and health: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin, 135*(4), 531–554.
56. Regeringen. (2014). *En strategi för lika rättigheter och möjligheter oavsett sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck*. Stockholm: Regeringen.
57. Regeringens proposition 2002/03:35. *Mål för folkhälsan*. Stockholm: Regeringen.
58. Regeringens proposition 2007/08:110. *En förnyad folkhälsopolitik*. Stockholm: Regeringen.
59. Riggle, E. B., Rostosky, S., & Horne, S. (2010). Does it matter where you live? Nondiscrimination laws and the experiences of LGB residents. *Sexuality Research and Social Policy, 7*(3), 168–175.
60. Roberts, S. J. (2001). Lesbian health research: A review and recommendations for future research. *Health Care for Women International, 22*(6), 537–552.
61. Roth, N., Nykvist, K., & Boström, G. (2006). *Hälsa på lika villkor? Hälsa och livsvillkor bland HBT-personer*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
62. Rothman, E. F., Exner, D., & Baughman, A. L. (2011). The prevalence of sexual assault against people who identify as gay, lesbian, or bisexual in the United States: A systematic review. *Trauma, Violence & Abuse, 12*(2), 55–66.
63. Russell, S. T., & Joyner, K. (2001). Adolescent sexual orientation and suicide risk: Evidence from a national study. *American Journal of Public Health, 91*(8), 1276–1281.
64. Saewyc, E. M., Bauer, G. R., Skay, C. L., Bearinger, L. H., Resnick, M. D., Reis, E., & Murphy, A. (2004). Measuring sexual orientation in adolescent health surveys: Evaluation of eight school-based surveys. *Journal of Adolescent Health, 35*(4), 345.e1–15.
65. Savin-Williams, R. C. (2001). A critique of research on sexual-minority youths. *Journal of Adolescence, 24*(1), 5–13.
66. Sell, R. L., Wells, J. A., & Wypij, D. (1995). The prevalence of homosexual behavior and attraction in the United States, the United Kingdom and France: Results of national population-based samples. *Archives of Sexual Behavior, 24*(3), 235–248.
67. Socialdepartementet. (2013). Regleringsbrev för budgetåret 2013 avseende Statens folkhälsoinstitut. Hämtad 2013-10-20, från <http://www.esv.se/sv/Verktyg--stod/Statsliggaren/Regleringsbrev/?RBID=15289>.
68. Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2013). SBU:s miniordlista Hämtad 2013-11-27, från <http://www.sbu.se/sv/Direktlankar-sidhuvud/Ordlista/>.
69. Statens folkhälsoinstitut. (2006). *Särbehandlad och kränkt: En rapport om sambanden mellan diskriminering och hälsa*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
70. Statens folkhälsoinstitut. (2010). *Folkhälsopolitisk rapport 2010: Framtidens folkhälsa - allas ansvar*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
71. Stuber, J., Meyer, I., & Link, B. (2008). Stigma, prejudice, discrimination and health. *Social science & medicine, 67*(3), 351–357.
72. The Commission on Social Determinants of Health. (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Final report*. Geneva: World Health Organization.
73. The EMIS Network. (2013). *EMIS 2010: The European men-who-have-sex-with-men Internet survey: Findings from 38 countries*. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control.
74. The sexual minority assessment research team. (2009). *Best practices for asking questions about sexual orientation in on surveys*. Los Angeles, CA: The Williams Institute.

75. Tiby, E., Sörberg, A.-M., & Forum för levande historia. (2006). *En studie av homofoba hatbrott i Sverige*. Stockholm: Forum för levande historia.
76. Ungdomsstyrelsen. (2010). *Hon hen han: En analys av hälsosituationen för homosexuella och bisexuella ungdomar samt för unga transpersoner*. Stockholm: Ungdomsstyrelsen.
77. Whitehead, M., & Dahlgren, G. (1991). What can be done about inequalities in health? *The Lancet*, 338(8774), 1059–1063.
78. Wilkinson, P. (2013). Non-suicidal self-injury. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 22(Suppl 1), 75–79.
79. World Health Organization. (1998). *Health promotion glossary*. Geneva: World Health Organization.
80. Västra Götalandsregionen. (2012). *Jag ska inte behöva outa mig själv varje gång jag har ett samtal: Rapport om bemötande av lhbtq-personer i Västra Götalands län*. Västra Götalandsregionen, Rättighetskommitténs kansli.

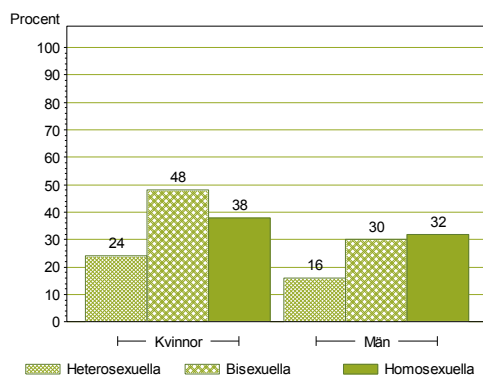
Bilaga 1

Övriga indikatorer avseende homo- och bisexuella personer ur nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor

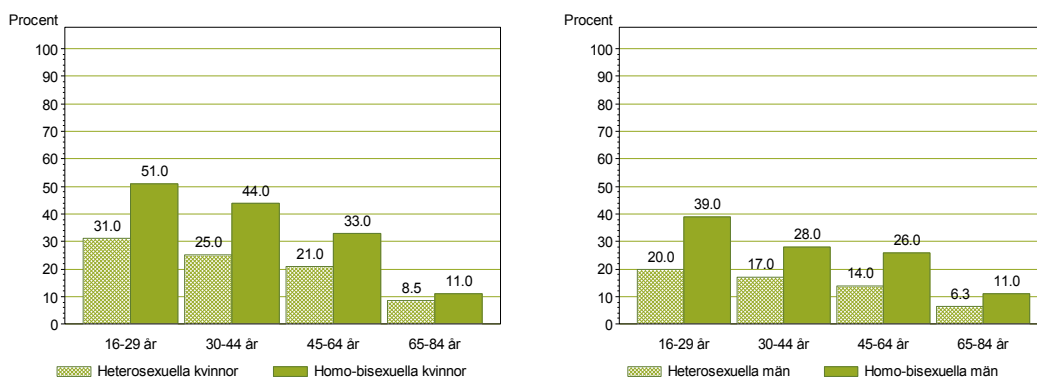
Livsvillkor

Diskriminering

Utsatthet för kränkande behandling/bemötande

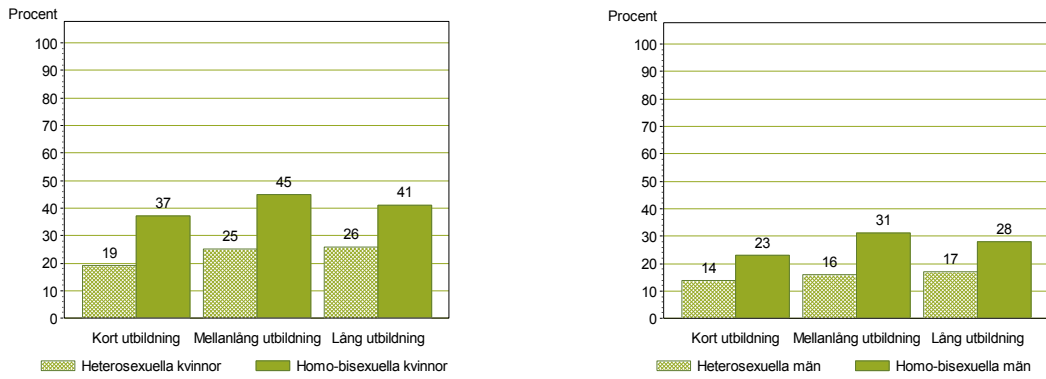


Figur 36 Andel kvinnor och män (16–64 år) som under de tre senaste månaderna blivit behandlade/bemötta så att de känt sig kränkta, fördelat efter sexuell läggning, 2010–2012.



Figur 37 Andel kvinnor och män som under de tre senaste månaderna känt sig kränkta, fördelat efter sexuell läggning och ålder, 2010–2012.

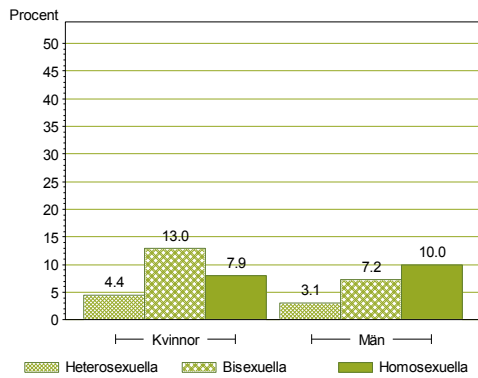
Utvecklingen av hälsan och hälsans bestämningsfaktorer bland homo- och bisexuella personer



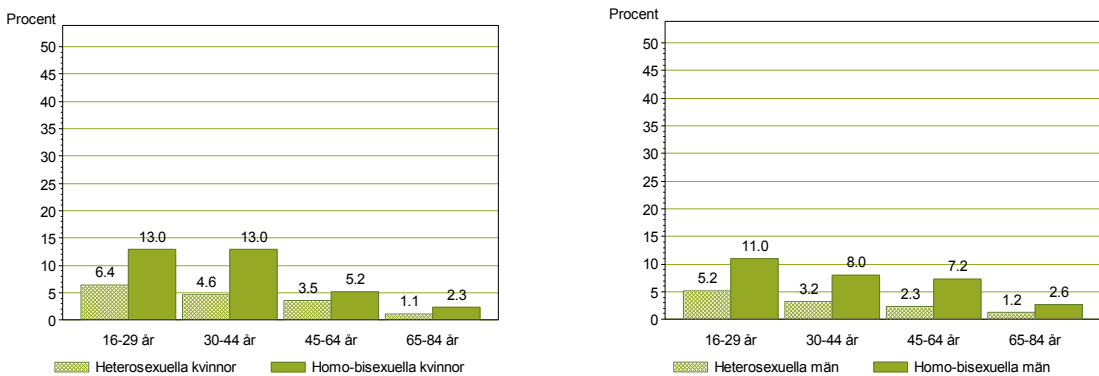
Figur 38 Andel kvinnor och män (25–64 år) som under de tre senaste månaderna känt sig kränkta, fördelat efter sexuell läggning och utbildning, 2010–2012.

Våld

Utsatt för hot om våld

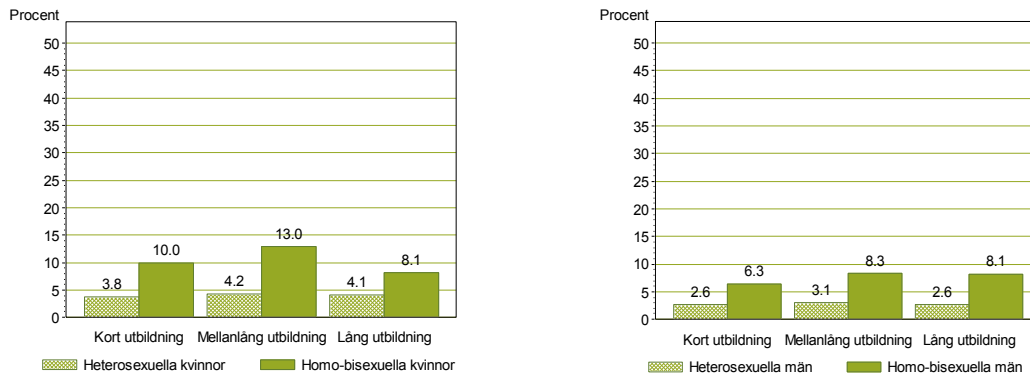


Figur 39 Andel kvinnor och män (16–64 år) som blivit utsatta för hot om våld under de senaste 12 månaderna, fördelat efter sexuell läggning, 2010–2012.

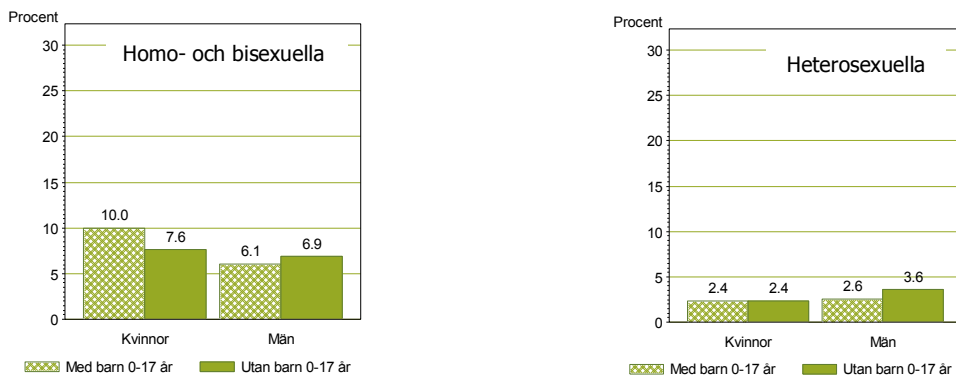


Figur 40 Andel kvinnor och män som blivit utsatta för hot om våld, fördelat efter sexuell läggning och ålder, 2010–2012.

Utvecklingen av hälsan och hälsans bestämningsfaktorer bland homo- och bisexuella personer

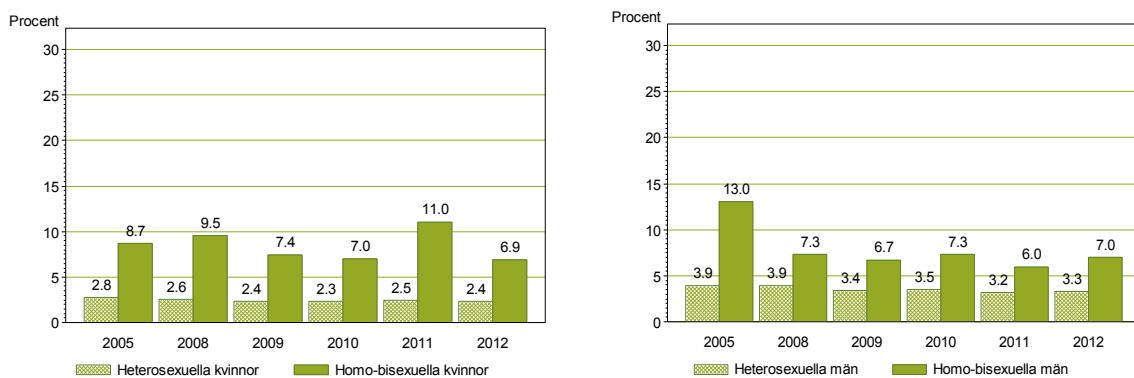


Figur 41 Andel kvinnor och män (25–64 år) under de tre senaste månaderna blivit utsatta för hot om våld, fördelat efter sexuell läggning och utbildning, 2010–2012.



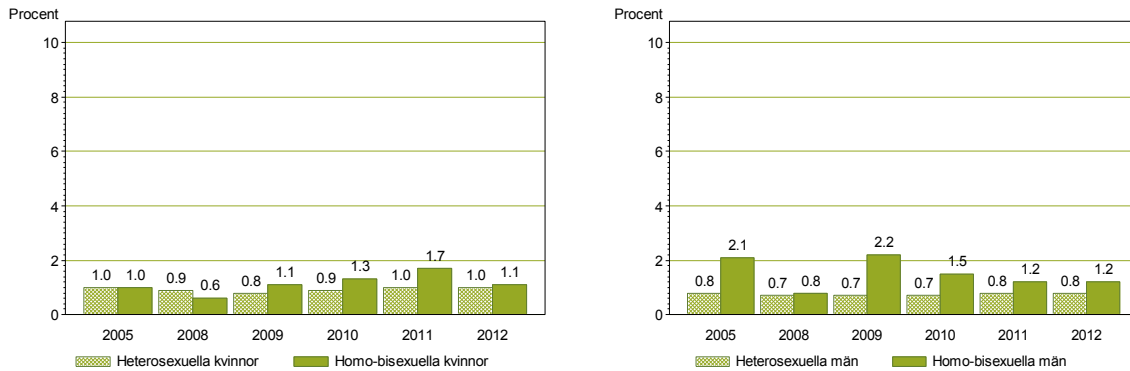
Figur 42 Andel homo- och bisexuella kvinnor och män som blivit utsatta för fysiskt våld med och utan barn (0–17 år) och andel heterosexuella kvinnor och män som blivit utsatta för fysiskt våld med och utan barn (0–17 år).

Utsatt för fysiskt våld

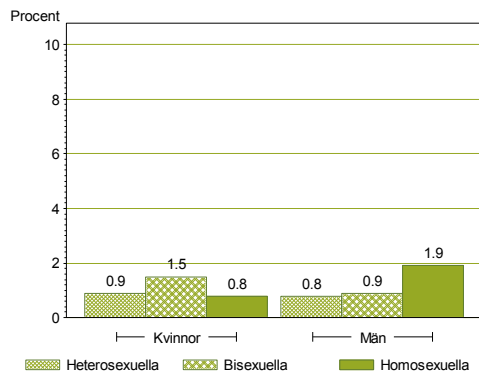


Figur 43 Andel kvinnor och män (16–64 år) som blivit utsatta för fysiskt våld under de senaste 12 månaderna, fördelat efter sexuell läggning och år.

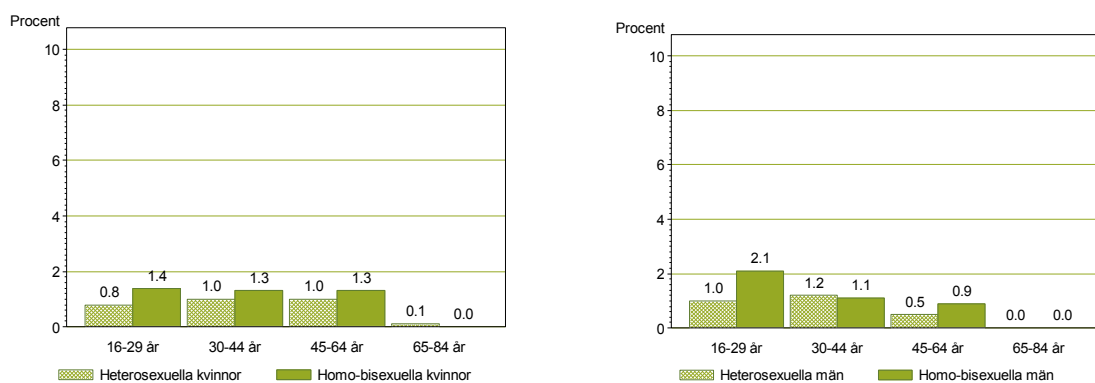
Fysiskt våld på arbetsplatsen/i skolan



Figur 44 Andel kvinnor och män (16–64 år) som blivit utsatta för fysiskt våld på arbetsplatsen/i skolan under de senaste 12 månaderna, fördelat efter sexuell läggning och år.

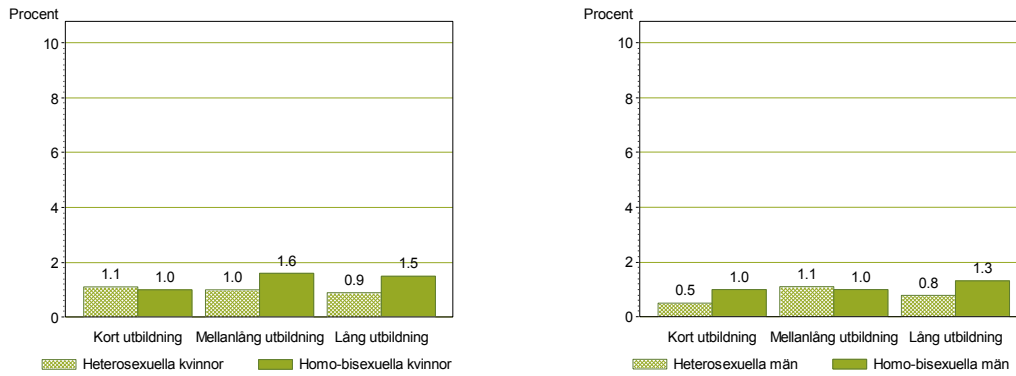


Figur 45 Andel kvinnor och män (16–64 år) som blivit utsatta för fysiskt våld på arbetsplatsen/i skolan under de senaste 12 månaderna, fördelat efter sexuell läggning, 2010–2012.



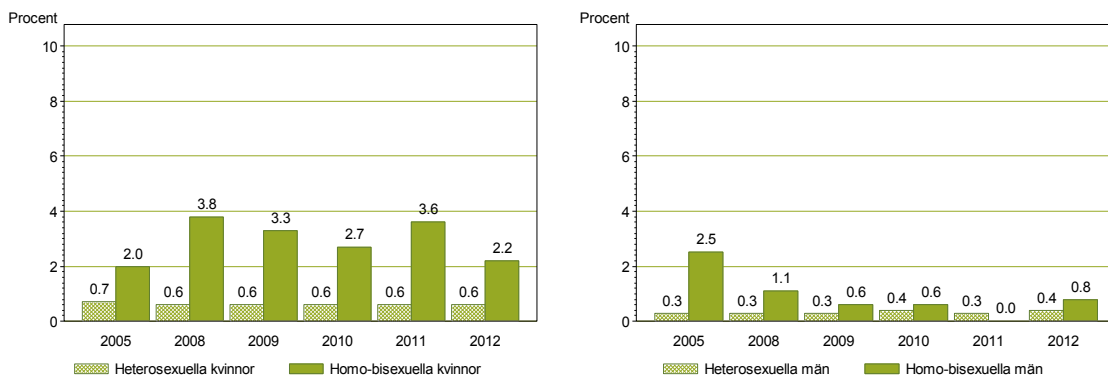
Figur 46 Andel kvinnor och män som blivit utsatta för fysiskt våld på arbetsplatsen/i skolan under de senaste 12 månaderna, fördelat efter sexuell läggning och ålder, 2010–2012.

Utvecklingen av hälsan och hälsans bestämningsfaktorer bland homo- och bisexuella personer

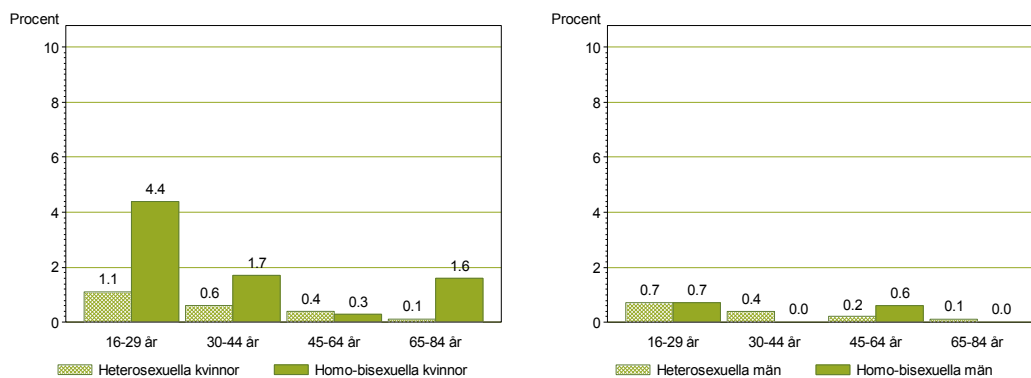


Figur 47 Andel kvinnor och män (25–64 år) som blivit utsatta för fysiskt våld på arbetsplatsen/i skolan under de senaste 12 månaderna, fördelat efter sexuell läggning och utbildning, 2010–2012.

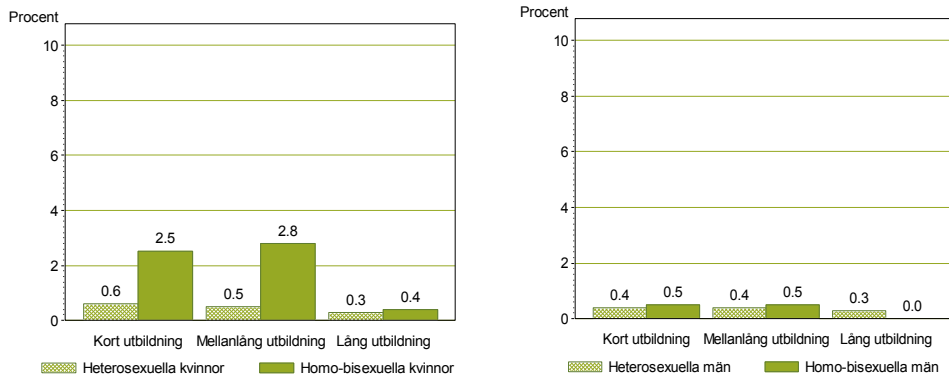
Fysiskt våld i hemmet



Figur 48 Andel kvinnor och män (16–64 år) som blivit utsatta för fysiskt våld i hemmet under de senaste 12 månaderna, fördelat efter sexuell läggning och år.

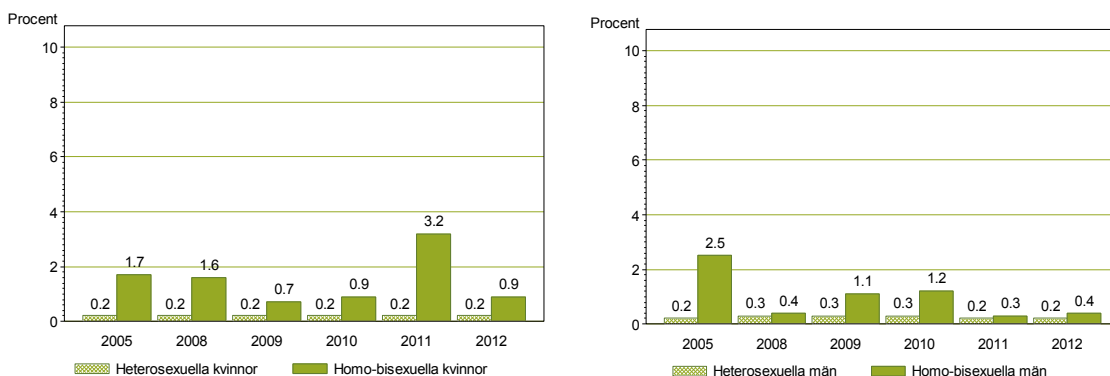


Figur 49 Andel kvinnor och män som blivit utsatta för fysiskt våld i hemmet under de senaste 12 månaderna, fördelat efter sexuell läggning och ålder, 2010–2012.

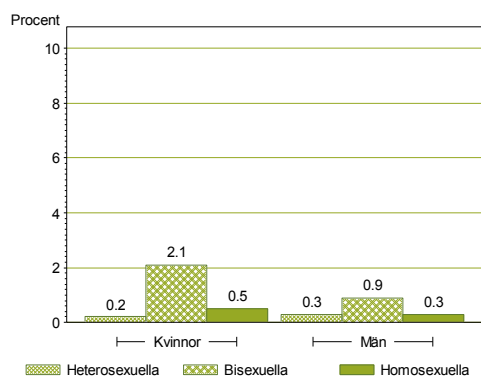


Figur 50 Andel kvinnor och män (25–64 år) som blivit utsatta för fysiskt våld i hemmet under de senaste 12 månaderna, fördelat efter sexuell läggning och utbildning, 2010–2012.

Fysiskt våld i annans bostad

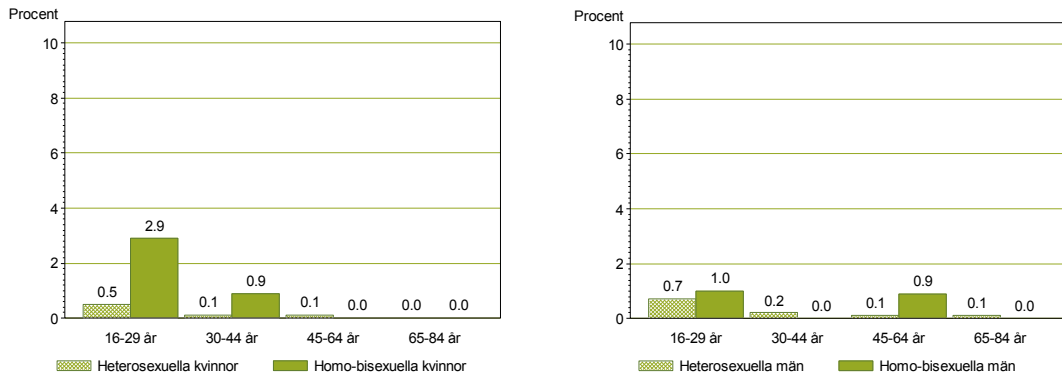


Figur 51 Andel kvinnor och män (16–64 år) som blivit utsatta för fysiskt våld i annans bostad under de senaste 12 månaderna, fördelat efter sexuell läggning och år.

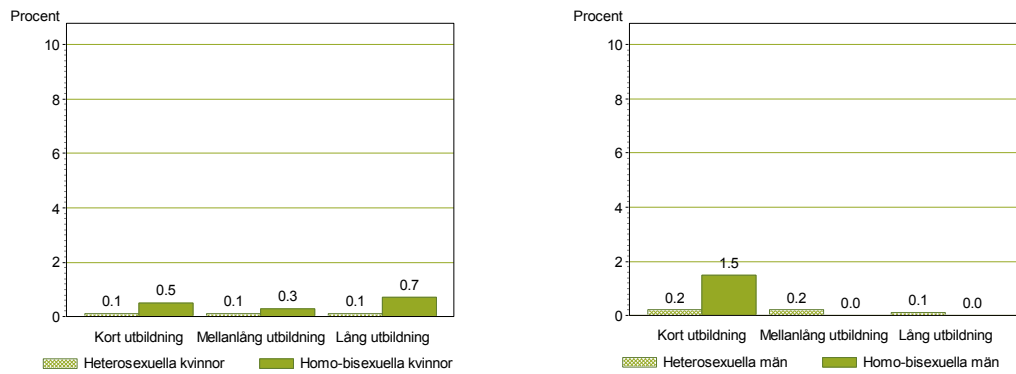


Figur 52 Andel kvinnor och män (16–64 år) som blivit utsatta för fysiskt våld i annans bostad under de senaste 12 månaderna, fördelat efter sexuell läggning, 2010–2012.

Utvecklingen av hälsan och hälsans bestämningsfaktorer bland homo- och bisexuella personer

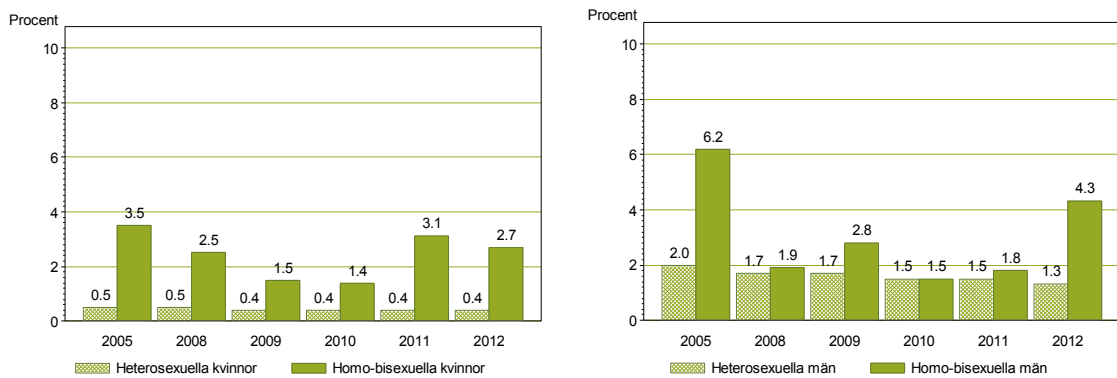


Figur 53 Andel kvinnor och män som blivit utsatta för fysiskt våld i annans bostad under de senaste 12 månaderna, fördelat efter sexuell läggning och ålder, 2010–2012.



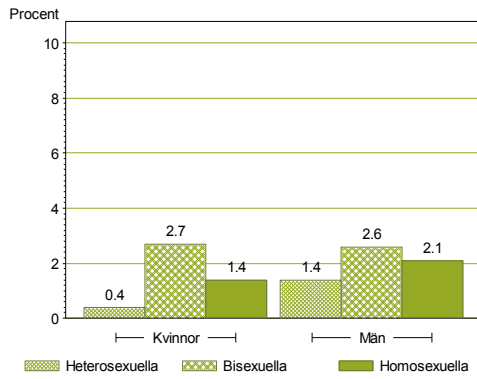
Figur 54 Andel kvinnor och män (25–64 år) som blivit utsatta för fysiskt våld i annans bostad under de senaste 12 månaderna, fördelat efter sexuell läggning och utbildning, 2010–2012.

Fysiskt våld på allmän plats

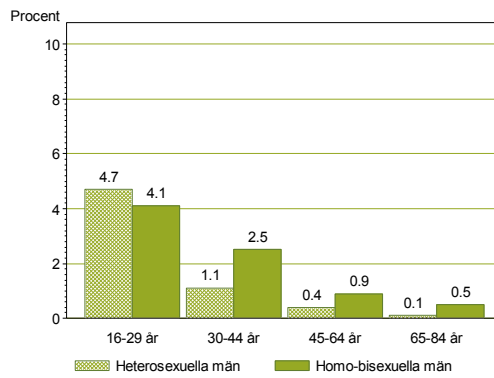
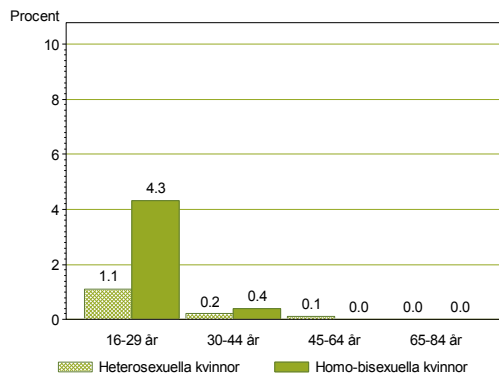


Figur 55 Andel kvinnor och män (16–64 år) som blivit utsatta för fysiskt våld på allmän plats under de senaste 12 månaderna, fördelat efter sexuell läggning och år.

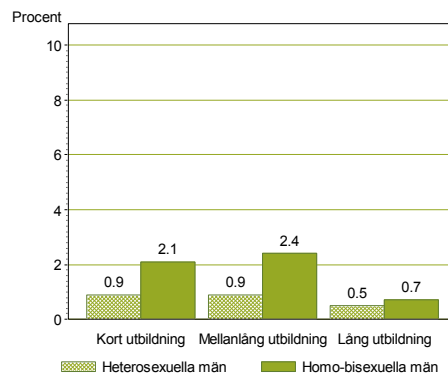
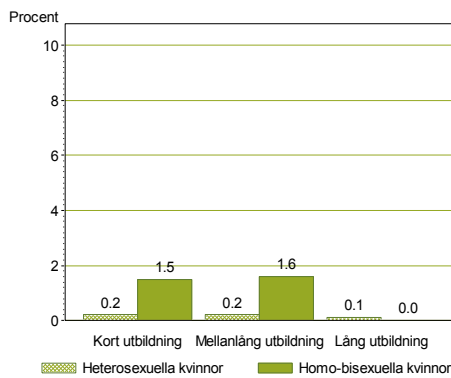
Utvecklingen av hälsan och hälsans bestämningsfaktorer bland homo- och bisexuella personer



Figur 56 Andel kvinnor och män (16–64 år) som blivit utsatta för fysiskt våld på allmän plats under de senaste 12 månaderna, fördelat efter sexuell läggning, 2010–2012.

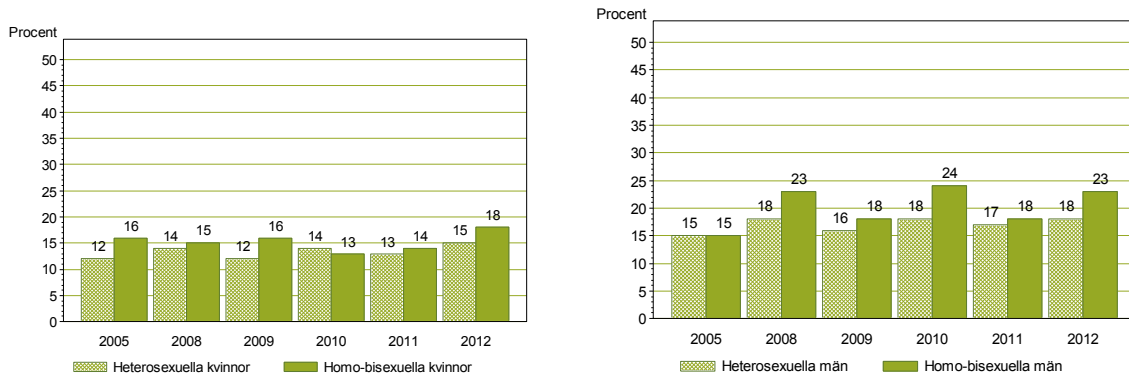


Figur 57 Andel kvinnor och män som blivit utsatta för fysiskt våld på allmän plats under de senaste 12 månaderna, fördelat efter sexuell läggning och ålder, 2010–2012.

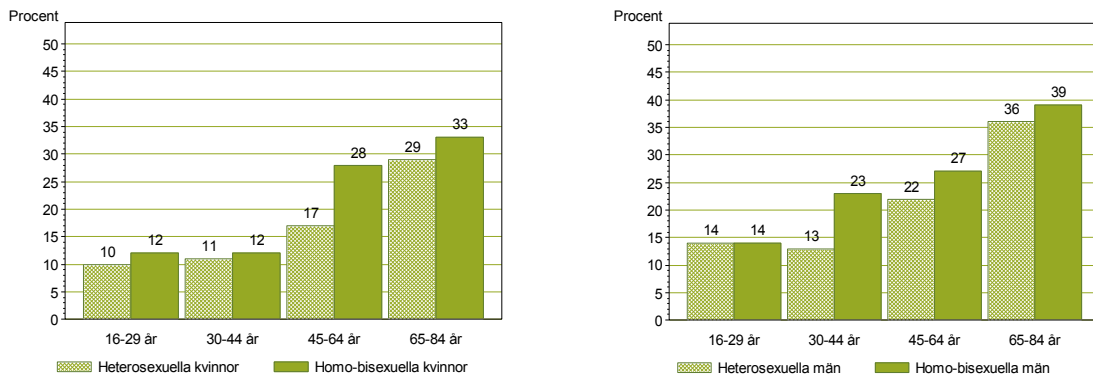


Figur 58 Andel kvinnor och män (25–64 år) som blivit utsatta för fysiskt våld på allmän plats under de senaste 12 månaderna, fördelat efter sexuell läggning och utbildning, 2010–2012.

Socialt deltagande



Figur 59 Andel kvinnor och män (16–64 år) med lågt socialt deltagande, fördelat efter sexuell läggning och år.



Figur 60 Andel kvinnor och män med lågt socialt deltagande fördelat efter sexuell läggning och ålder, 2010–2012.

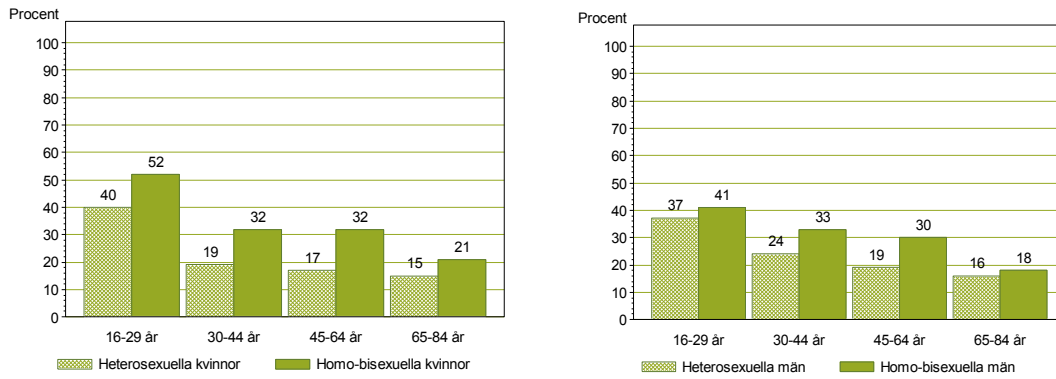
Tillit

Tillit till andra människor

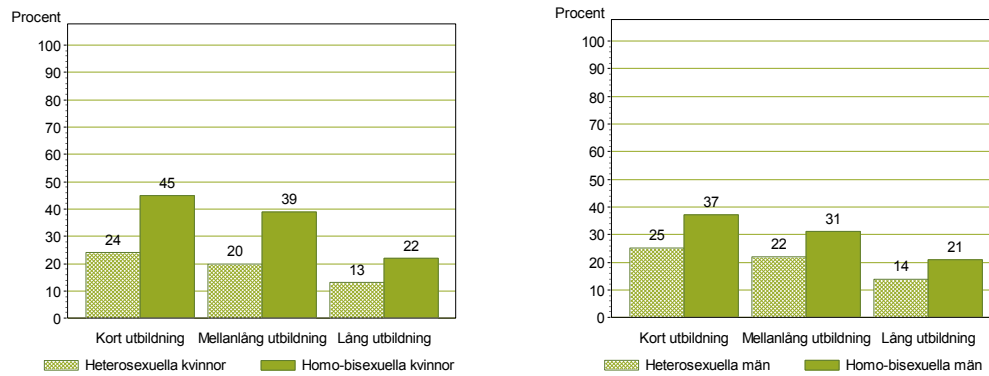


Figur 61 Andel kvinnor och män (16–64 år) som rapporterade att de inte kände tillit till de flesta människor, fördelat efter sexuell läggning och år.

Utvecklingen av hälsan och hälsans bestämningsfaktorer bland homo- och bisexuella personer

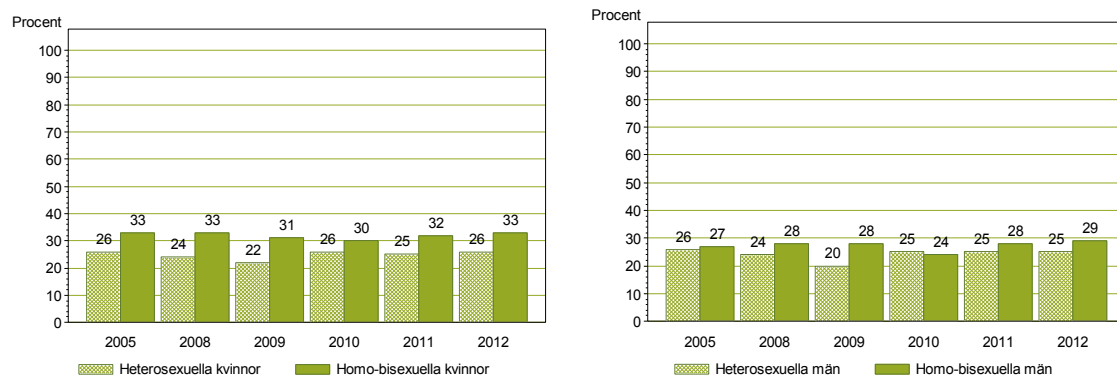


Figur 62 Andel kvinnor och män som inte kände tillit till de flesta människor, fördelat efter sexuell läggning och ålder, 2010–2012.



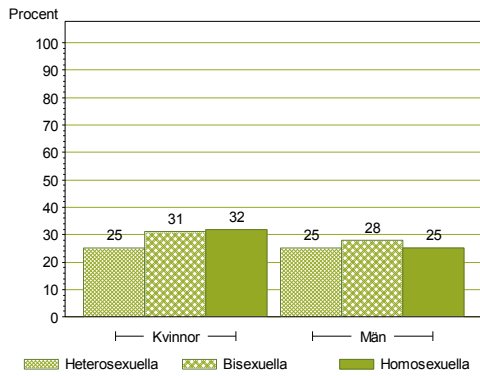
Figur 63 Andel kvinnor och män (25–64 år) som inte kände tillit till de flesta människor fördelat efter sexuell läggning och utbildning, 2010–2012.

Förtroende för sjukvården

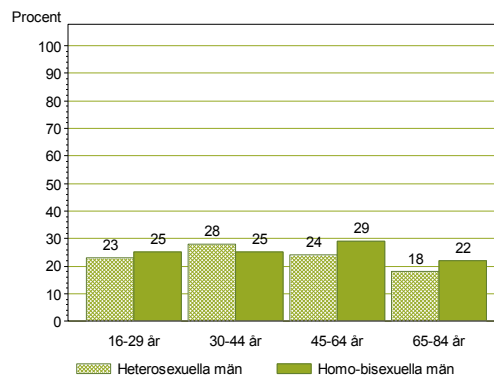
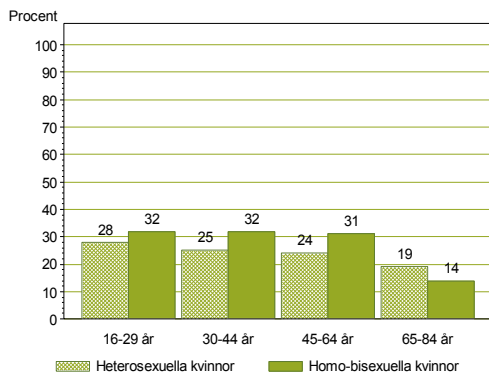


Figur 64 Andel kvinnor och män (16–64 år) som rapporterade att de hade lågt förtroende för sjukvården, fördelat efter sexuell läggning och år.

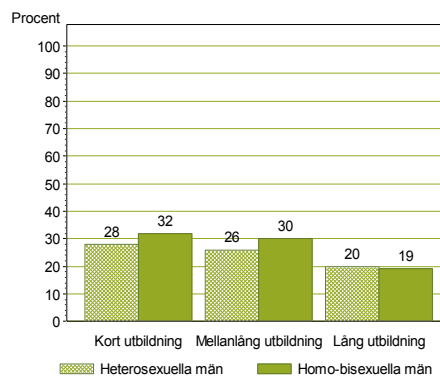
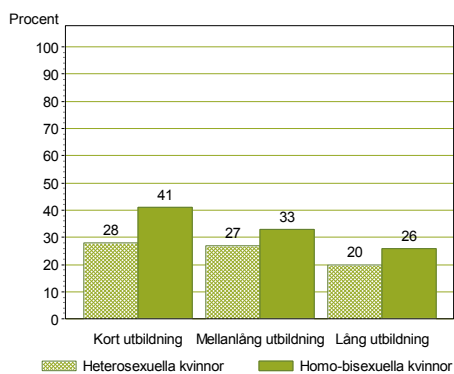
Utvecklingen av hälsan och hälsans bestämningsfaktorer bland homo- och bisexuella personer



Figur 65 Andel kvinnor och män (16–64 år) som rapporterade att de hade lågt förtroende för sjukvården, fördelat efter sexuell läggning, 2010–2012.

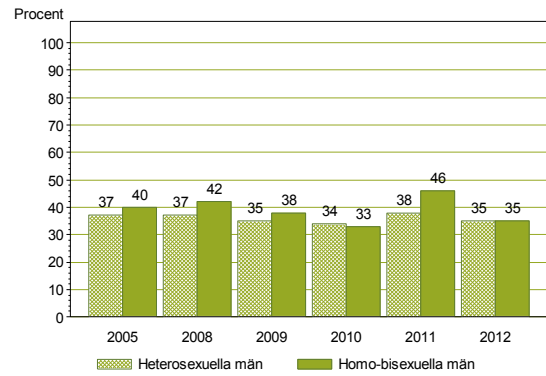
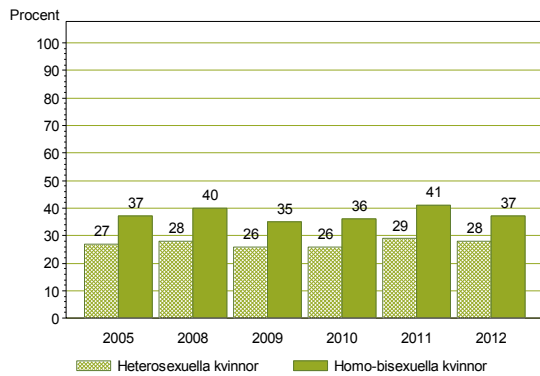


Figur 66 Andel kvinnor och män som rapporterade att de hade lågt förtroende för sjukvården fördelat efter sexuell läggning och ålder, 2010–2012.

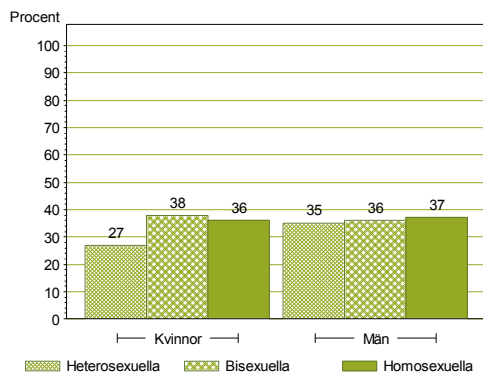


Figur 67 Andel kvinnor och män (25–64 år) som rapporterade att de hade lågt förtroende för sjukvården fördelat efter sexuell läggning och utbildning, 2010–2012.

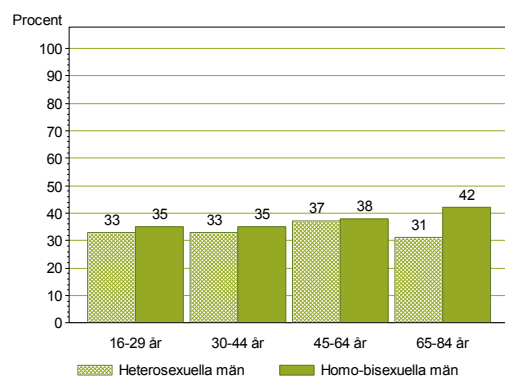
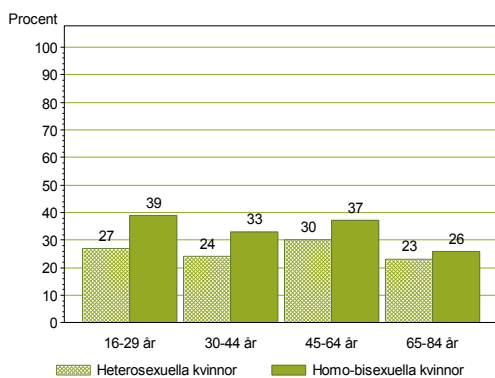
Förtroende för skolan



Figur 68 Andel kvinnor och män (16–64 år) som rapporterade att de hade lågt förtroende för skolan, fördelat efter sexuell läggning och år.

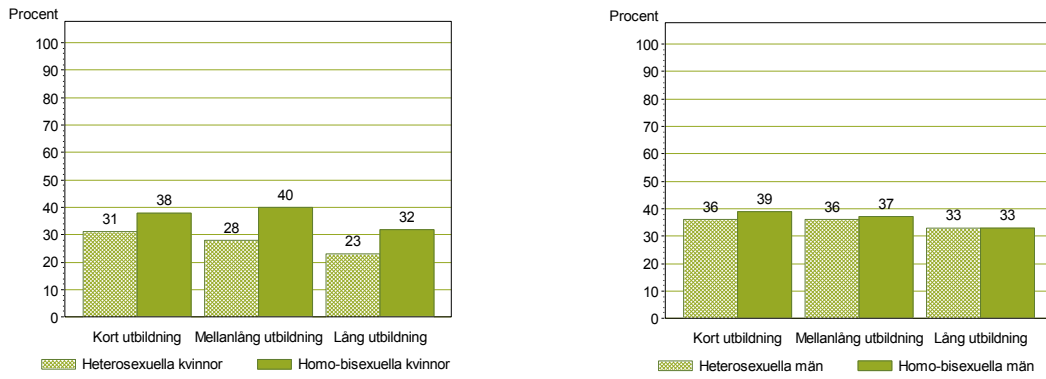


Figur 69 Andel kvinnor och män (16–64 år) som rapporterade att de hade lågt förtroende för skolan, fördelat efter sexuell läggning, 2010–2012.



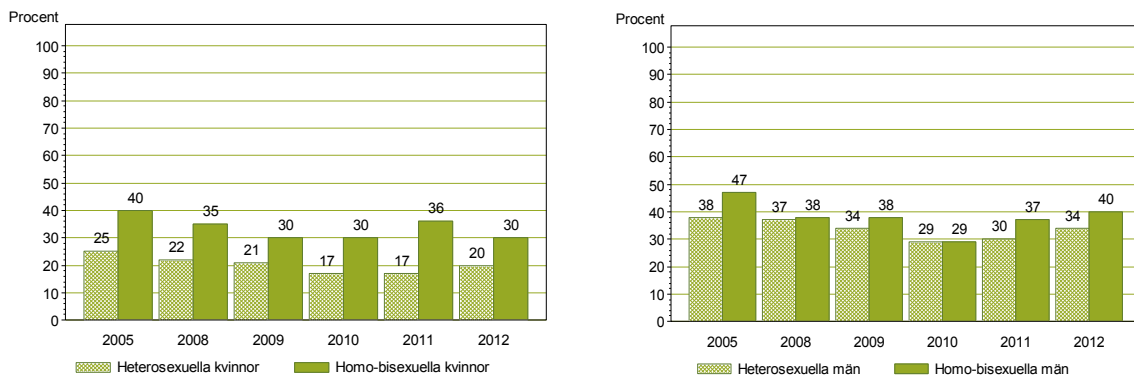
Figur 70 Andel kvinnor och män med lågt förtroende för skolan, fördelat efter sexuell läggning och ålder, 2010–2012.

Utvecklingen av hälsan och hälsans bestämningsfaktorer bland homo- och bisexuella personer

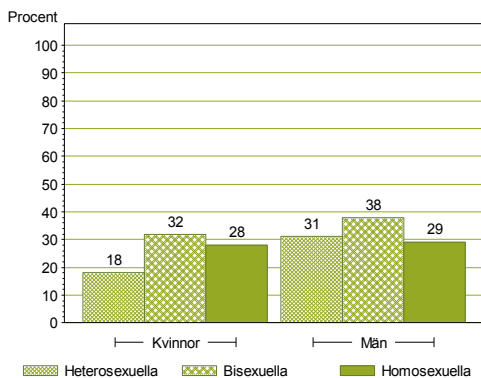


Figur 71 Andel kvinnor och män (25–64 år) med lågt förtroende för skolan, fördelat efter sexuell läggning och utbildning, 2010–2012.

Förtroende för polisen

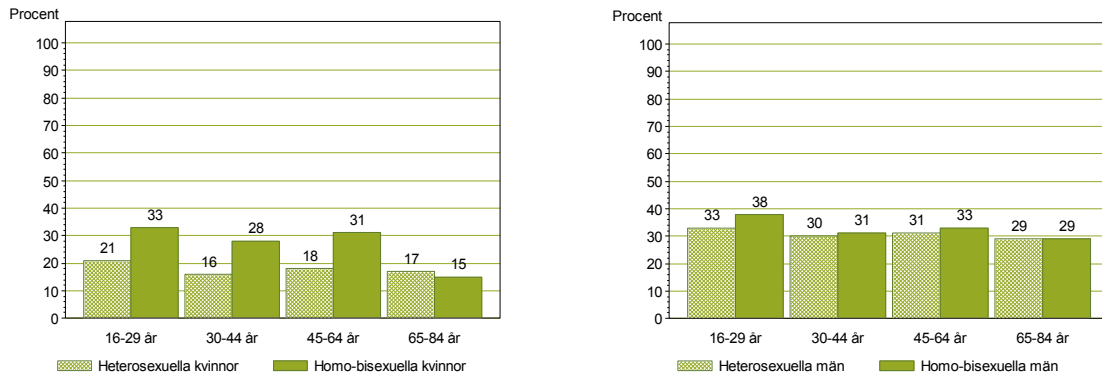


Figur 72 Andel kvinnor och män (16–64 år) som rapporterade att de hade lågt förtroende för polisen, fördelat efter sexuell läggning och år.

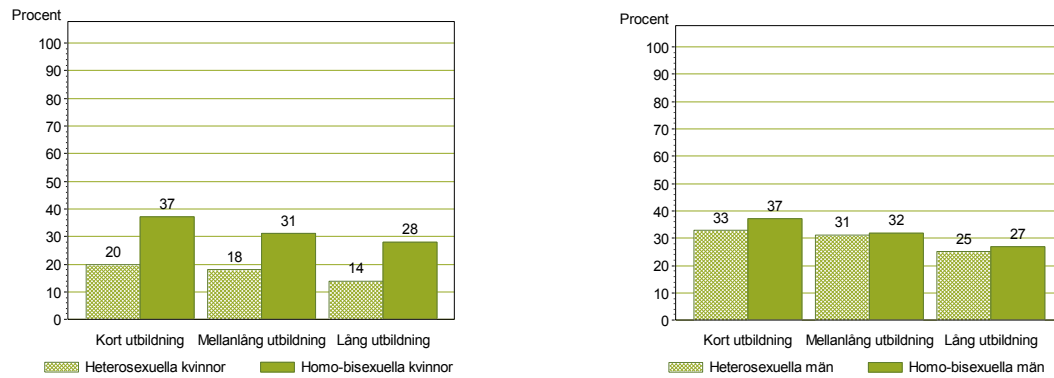


Figur 73 Andel kvinnor och män (16–64 år) som rapporterade att de hade lågt förtroende för polisen, fördelat efter sexuell läggning, 2010–2012.

Utvecklingen av hälsan och hälsans bestämningsfaktorer bland homo- och bisexuella personer

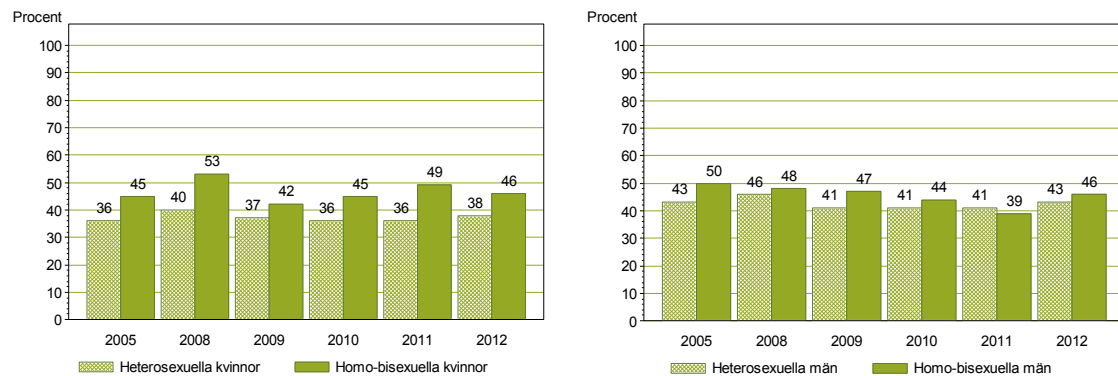


Figur 74 Andel kvinnor och män som rapporterade att de hade lågt förtroende för polisen, fördelat efter sexuell läggning och ålder, 2010–2012.



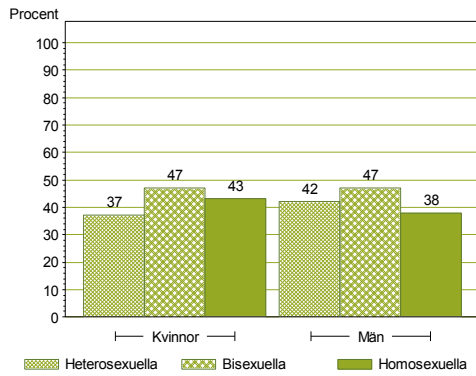
Figur 75 Andel kvinnor och män (25–64 år) som rapporterade att de hade lågt förtroende för polisen, fördelat efter sexuell läggning och utbildning, 2010–2012.

Förtroende för socialtjänsten

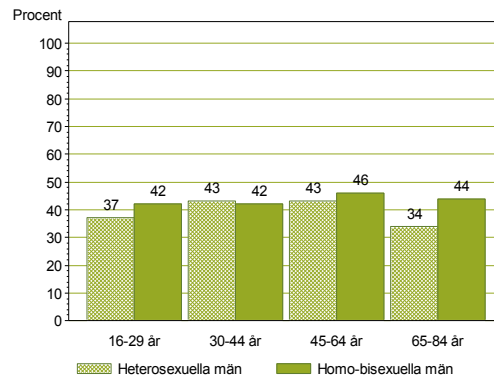
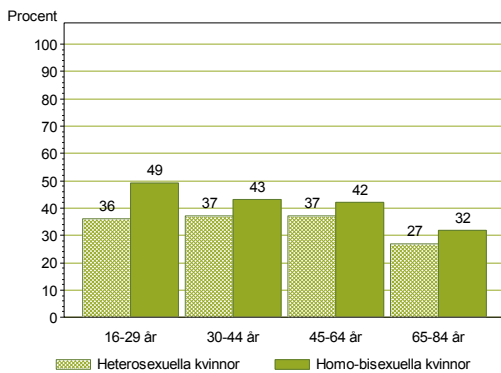


Figur 76 Andel kvinnor och män (16–64 år) som rapporterade att de hade lågt förtroende för socialtjänsten, fördelat efter sexuell läggning och år.

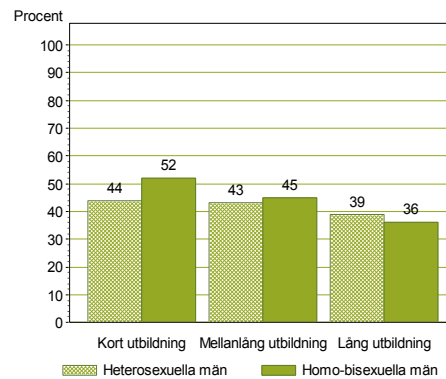
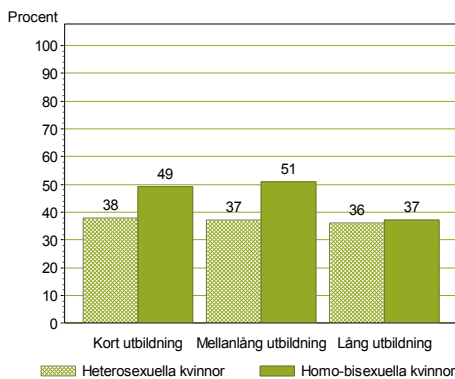
Utvecklingen av hälsan och hälsans bestämningsfaktorer bland homo- och bisexuella personer



Figur 77 Andel kvinnor och män (16–64 år) som rapporterade att de hade lågt förtroende för socialtjänsten, fördelat efter sexuell läggning, 2010–2012.

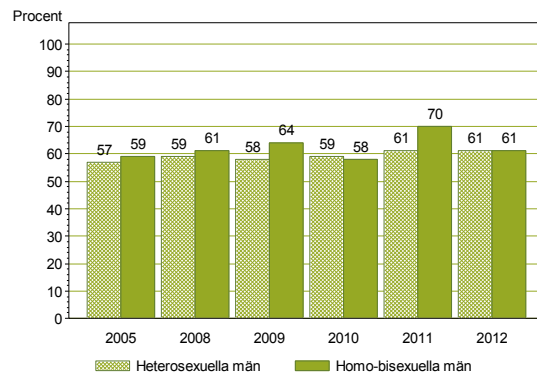
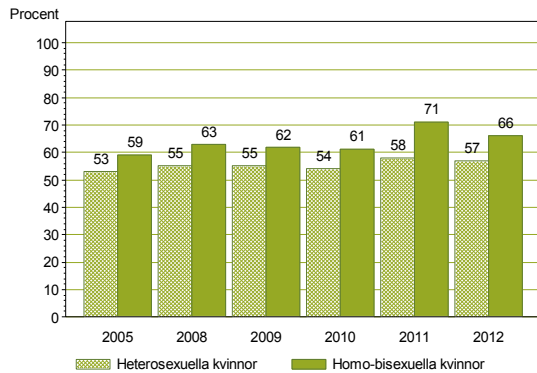


Figur 78 Andel kvinnor och män som rapporterade att de hade lågt förtroende för socialtjänsten, fördelat efter sexuell läggning och ålder, 2010–2012.

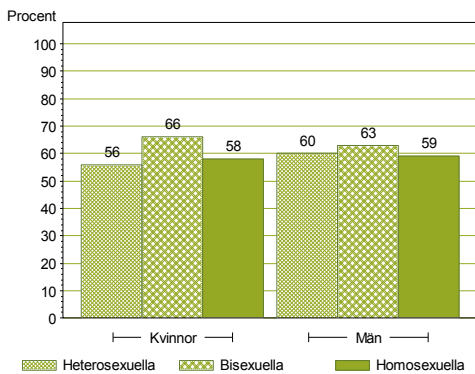


Figur 79 Andel kvinnor och män (25–64 år) som rapporterade att de hade lågt förtroende för socialtjänsten, fördelat efter sexuell läggning och utbildning, 2010–2012.

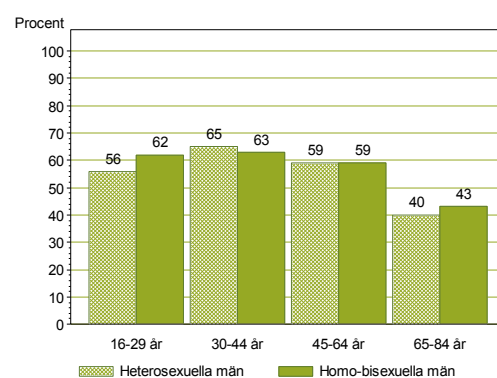
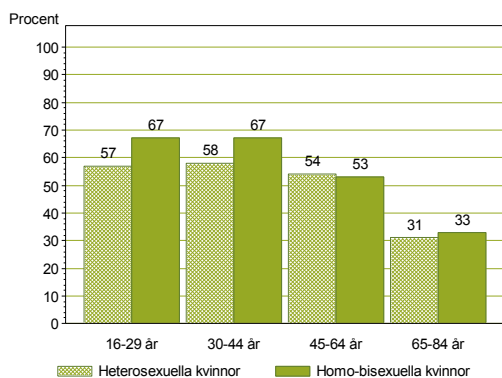
Förtroende för Arbetsförmedlingen



Figur 80 Andel kvinnor och män (16–64 år) som rapporterade att de hade lågt förtroende för Arbetsförmedlingen, fördelat efter sexuell läggning och år.

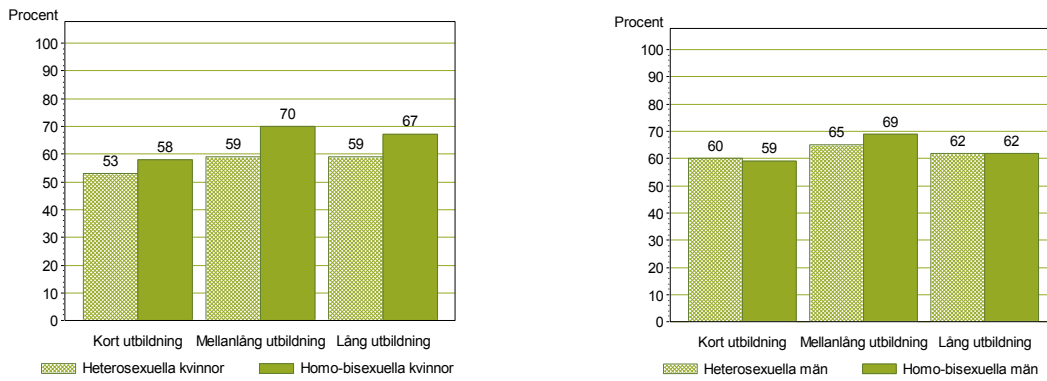


Figur 81 Andel kvinnor och män (16–64 år) som rapporterade att de hade lågt förtroende för Arbetsförmedlingen, fördelat efter sexuell läggning, 2010–2012.



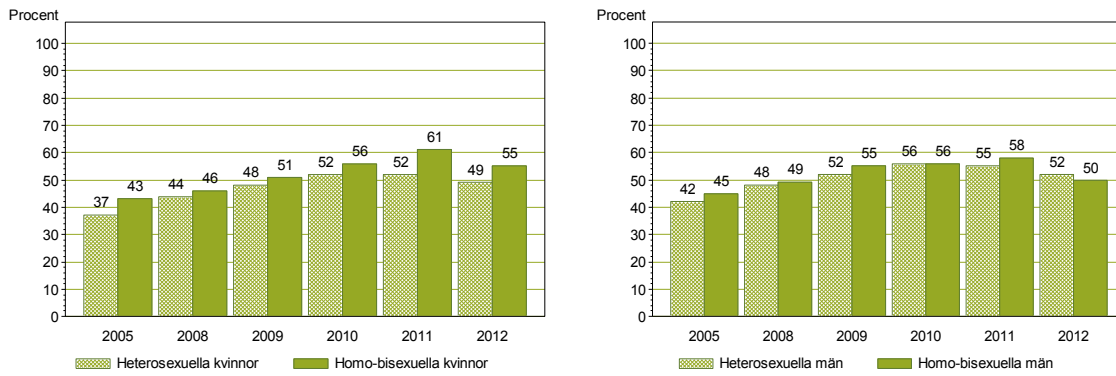
Figur 82 Andel kvinnor och män som rapporterade att de hade lågt förtroende för Arbetsförmedlingen, fördelat efter sexuell läggning och ålder, 2010–2012.

Utvecklingen av hälsan och hälsans bestämningsfaktorer bland homo- och bisexuella personer

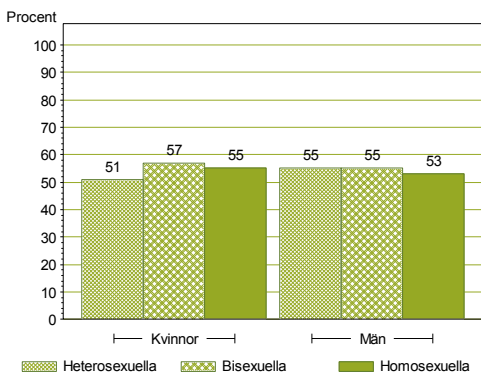


Figur 83 Andel kvinnor och män (25–64 år) som rapporterade att de hade lågt förtroende för Arbetsförmedlingen, fördelat efter sexuell läggning och utbildning, 2010–2012.

Förtroende för Försäkringskassan

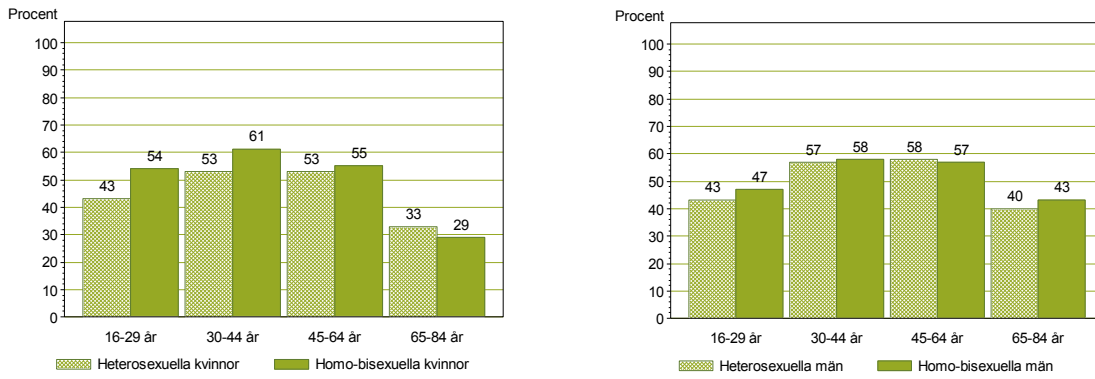


Figur 84 Andel kvinnor och män (16–64 år) som rapporterade att de hade lågt förtroende för Försäkringskassan, fördelat efter sexuell läggning och år.

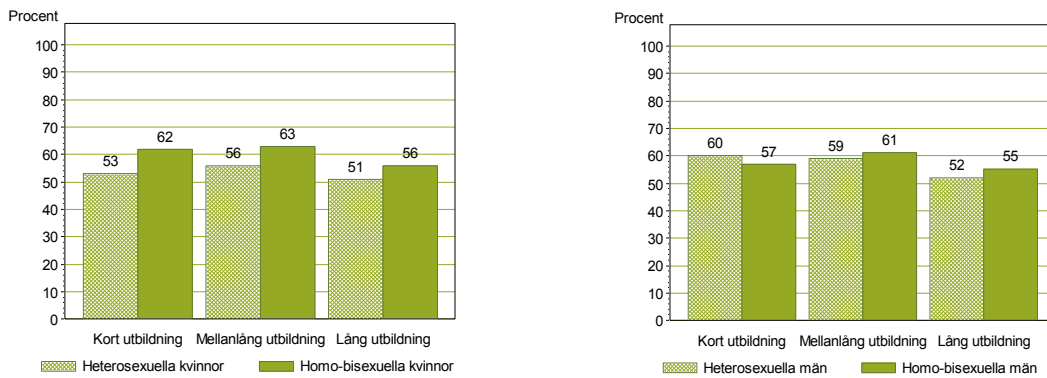


Figur 85 Andel kvinnor och män (16–64 år) som rapporterade att de hade lågt förtroende för Försäkringskassan, fördelat efter sexuell läggning, 2010–2012.

Utvecklingen av hälsan och hälsans bestämningsfaktorer bland homo- och bisexuella personer

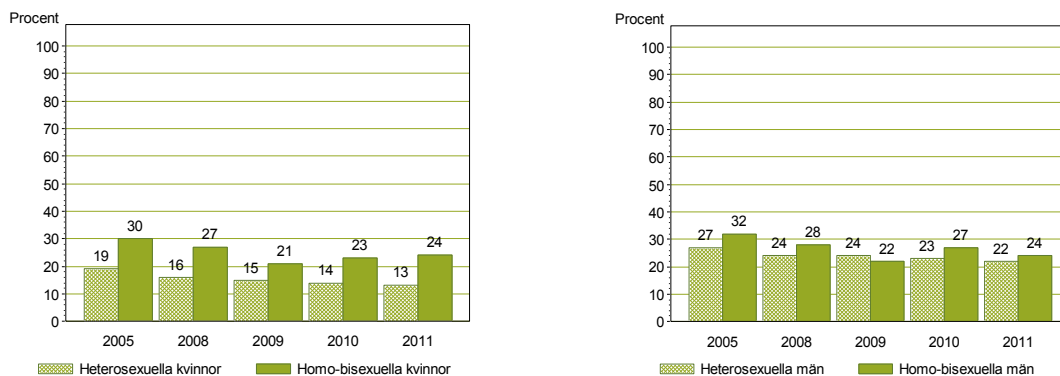


Figur 86 Andel kvinnor och män som rapporterade att de hade lågt förtroende för Försäkringskassan, fördelat efter sexuell läggning och ålder, 2010–2012.



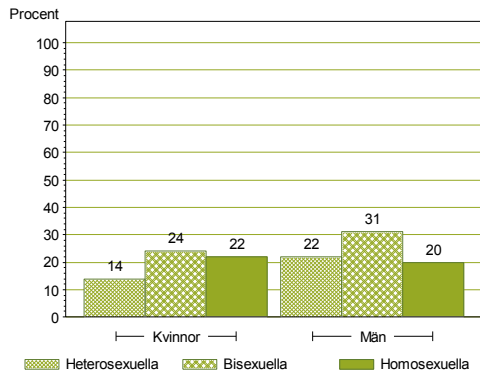
Figur 87 Andel kvinnor och män (25–64 år) som rapporterade att de hade lågt förtroende för Försäkringskassan, fördelat efter sexuell läggning och utbildning, 2010–2012.

Förtroende för domstolar

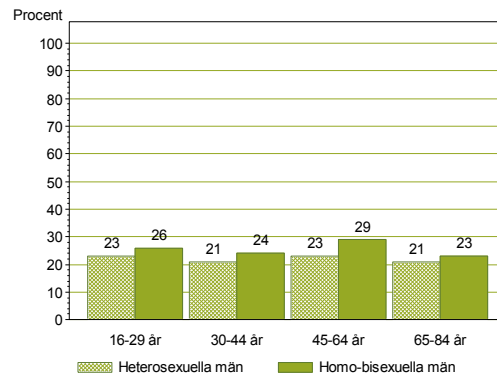
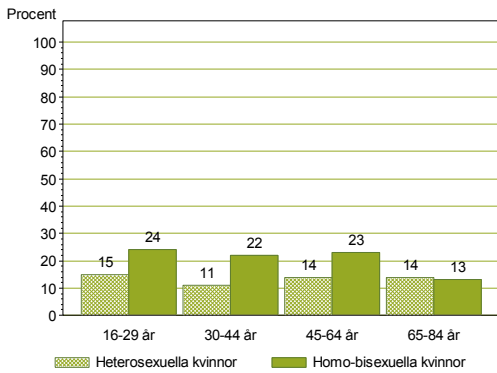


Figur 88 Andel kvinnor och män (16–64 år) som rapporterade att de hade lågt förtroende för domstolar, fördelat efter sexuell läggning och år.

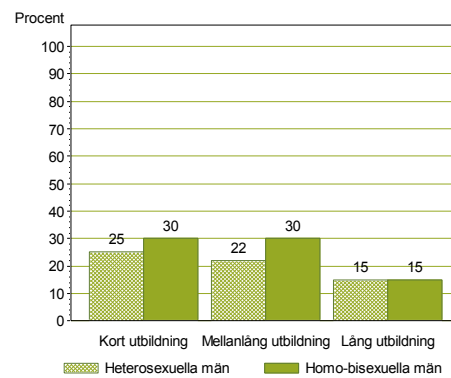
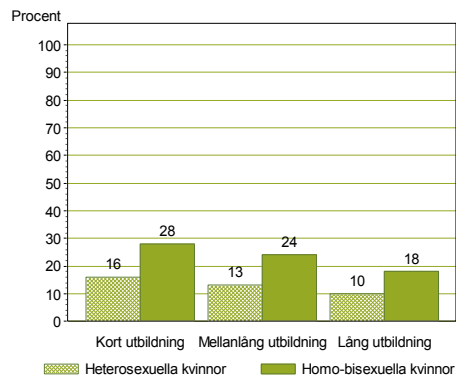
Utvecklingen av hälsan och hälsans bestämningsfaktorer bland homo- och bisexuella personer



Figur 89 Andel kvinnor och män (16–64 år) som rapporterade att de hade lågt förtroende för domstolar, fördelat efter sexuell läggning, 2010–2011.

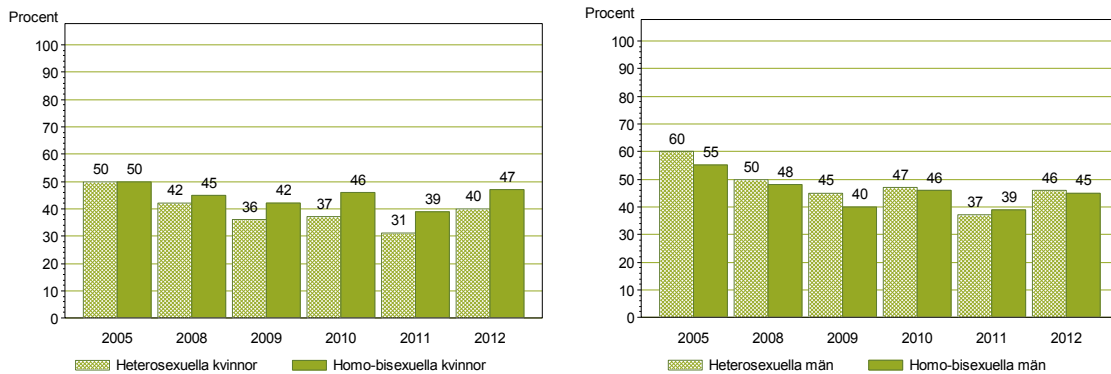


Figur 90 Andel kvinnor och män som rapporterade att de hade lågt förtroende för domstolar, fördelat efter sexuell läggning och ålder, 2010–2011.

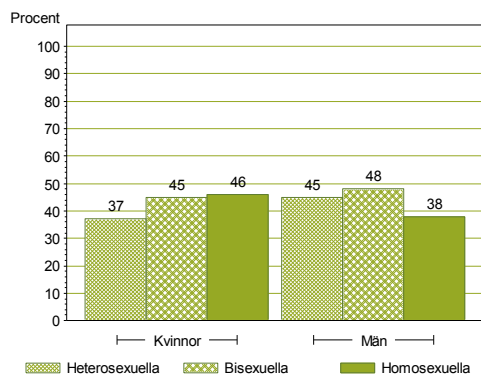


Figur 91 Andel kvinnor och män (25–64 år) som rapporterade att de hade lågt förtroende för domstolar, fördelat efter sexuell läggning och utbildning, 2010–2011.

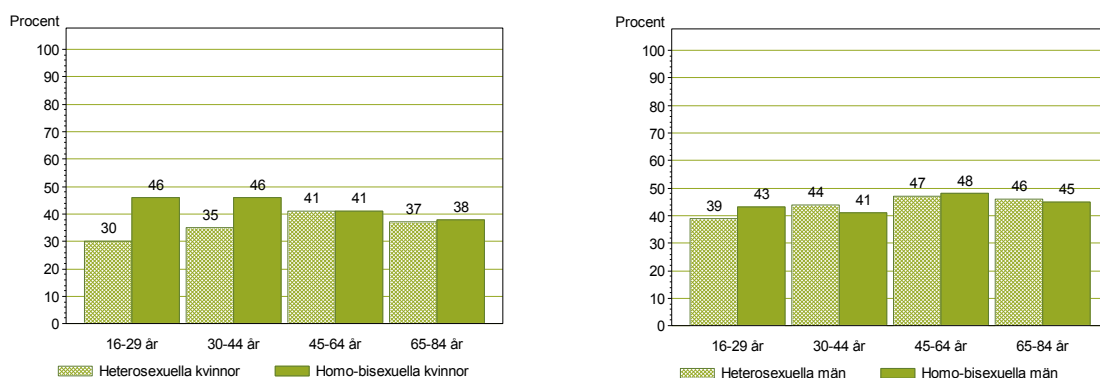
Förtroende för riksdagen



Figur 92 Andel kvinnor och män (16–64 år) som rapporterade att de hade lågt förtroende för riksdagen, fördelat efter sexuell läggning och år.

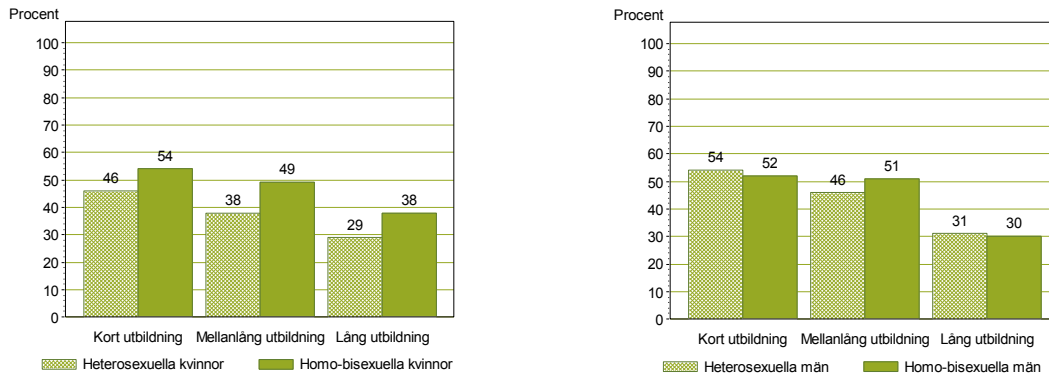


Figur 93 Andel kvinnor och män (16–64 år) som rapporterade att de hade lågt förtroende för riksdagen, fördelat efter sexuell läggning, 2010–2012.



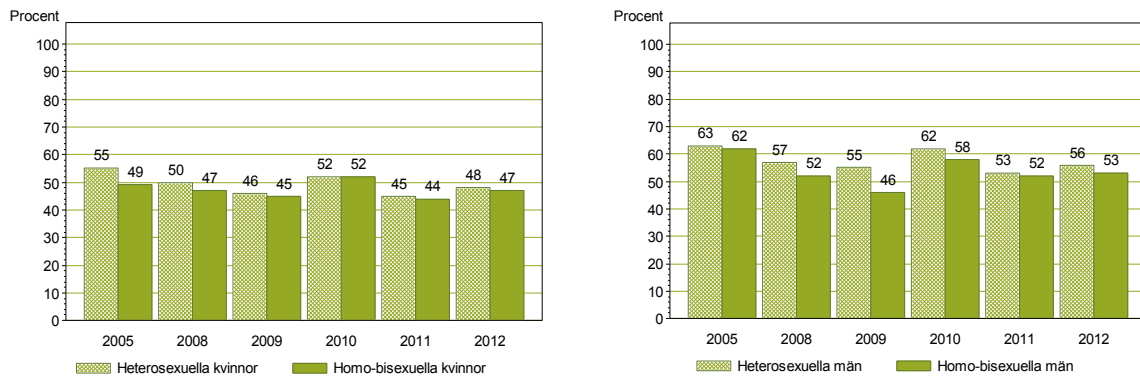
Figur 94 Andel kvinnor och män som rapporterade att de hade lågt förtroende för riksdagen, fördelat efter sexuell läggning och ålder, 2010–2012.

Utvecklingen av hälsan och hälsans bestämningsfaktorer bland homo- och bisexuella personer

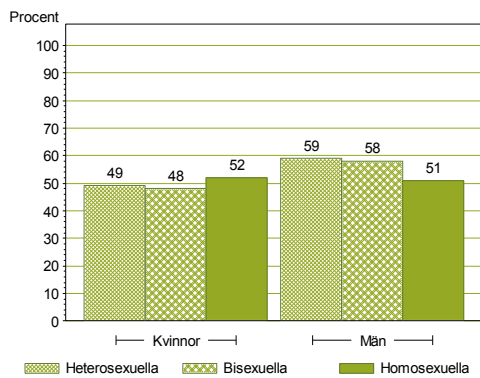


Figur 95 Andel kvinnor och män (25–64 år) som rapporterade att de hade lågt förtroende för riksdagen, fördelat efter sexuell läggning och utbildning, 2010–2012.

Förtroende för landstingspolitiker

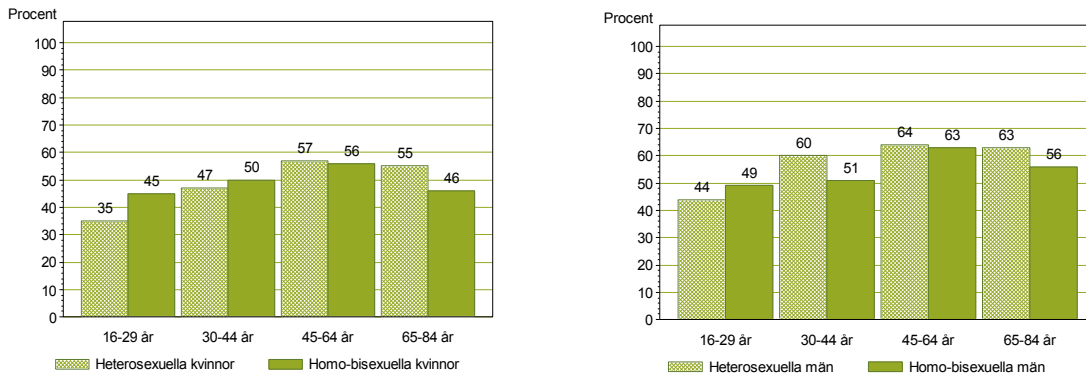


Figur 96 Andel kvinnor och män (16–64 år) som rapporterade att de hade lågt förtroende för landstingspolitiker, fördelat efter sexuell läggning och år.

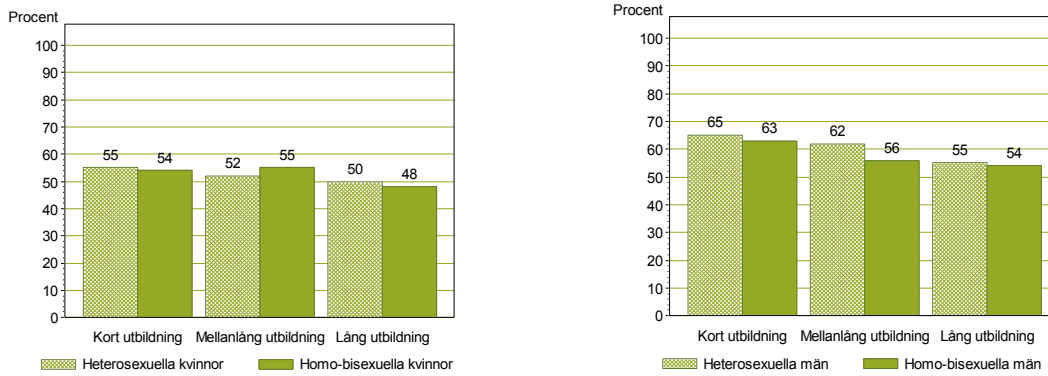


Figur 97 Andel kvinnor och män (16–64 år) som rapporterade att de hade lågt förtroende för landstingspolitiker, fördelat efter sexuell läggning, 2010–2012.

Utvecklingen av hälsan och hälsans bestämningsfaktorer bland homo- och bisexuella personer

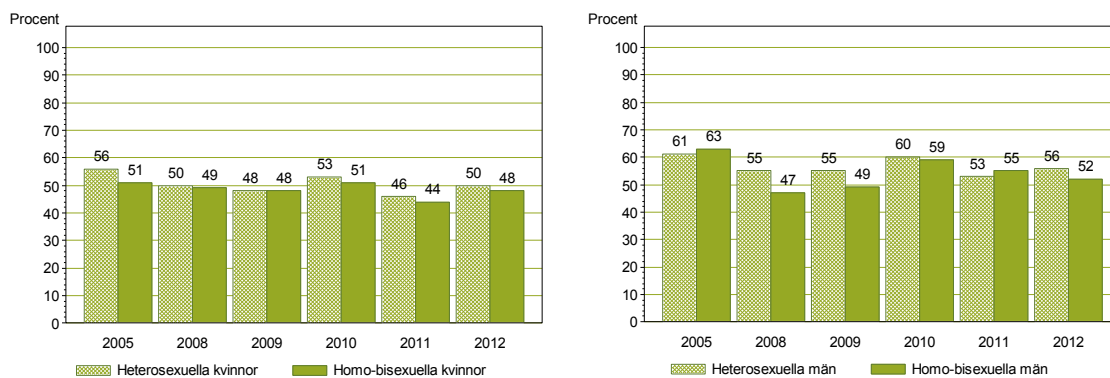


Figur 98 Andel kvinnor och män som rapporterade att de hade lågt förtroende för landstingspolitiker, fördelat efter sexuell läggning och ålder, 2010–2012.



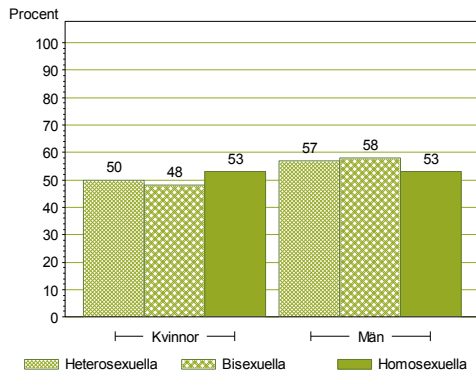
Figur 99 Andel kvinnor och män (25–64 år) som rapporterade att de hade lågt förtroende för landstingspolitiker, fördelat efter sexuell läggning och utbildning, 2010–2012.

Förtroende för kommunpolitiker

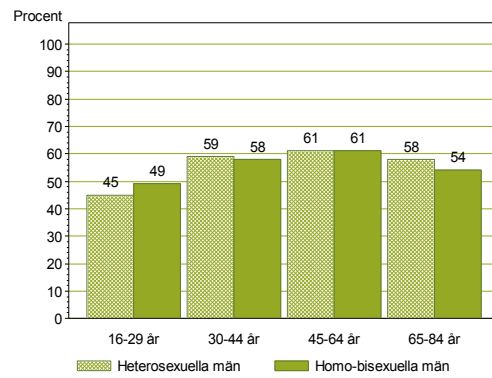
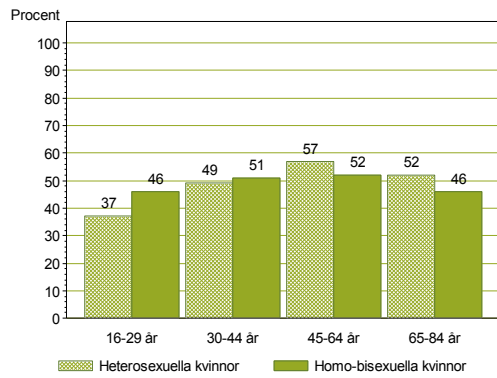


Figur 100 Andel kvinnor och män (16–64 år) som rapporterade att de hade lågt förtroende för kommunpolitiker, fördelat efter sexuell läggning och år.

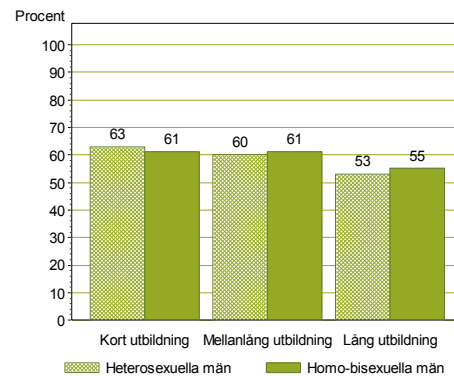
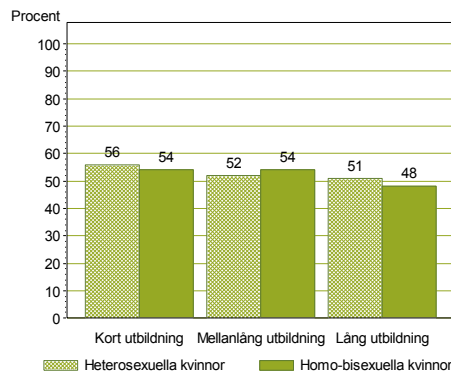
Utvecklingen av hälsan och hälsans bestämningsfaktorer bland homo- och bisexuella personer



Figur 101 Andel kvinnor och män (16–64 år) som rapporterade att de hade lågt förtroende för kommunpolitiker, fördelat efter sexuell läggning, 2010–2012.

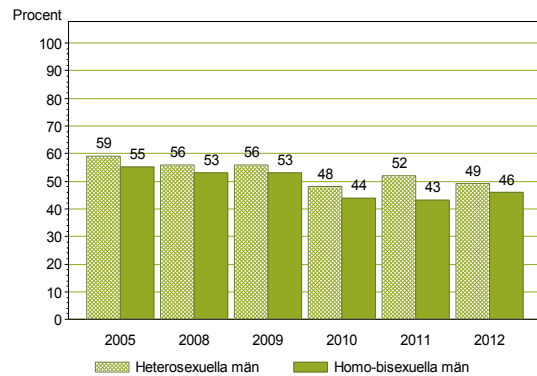
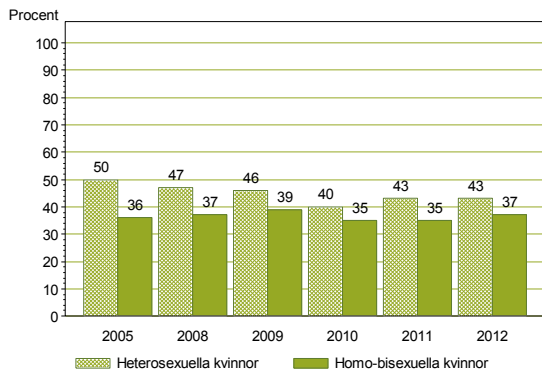


Figur 102 Andel kvinnor och män som rapporterade att de hade lågt förtroende för kommunpolitiker, fördelat efter sexuell läggning och ålder, 2010–2012.

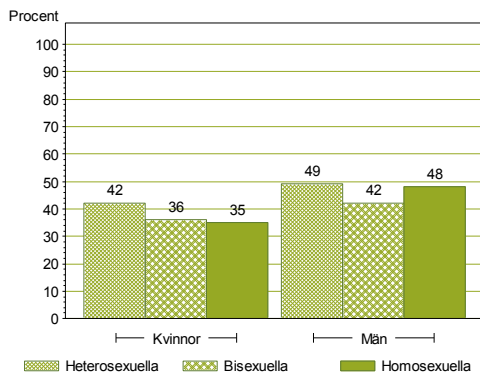


Figur 103 Andel kvinnor och män (25–64 år) som rapporterade att de hade lågt förtroende för kommunpolitiker, fördelat efter sexuell läggning och utbildning, 2010–2012.

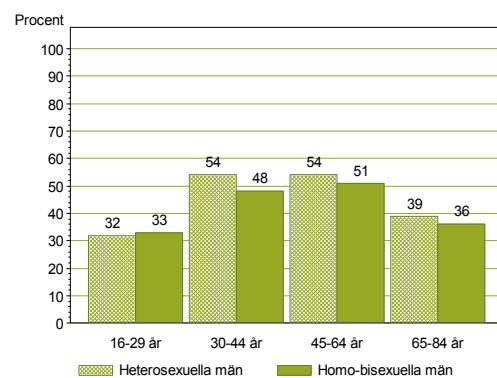
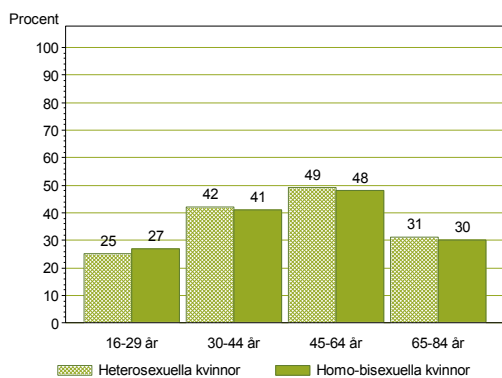
Förtroende för fackföreningar



Figur 104 Andel kvinnor och män (16–64 år) som rapporterade att de hade lågt förtroende för fackföreningar, fördelat efter sexuell läggning och år.

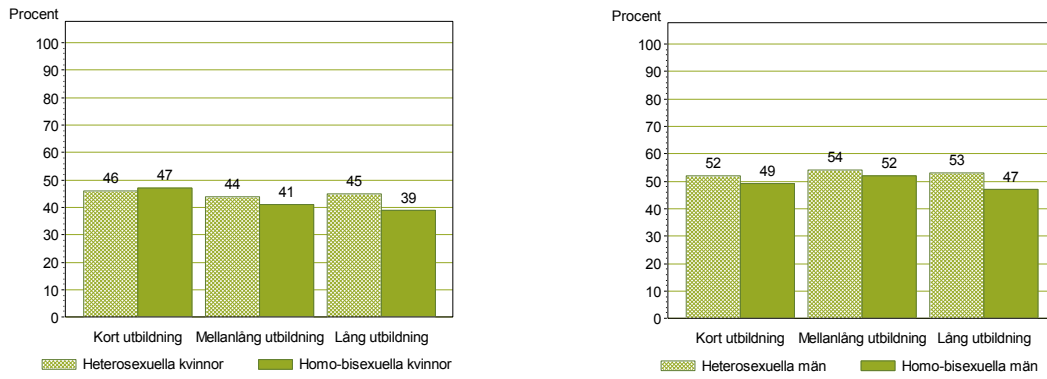


Figur 105 Andel kvinnor och män (16–64 år) som rapporterade att de hade lågt förtroende för fackföreningar, fördelat efter sexuell läggning, 2010–2012.



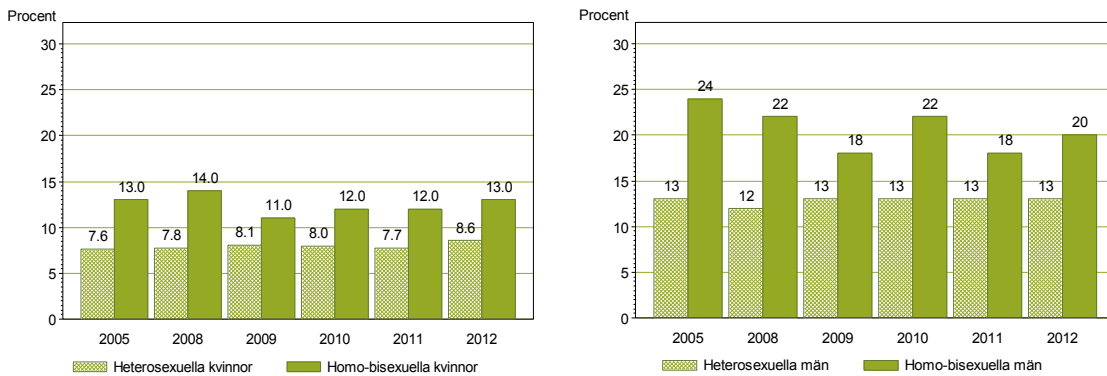
Figur 106 Andel kvinnor och män som rapporterade att de hade lågt förtroende för fackföreningar, fördelat efter sexuell läggning och ålder, 2010–2012.

Utvecklingen av hälsan och hälsans bestämningsfaktorer bland homo- och bisexuella personer

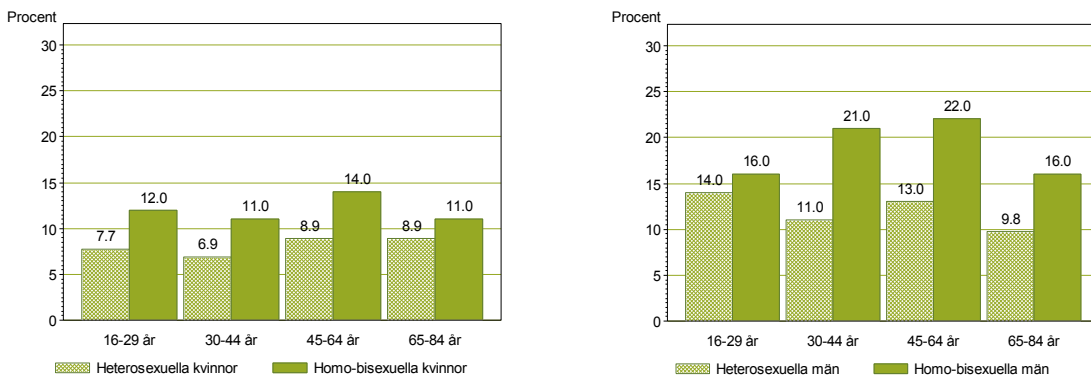


Figur 107 Andel kvinnor och män (25–64 år) som rapporterade att de hade lågt förtroende för fackföreningar, fördelat efter sexuell läggning och utbildning, 2010–2012.

Emotionellt stöd

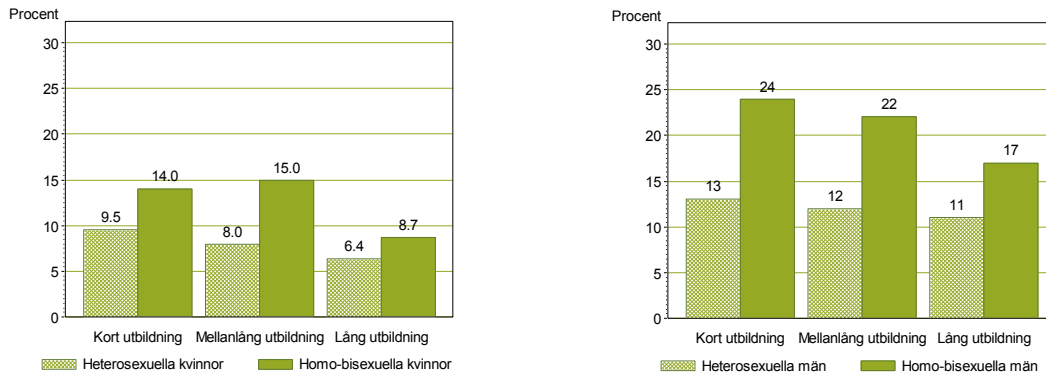


Figur 108 Andel kvinnor och män (16–64 år) som rapporterade att de saknade emotionellt stöd, fördelat efter sexuell läggning och år.



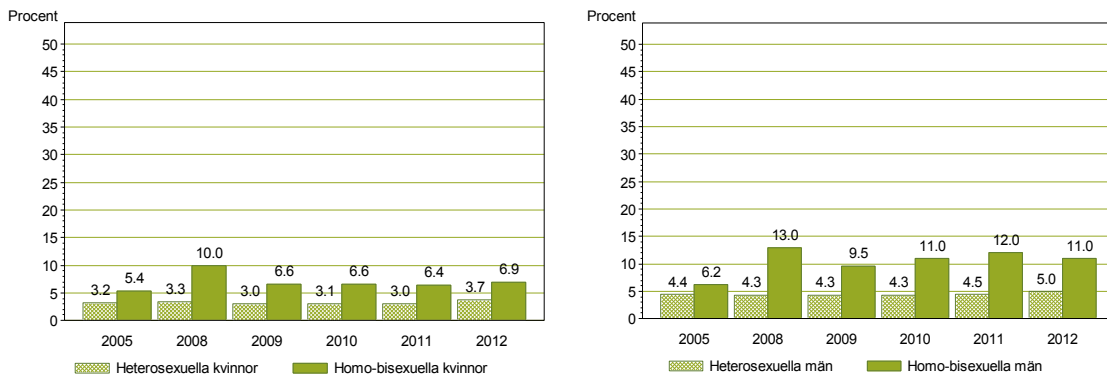
Figur 109 Andel kvinnor och män som rapporterade att de saknade emotionellt stöd fördelat efter sexuell läggning och ålder, 2010–2012.

Utvecklingen av hälsan och hälsans bestämningsfaktorer bland homo- och bisexuella personer

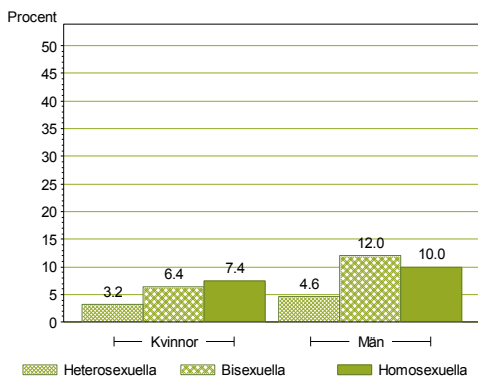


Figur 110 Andel kvinnor och män (25–64 år) som rapporterade att de saknade emotionellt stöd fördelat efter sexuell läggning och utbildning, 2010–2012.

Praktiskt stöd

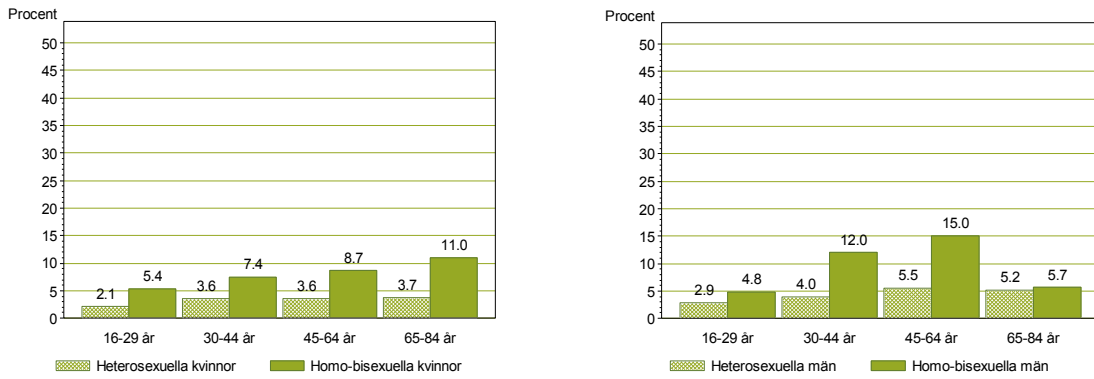


Figur 111 Andel kvinnor och män (16–64 år) som rapporterade att de saknade praktiskt stöd, fördelat efter sexuell läggning och år.

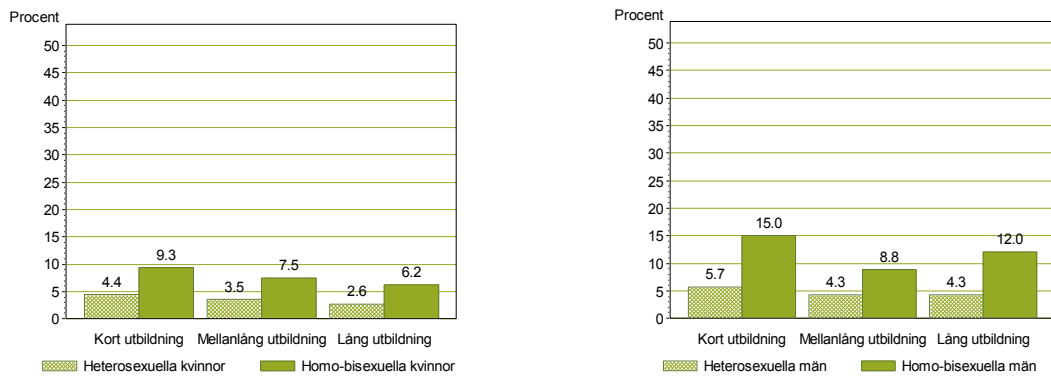


Figur 112 Andel kvinnor och män (16–64 år) som rapporterade att de saknade praktiskt stöd, fördelat efter sexuell läggning, 2010–2012.

Utvecklingen av hälsan och hälsans bestämningsfaktorer bland homo- och bisexuella personer



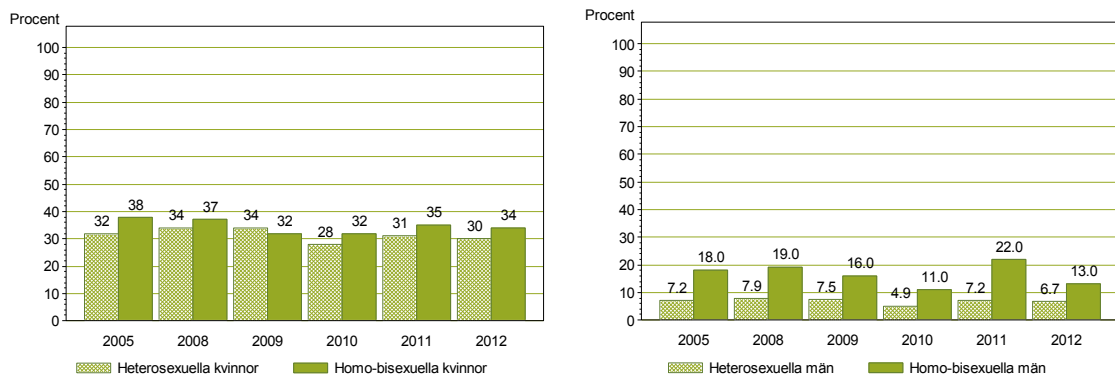
Figur 113 Andel kvinnor och män som rapporterade att de saknade praktiskt stöd fördelat efter sexuell läggning och ålder, 2010–2012.



Figur 114 Andel kvinnor och män (25–64 år) som rapporterade att de saknade praktiskt stöd fördelat efter sexuell läggning och utbildning, 2010–2012.

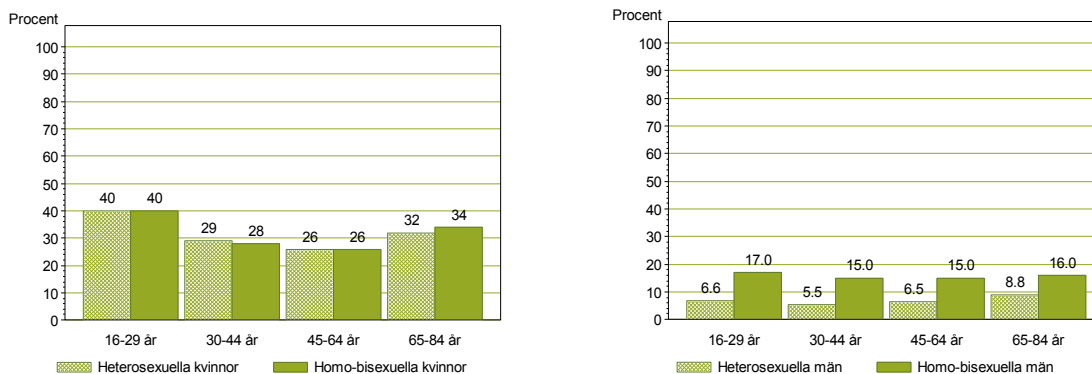
Boendemiljö

Rädsla för överfall, rån eller annat ofredande

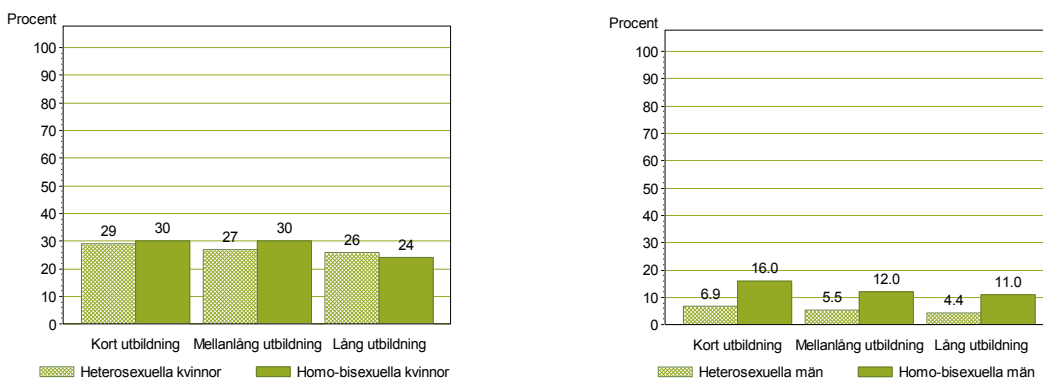


Figur 115 Andel kvinnor och män (16–64 år) som avstått från att gå ut ensamma av rädsla för överfall, rån eller annat ofredande, fördelat efter sexuell läggning och år.

Utvecklingen av hälsan och hälsans bestämningsfaktorer bland homo- och bisexuella personer



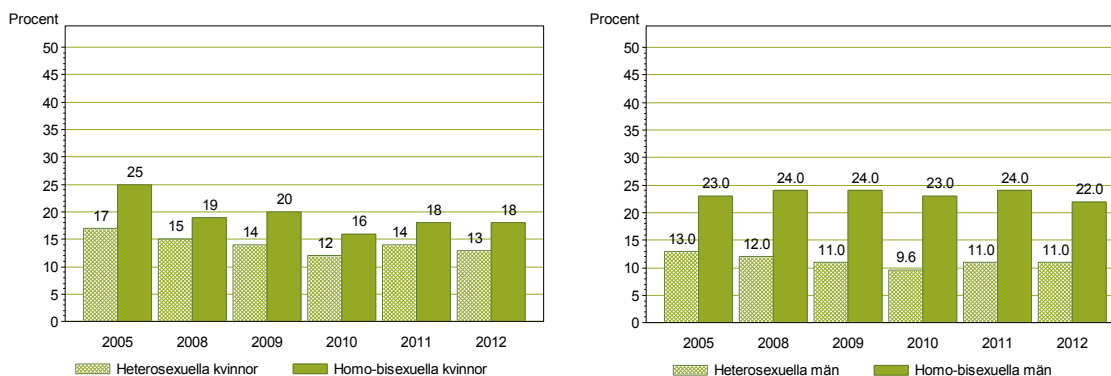
Figur 116 Andel kvinnor och män som avstått från att gå ut ensamma av rädsla för överfall, rån eller annat ofredande, fördelat efter sexuell läggning och ålder, 2010–2012.



Figur 117 Andel kvinnor och män (25–64 år) som avstått från att gå ut ensamma av rädsla för överfall, rån eller annat ofredande, fördelat efter sexuell läggning och utbildning, 2010–2012.

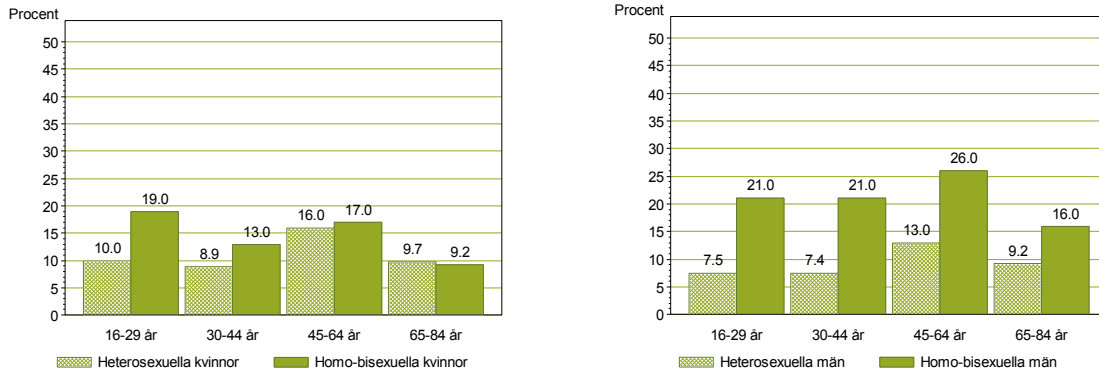
Levnadsvanor

Rökning

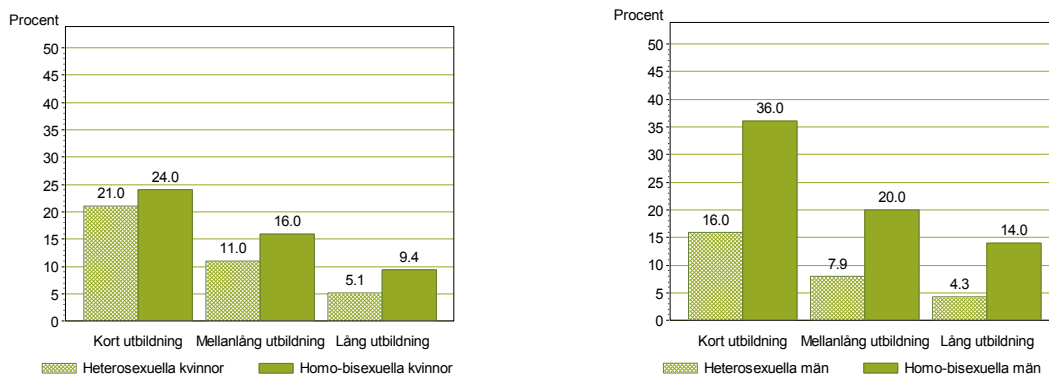


Figur 118 Andel kvinnor och män (16–64 år) som rökte dagligen, fördelat efter sexuell läggning och år.

Utvecklingen av hälsan och hälsans bestämningsfaktorer bland homo- och bisexuella personer

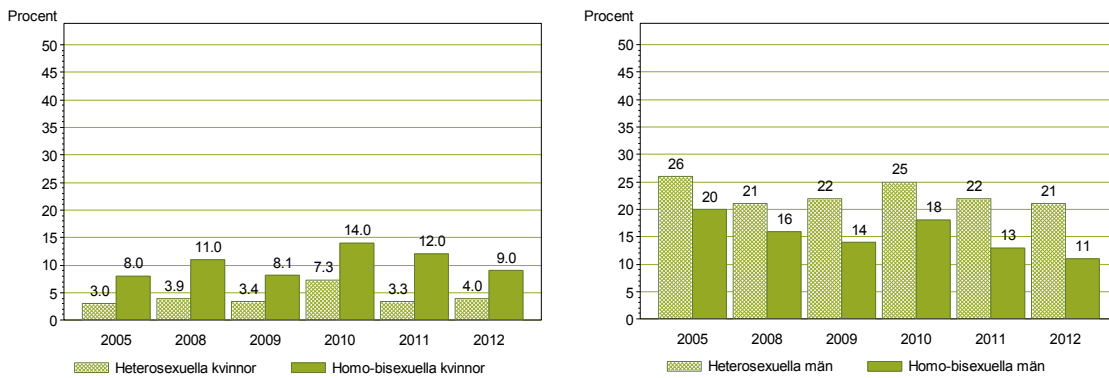


Figur 119 Andel kvinnor och män som rökte dagligen, fördelat efter sexuell läggning och ålder, 2010–2012.



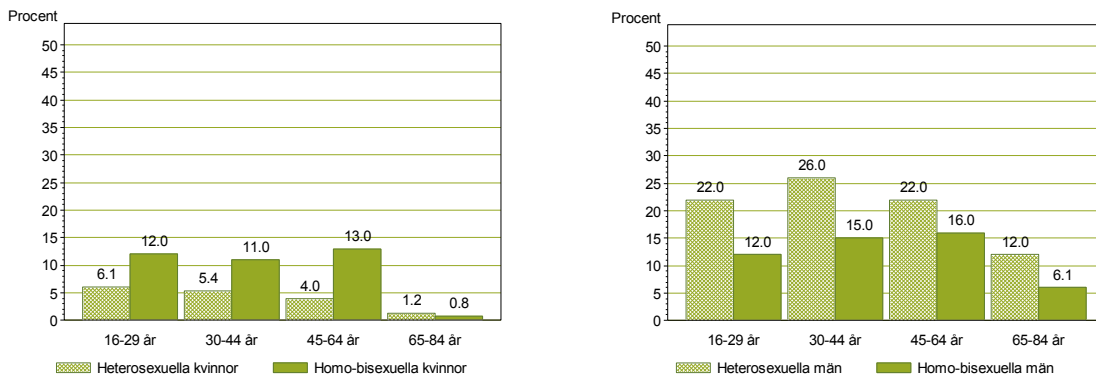
Figur 120 Andel kvinnor och män (25–64 år) som rökte dagligen, fördelat efter sexuell läggning och utbildning, 2010–2012.

Snusning

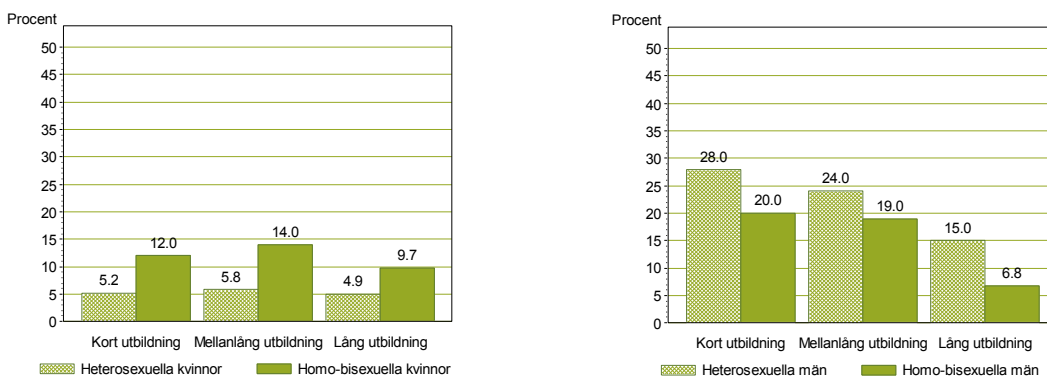


Figur 121 Andel kvinnor och män (16–64 år) som snusade dagligen, fördelat efter sexuell läggning och år.

Utvecklingen av hälsan och hälsans bestämningsfaktorer bland homo- och bisexuella personer

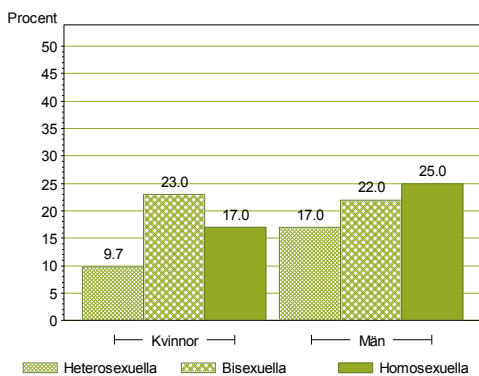


Figur 122 Andel kvinnor och män som snusade dagligen, fördelat efter sexuell läggning och ålder, 2010–2012.



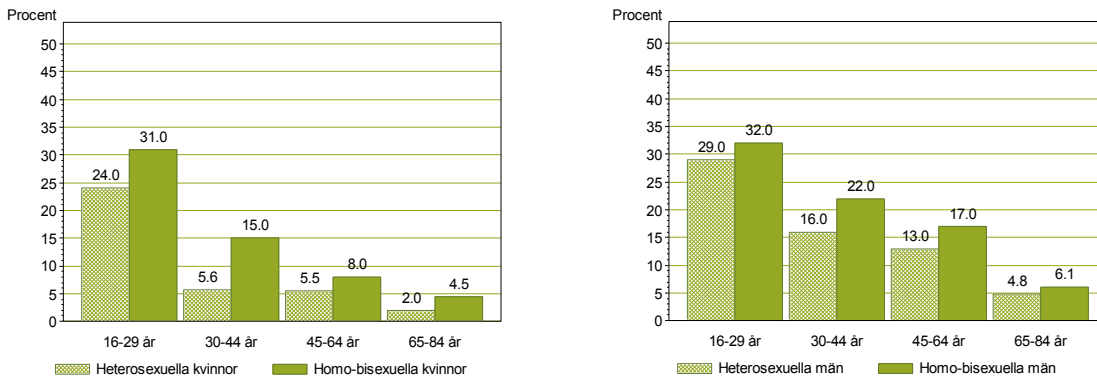
Figur 123 Andel kvinnor och män (25–64 år) som snusade dagligen, fördelat efter sexuell läggning och utbildning, 2010–2012.

Alkohol

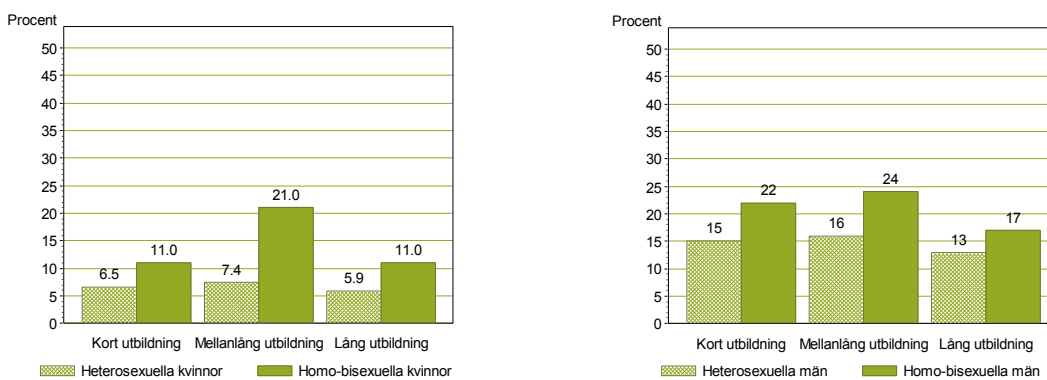


Figur 124 Andel kvinnor och män (16–64 år) som var riskkonsumenter av alkohol, fördelat efter sexuell läggning, 2010–2012.

Utvecklingen av hälsan och hälsans bestämningsfaktorer bland homo- och bisexuella personer

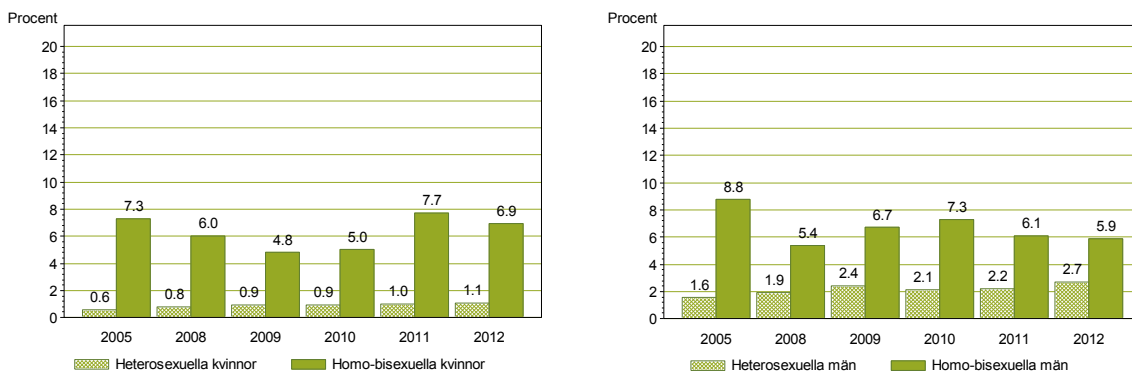


Figur 125 Andel kvinnor och män som var riskkonsumenter av alkohol, fördelat efter sexuell läggning och ålder, 2010–2012.



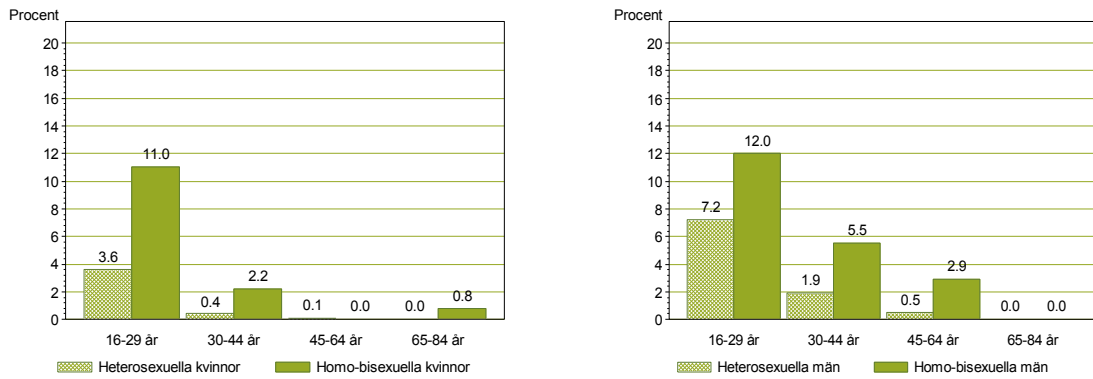
Figur 126 Andel kvinnor och män (25–64 år) som var riskkonsumenter av alkohol, fördelat efter sexuell läggning och utbildning, 2010–2012.

Narkotika

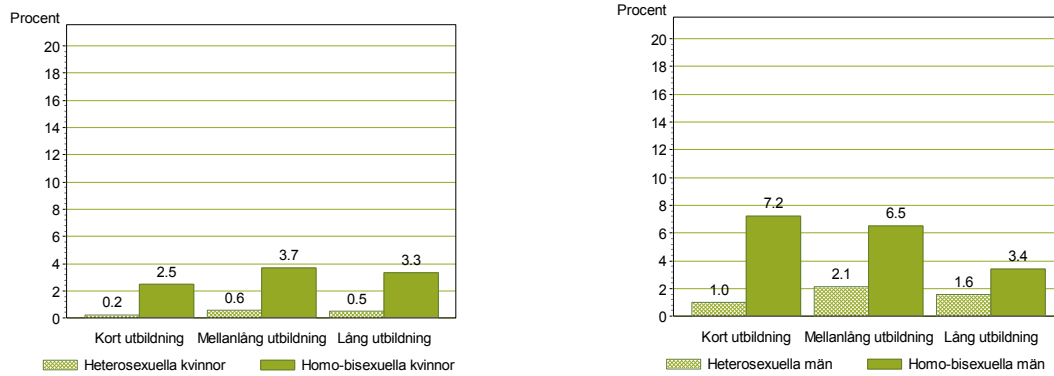


Figur 127 Andel kvinnor och män (16–64 år) som använt cannabis under de senaste 12 månaderna, fördelat efter sexuell läggning och år.

Utvecklingen av hälsan och hälsans bestämningsfaktorer bland homo- och bisexuella personer

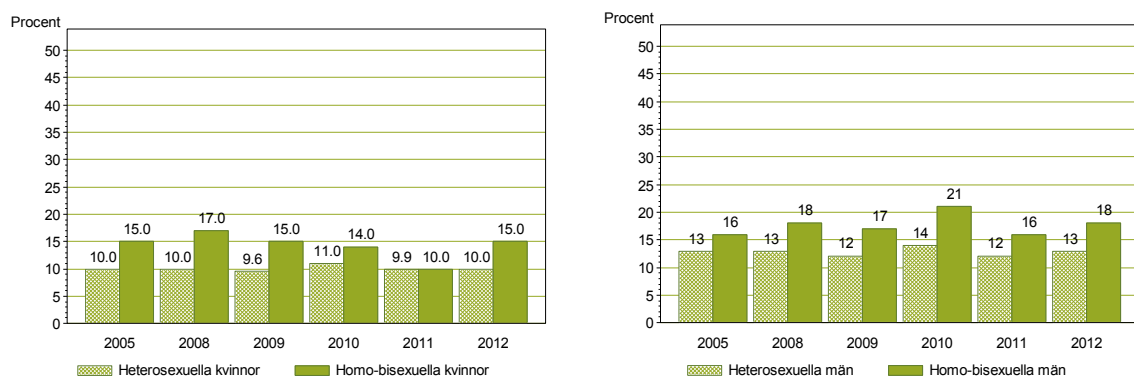


Figur 128 Andel kvinnor och män som använt cannabis under de senaste 12 månaderna, fördelat efter sexuell läggning och ålder, 2010–2012.



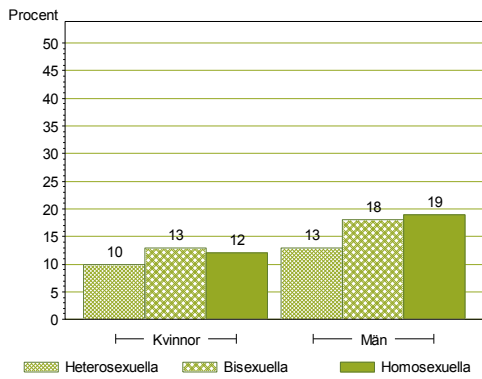
Figur 129 Andel kvinnor och män (25–64 år) som använt cannabis under de senaste 12 månaderna, fördelat efter sexuell läggning och utbildning, 2010–2012.

Stillasittande fritid

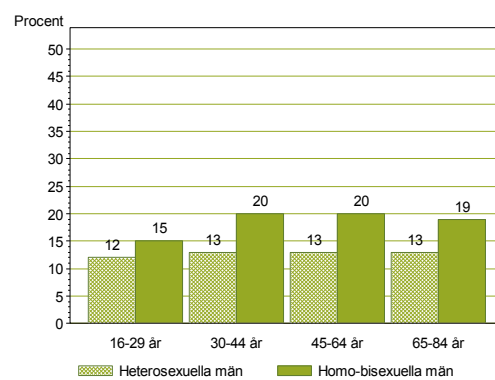
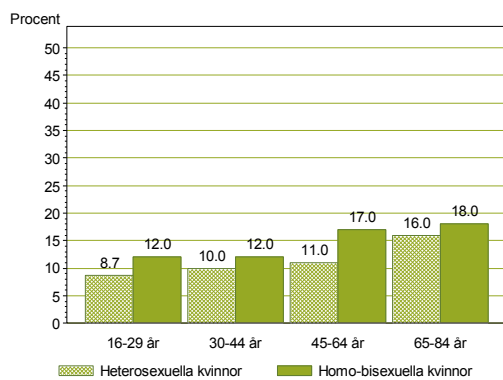


Figur 130 Andel kvinnor och män (16–64 år) som hade en stillasittande fritid, fördelat efter sexuell läggning och år.

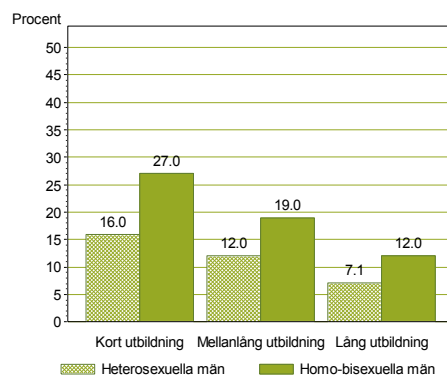
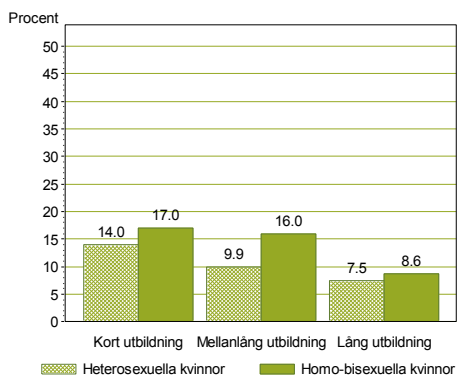
Utvecklingen av hälsan och hälsans bestämningsfaktorer bland homo- och bisexuella personer



Figur 131 Andel kvinnor och män (16–64 år) som hade en stillasittande fritid, fördelat efter sexuell läggning, 2010–2012.

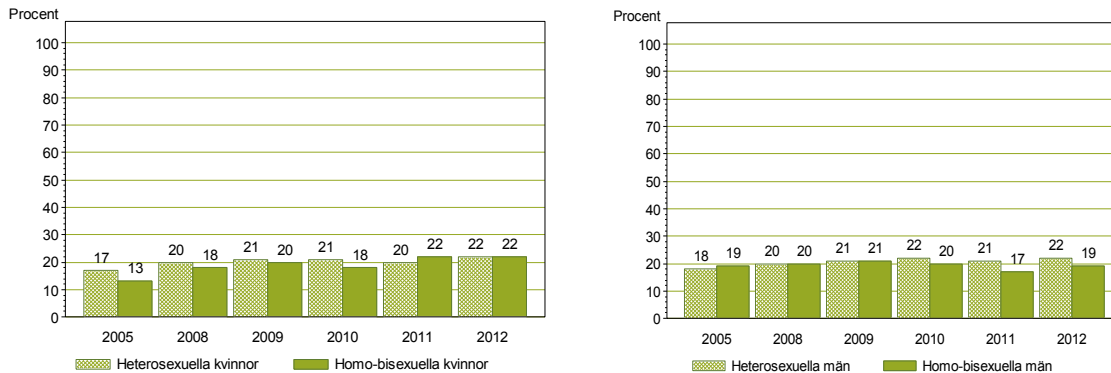


Figur 132 Andel kvinnor och män med stillasittande fritid, fördelat efter sexuell läggning och ålder, 2010–2012.

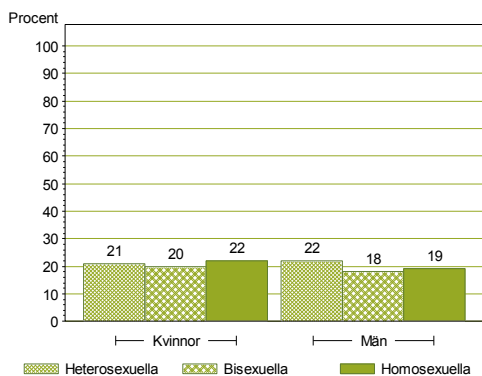


Figur 133 Andel kvinnor och män (25–64 år) med stillasittande fritid under de senaste 12 månaderna, fördelat efter sexuell läggning och utbildning, 2010–2012.

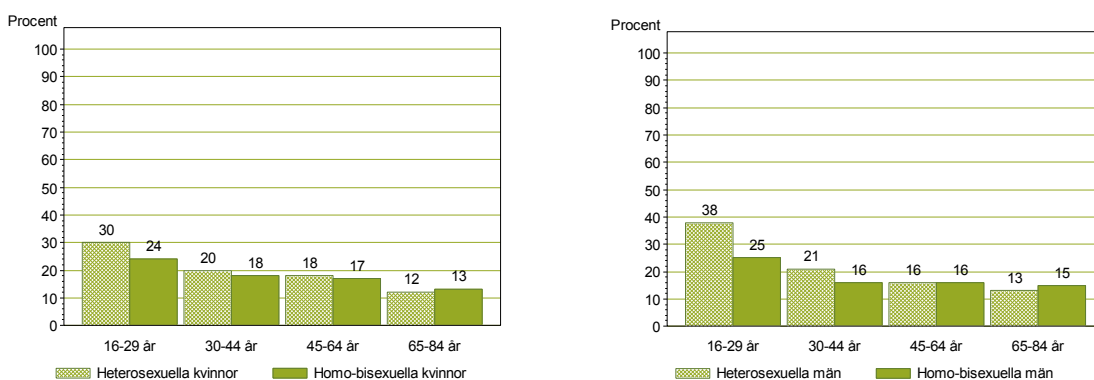
Regelbunden motion och träning



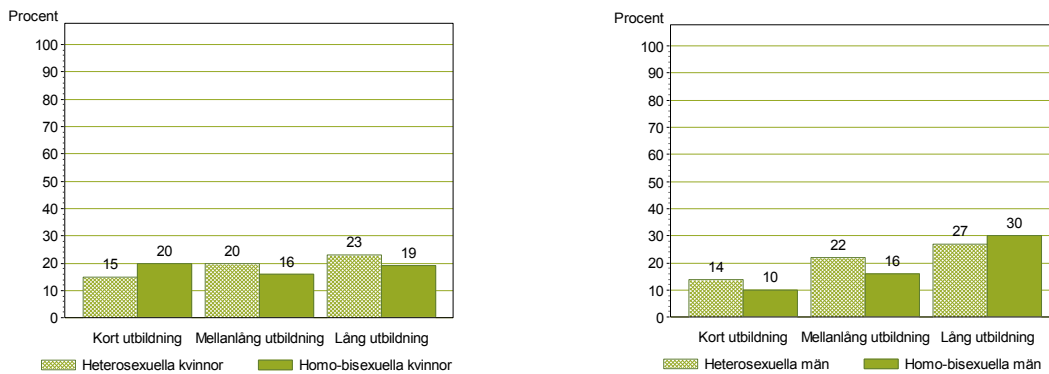
Figur 134 Andel kvinnor och män (16–64 år) som motionerade och tränade regelbundet, fördelat efter sexuell läggning och år.



Figur 135 Andel kvinnor och män (16–64 år) som motionerade och tränade regelbundet, fördelat efter sexuell läggning, 2010–2012.



Figur 136 Andel kvinnor och män som motionerade och tränade regelbundet, fördelat efter sexuell läggning och ålder, 2010–2012.

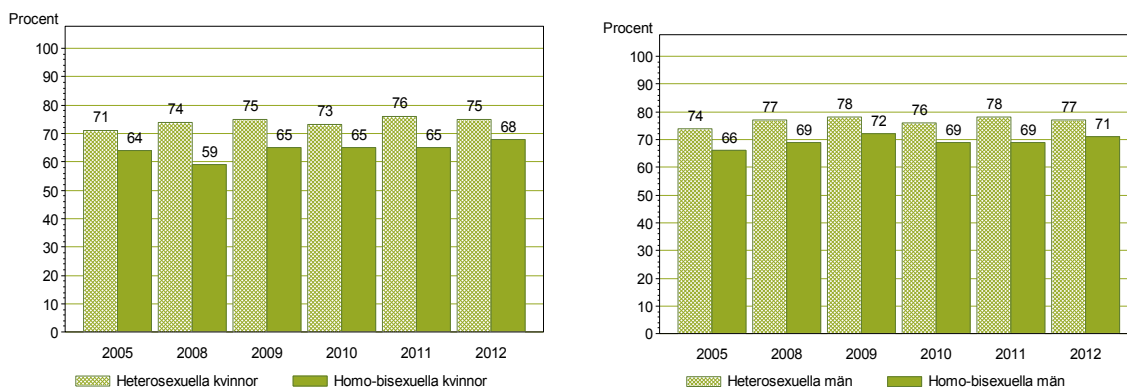


Figur 137 Andel kvinnor och män (25–64 år) som motionerade och tränade regelbundet, fördelat efter sexuell läggning och utbildning, 2010–2012.

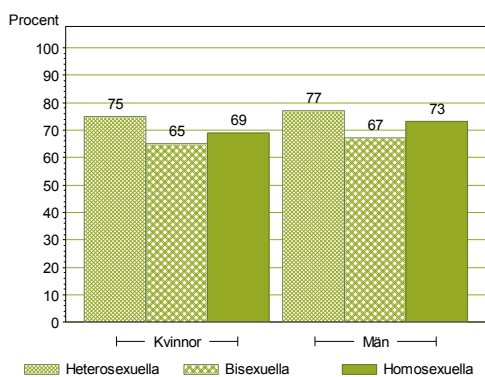
Hälsa

Allmänt hälsotillstånd

Bra allmänt hälsotillstånd

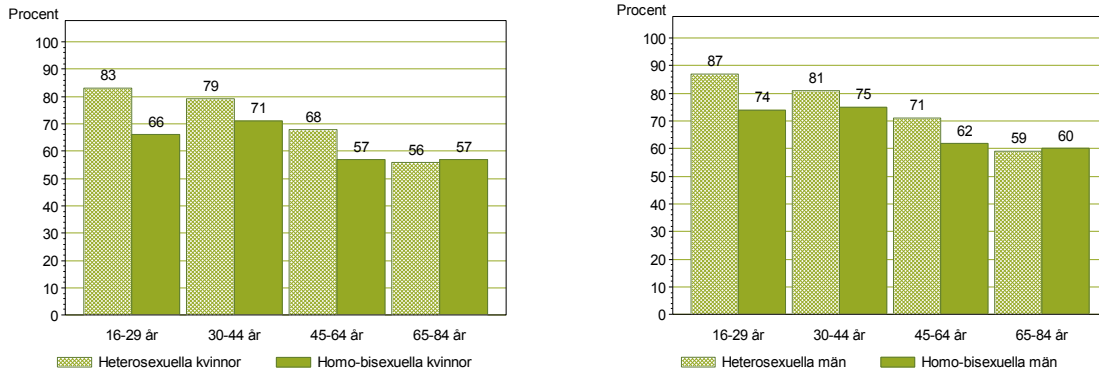


Figur 138 Andel kvinnor och män (16–64 år) som rapporterade bra allmänt hälsotillstånd, fördelat efter sexuell läggning och år.

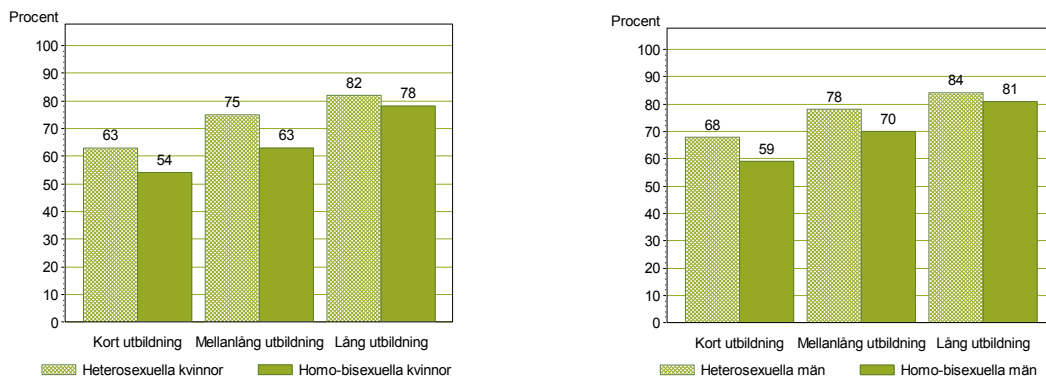


Figur 139 Andel kvinnor och män (16–64 år) som rapporterade bra allmänt hälsotillstånd, fördelat efter sexuell läggning, 2010–2012.

Utvecklingen av hälsan och hälsans bestämningsfaktorer bland homo- och bisexuella personer

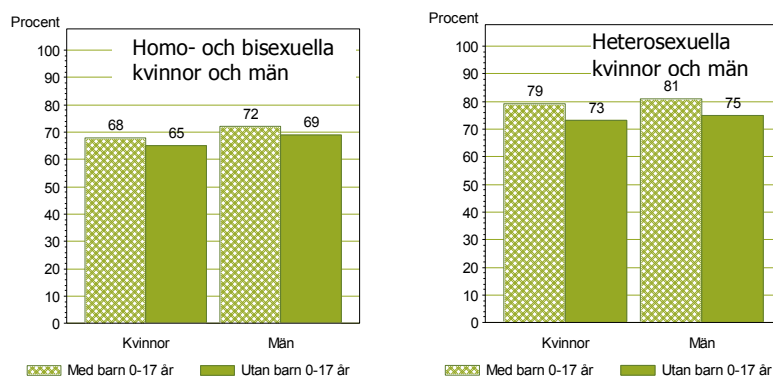


Figur 140 Andel kvinnor och män som rapporterade bra allmänt hälsotillstånd, fördelat efter sexuell läggning och ålder, 2010–2012.



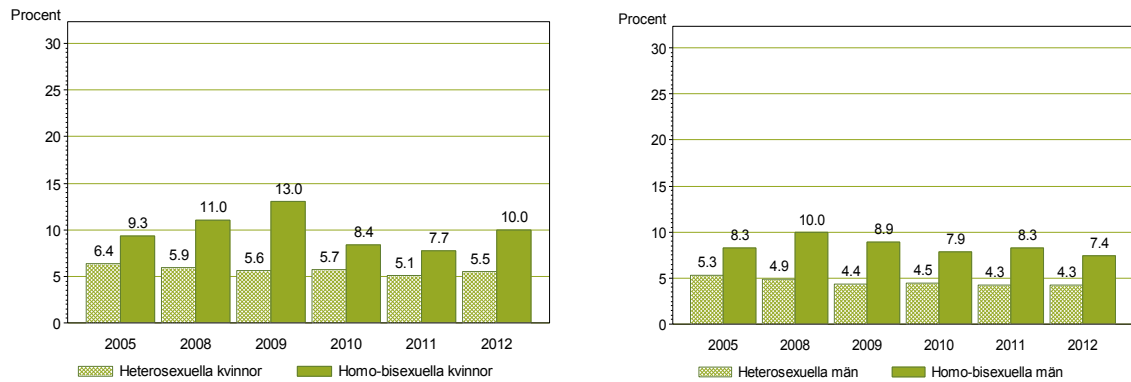
Figur 141 Andel kvinnor och män (25–64 år) som rapporterade bra allmänt hälsotillstånd, fördelat efter sexuell läggning och utbildning, 2010–2012.

Homo- och bisexuella kvinnor och män

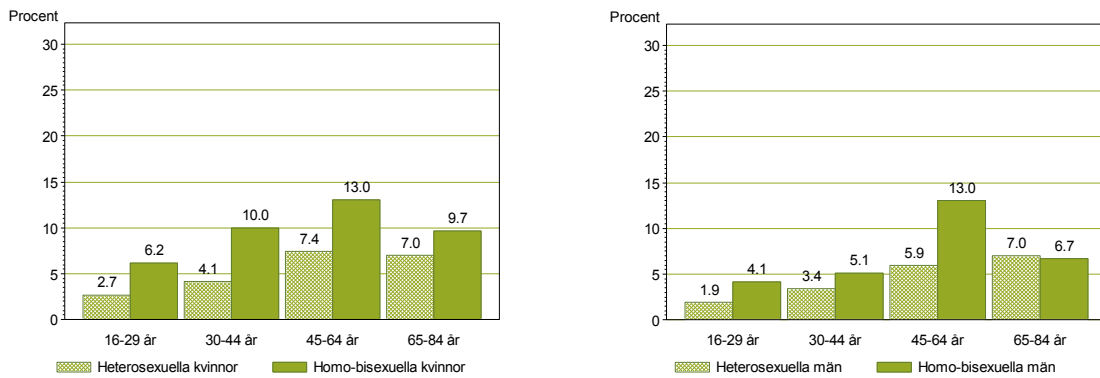


Figur 142 Andel homo- och bisexuella kvinnor och män med bra allmänt hälsotillstånd med och utan barn (0–17 år) och andel heterosexuella kvinnor och män med bra allmänt hälsotillstånd med och utan barn (0–17 år), 2010–2012.

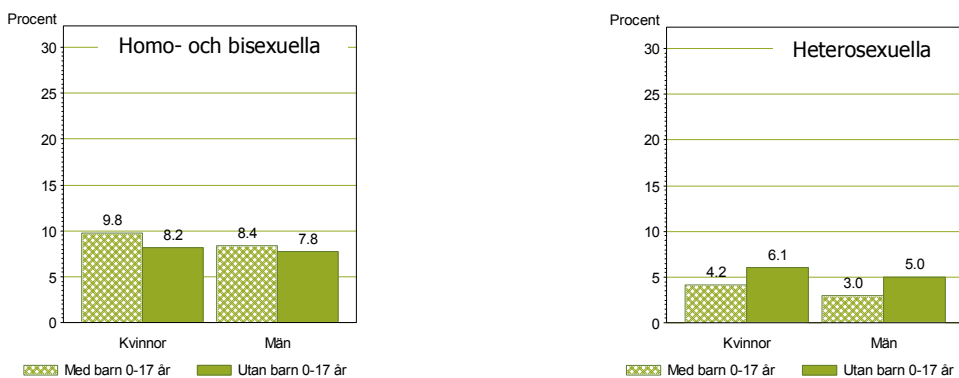
Dåligt allmänt hälsotillstånd



Figur 143 Andel kvinnor och män (16–64 år) som rapporterade dåligt allmänt hälsotillstånd, fördelat efter sexuell läggning och år.



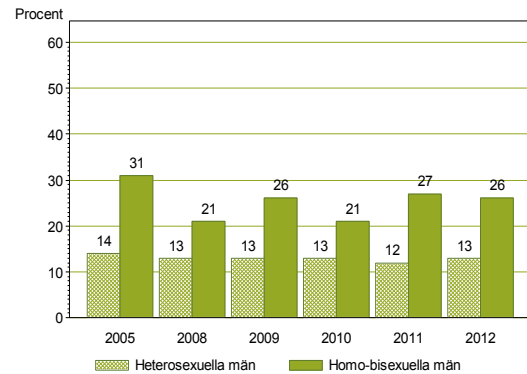
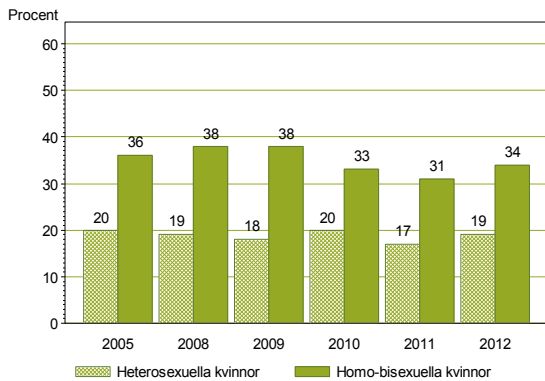
Figur 144 Andel kvinnor och män som rapporterade dåligt allmänt hälsotillstånd, fördelat efter sexuell läggning och ålder, 2010–2012.



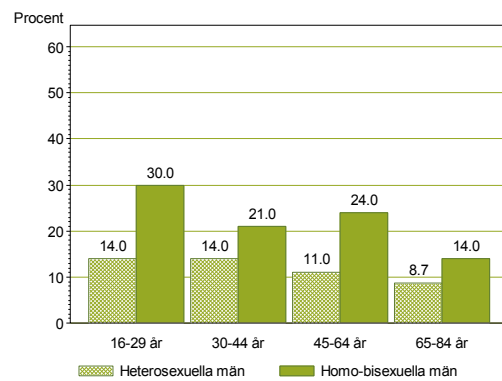
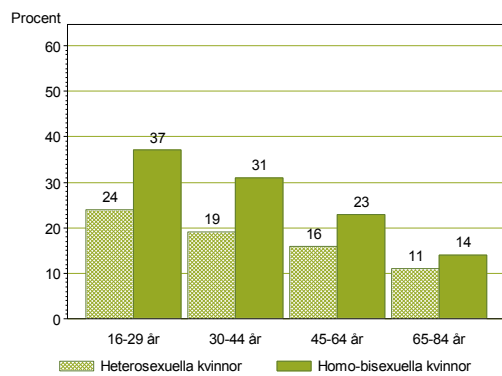
Figur 145 Andel homo- och bisexuella kvinnor och män med dåligt allmänt hälsotillstånd med och utan barn (0–17 år) och andel heterosexuella kvinnor och män med dåligt allmänt hälsotillstånd med och utan barn (0–17 år), 2010–2012.

Psykisk hälsa

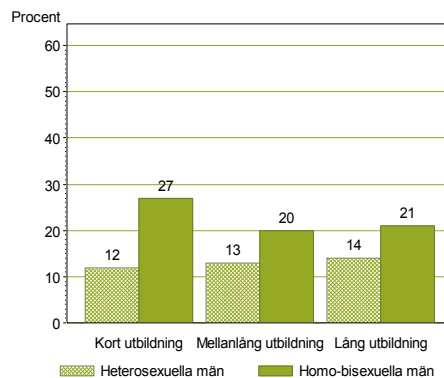
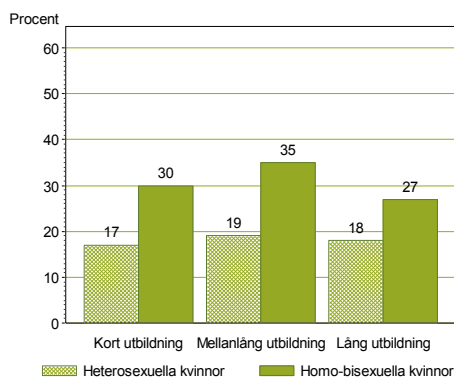
Nedsatt psykiskt välbefinnande (GHQ12)



Figur 146 Andel kvinnor och män (16–64 år) med nedsatt psykiskt välbefinnande(GHQ12), fördelat efter sexuell läggning och år.

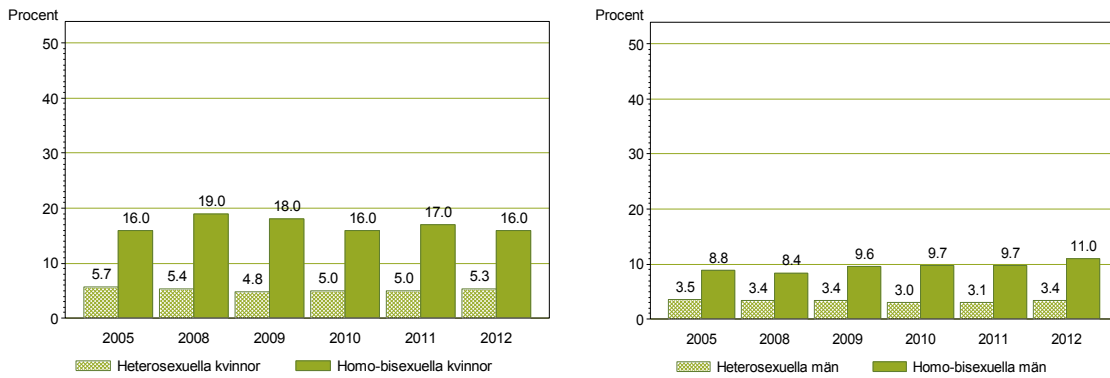


Figur 147 Andel kvinnor och män som rapporterade nedsatt psykiskt välbefinnande(GHQ12), fördelat efter sexuell läggning och ålder, 2010–2012.

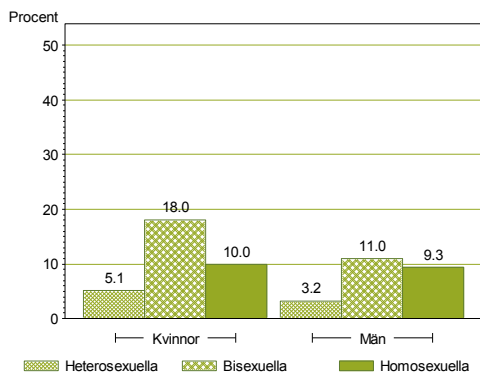


Figur 148 Andel kvinnor och män (25–64 år) som rapporterade nedsatt psykiskt välbefinnande(GHQ12), fördelat efter sexuell läggning och utbildning, 2010–2012.

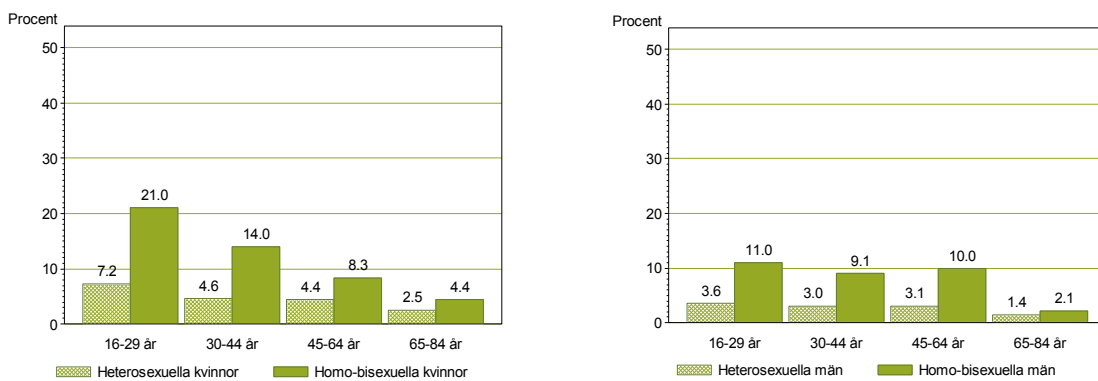
Ängslan, oro eller ångest



Figur 149 Andel kvinnor och män (16–64 år) med svår ängslan, oro eller ångest, fördelat efter sexuell läggning och år.

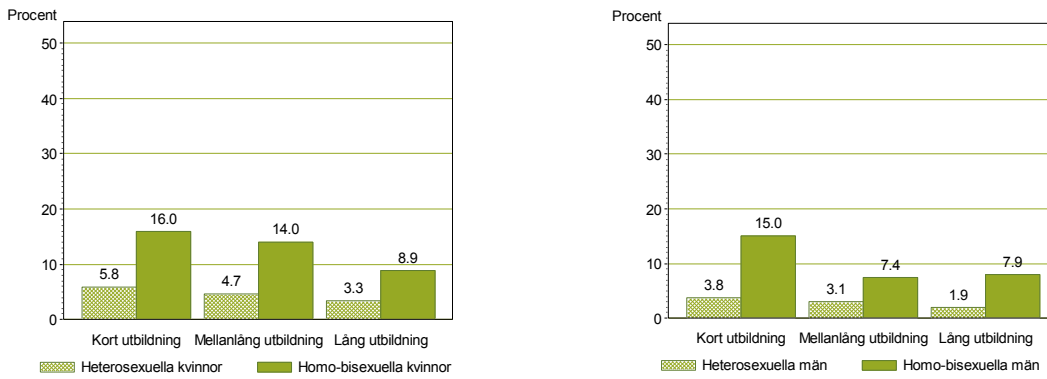


Figur 150 Andel kvinnor och män (16–64 år) med svår ängslan, oro eller ångest, fördelat efter sexuell läggning 2010–2012.



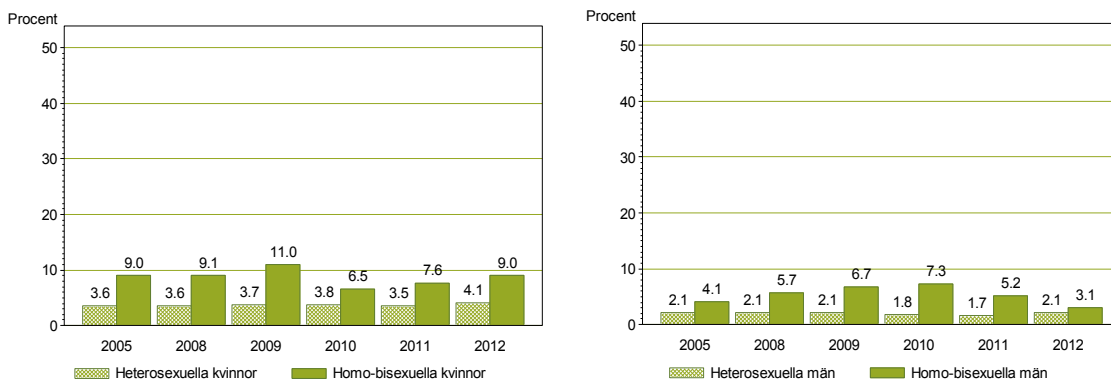
Figur 151 Andel kvinnor och män som rapporterade svår ängslan, oro eller ångest, fördelat efter sexuell läggning och ålder, 2010–2012.

Utvecklingen av hälsan och hälsans bestämningsfaktorer bland homo- och bisexuella personer

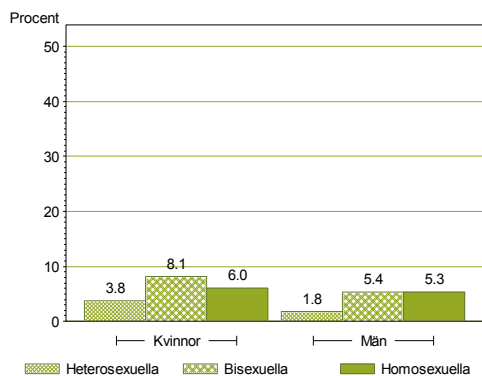


Figur 152 Andel kvinnor och män (25–64 år) som rapporterade svår ångslan, oro eller ångest, fördelat efter sexuell läggning och utbildning, 2010–2012.

Stress

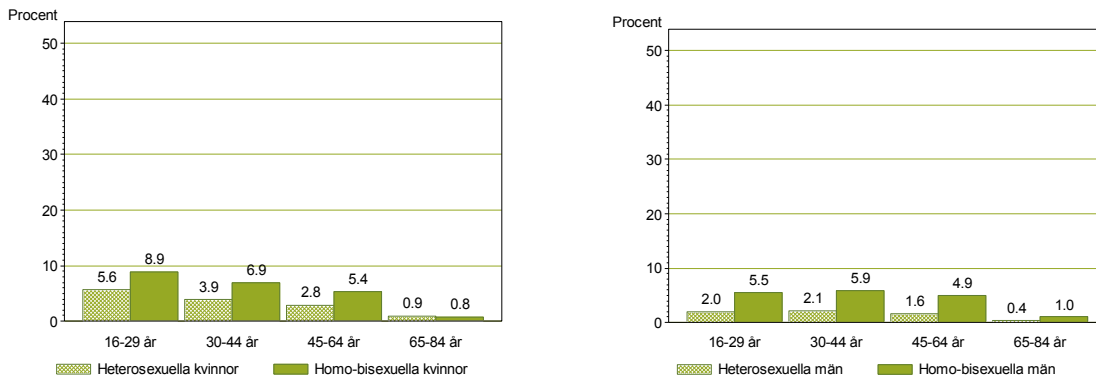


Figur 153 Andel kvinnor och män (16–64 år) som kände sig mycket stressade, fördelat efter sexuell läggning och år.

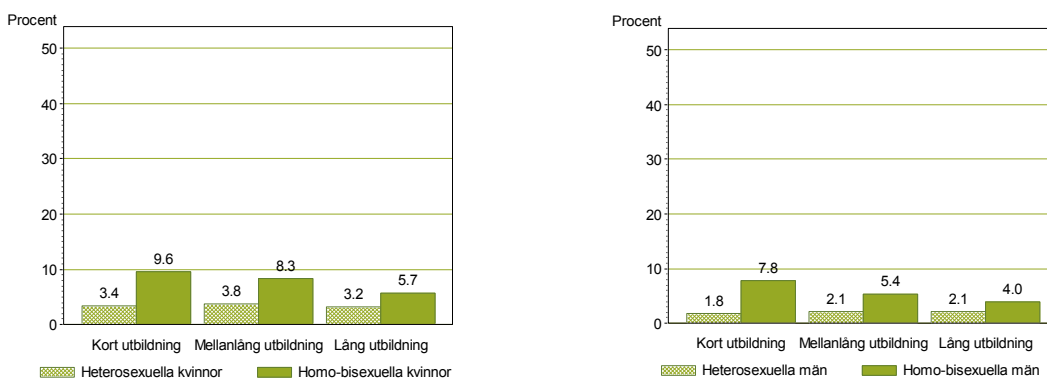


Figur 154 Andel kvinnor och män (16–64 år) som kände sig mycket stressade, fördelat efter sexuell läggning, 2010–2012.

Utvecklingen av hälsan och hälsans bestämningsfaktorer bland homo- och bisexuella personer

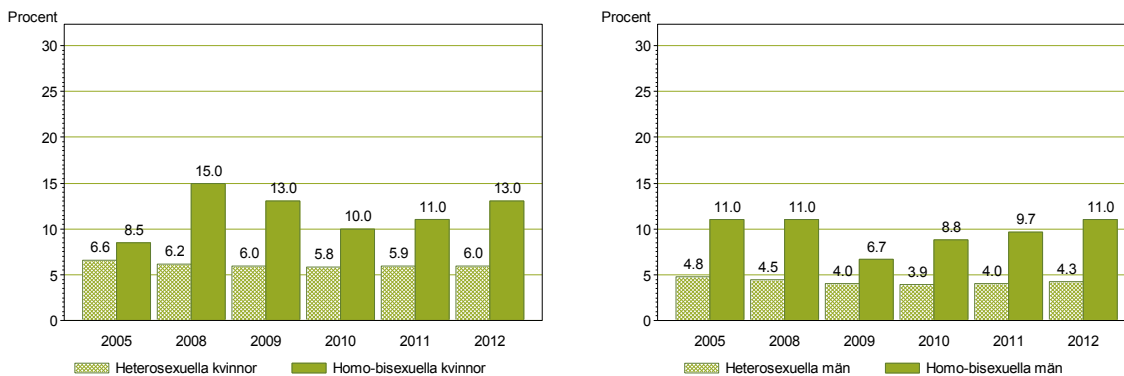


Figur 155 Andel kvinnor och män som kände sig mycket stressade, fördelat efter sexuell läggning och ålder, 2010–2012.



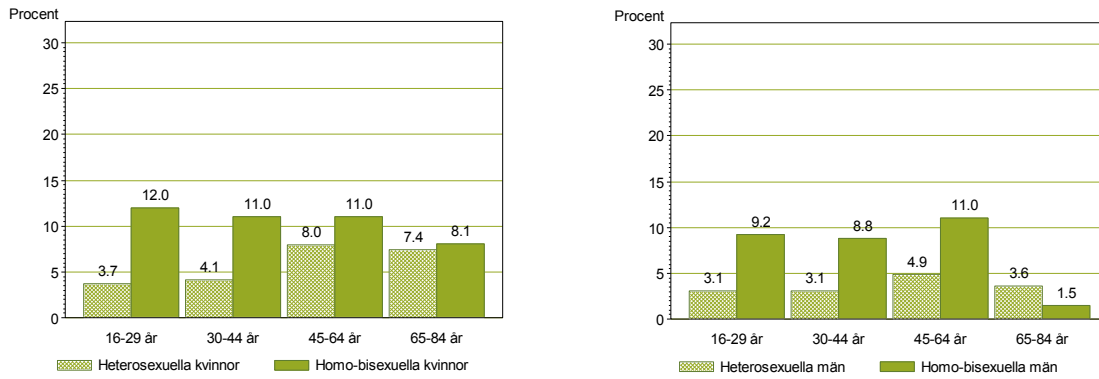
Figur 156 Andel kvinnor och män (25–64 år) som kände sig mycket stressade, fördelat efter sexuell läggning och utbildning, 2010–2012.

Sömnbesvär

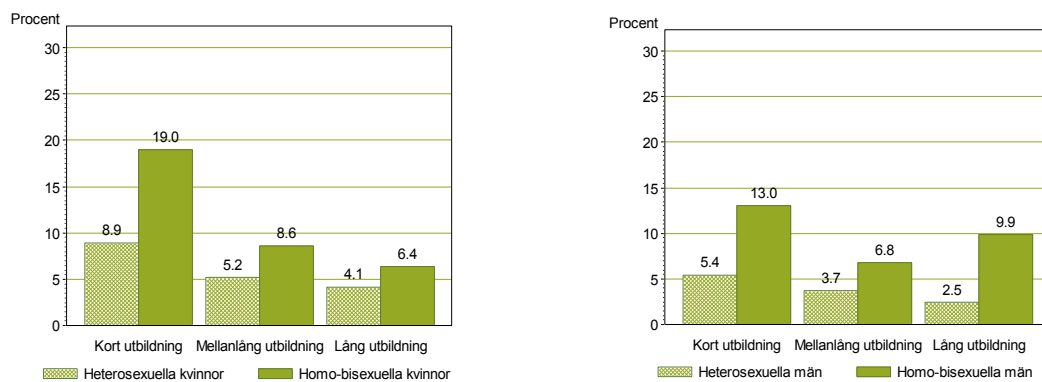


Figur 157 Andel kvinnor och män (16–64 år) med svåra sömnbesvär, fördelat efter sexuell läggning och år.

Utvecklingen av hälsan och hälsans bestämningsfaktorer bland homo- och bisexuella personer

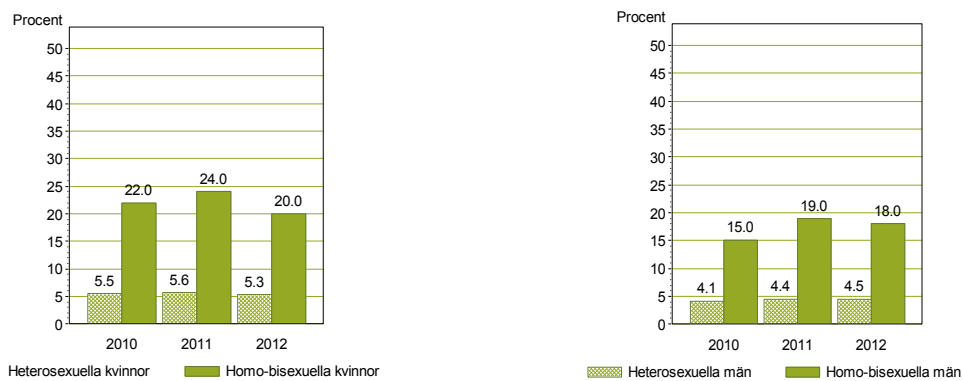


Figur 158 Andel kvinnor och män med svåra sömnbesvär, fördelat efter sexuell läggning och ålder, 2010–2012.



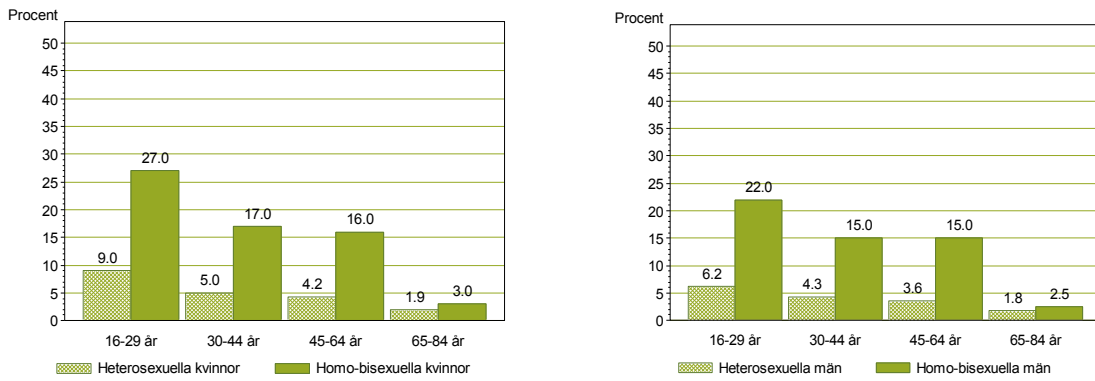
Figur 159 Andel kvinnor och män (25–64 år) med svåra sömnbesvär, fördelat efter sexuell läggning och utbildning, 2010–2012.

Själv mordstankar

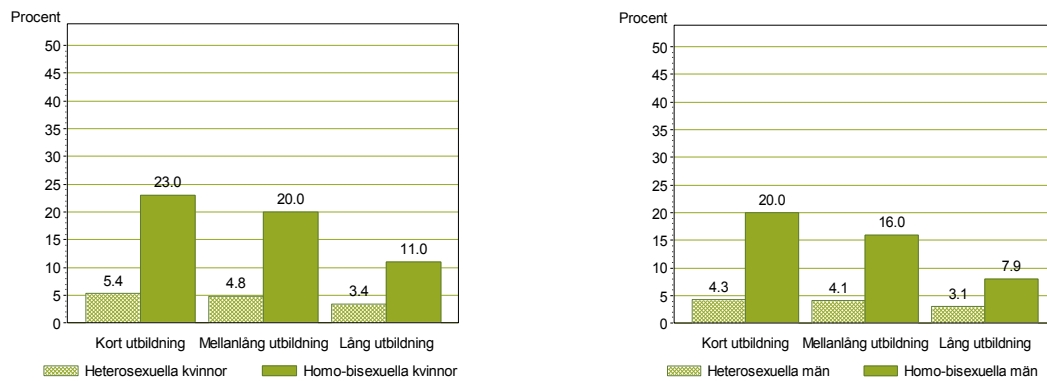


Figur 160 Andel kvinnor och män (16–64 år) som rapporterat att de någon gång under de senaste 12 månaderna haft självmordstankar, fördelat efter sexuell läggning och år.

Utvecklingen av hälsan och hälsans bestämningsfaktorer bland homo- och bisexuella personer

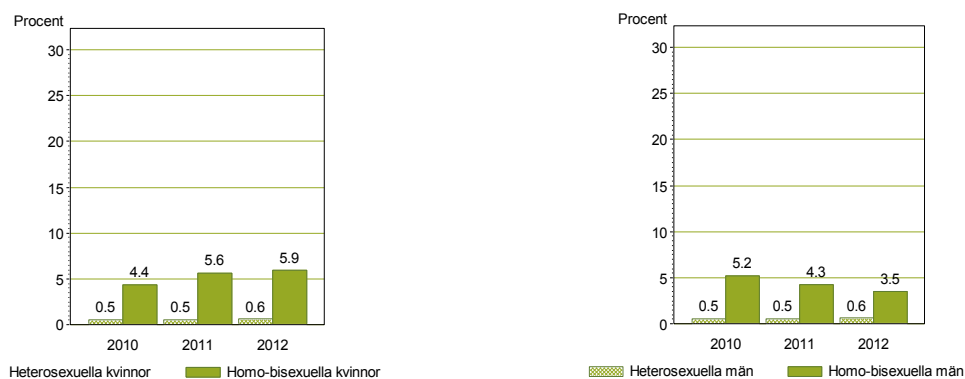


Figur 161 Andel kvinnor och män som rapporterat att de någon gång under de senaste 12 månaderna haft självmordstankar, fördelat efter sexuell läggning och ålder, 2010–2012.



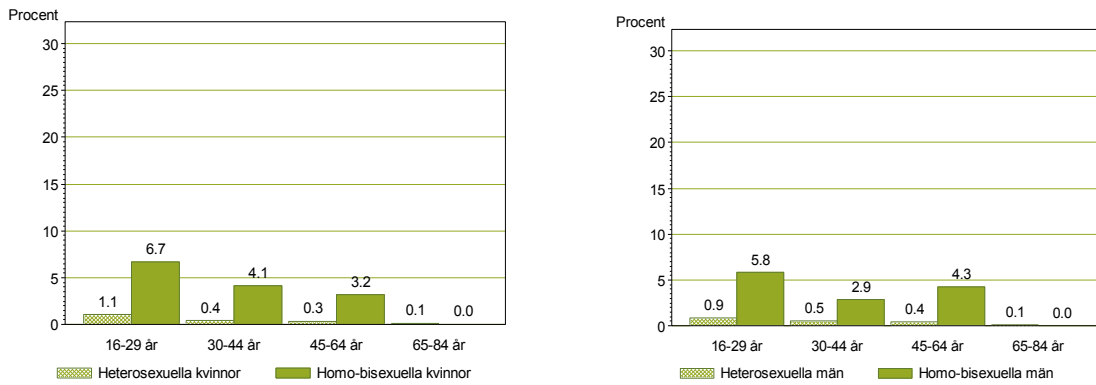
Figur 162 Andel kvinnor och män (25–64 år) som rapporterat att de någon gång under de senaste 12 månaderna haft självmordstankar, fördelat efter sexuell läggning och utbildning, 2010–2012.

Självmodsförsök

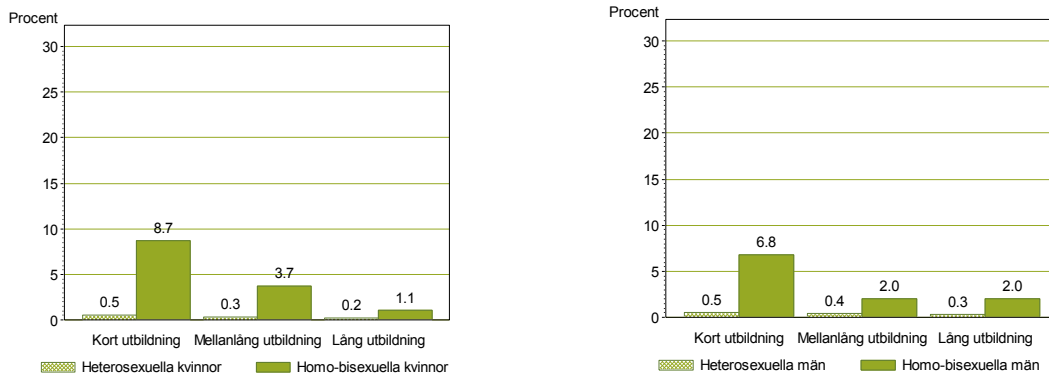


Figur 163 Andel kvinnor och män (16–64 år) som rapporterat att de någon gång under de senaste 12 månaderna försökt ta sitt liv, fördelat efter sexuell läggning och år.

Utvecklingen av hälsan och hälsans bestämningsfaktorer bland homo- och bisexuella personer



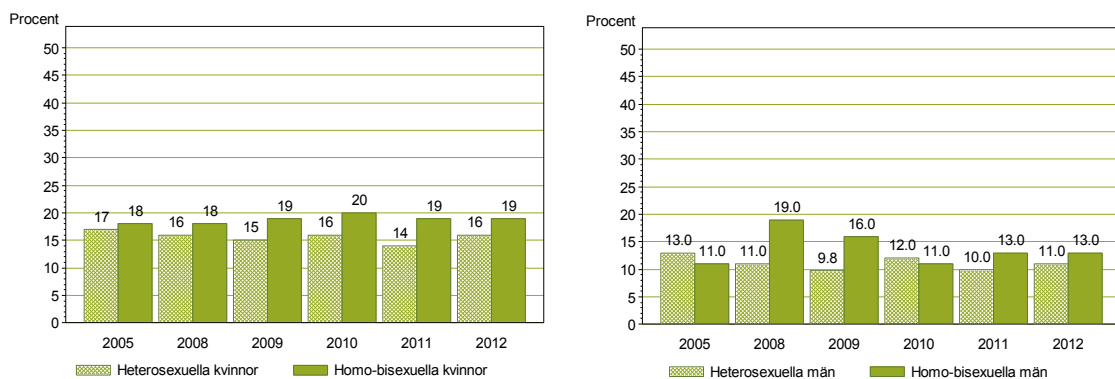
Figur 164 Andel kvinnor och män som rapporterat att de någon gång under de senaste 12 månaderna försökt att ta sitt liv, fördelat efter sexuell läggning och ålder, 2010–2012.



Figur 165 Andel kvinnor och män (25–64 år) som rapporterat att de någon gång under de senaste 12 månaderna försökt att ta sitt liv, fördelat efter sexuell läggning och utbildning, 2010–2012.

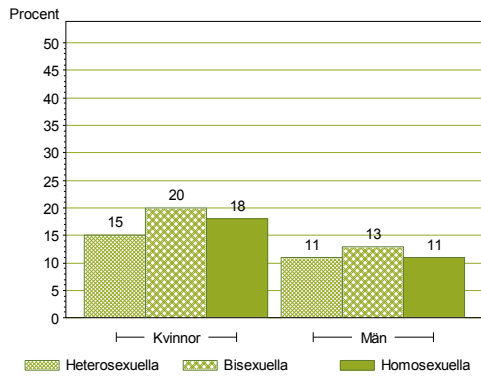
Fysisk hälsa

Värk



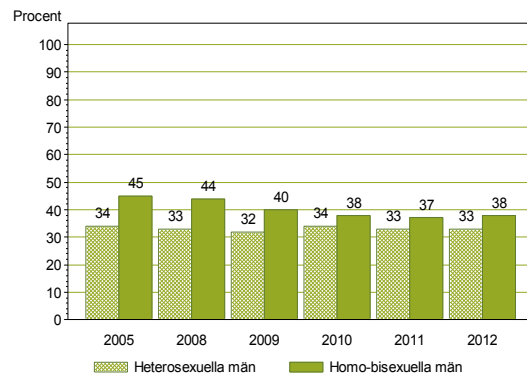
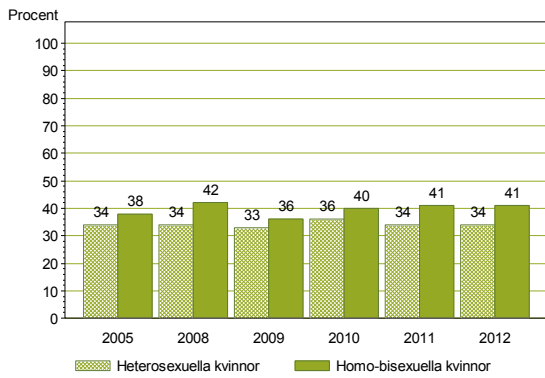
Figur 166 Andel kvinnor och män (16–64 år) med svår värk, fördelat efter sexuell läggning och år.

Utvecklingen av hälsan och hälsans bestämningsfaktorer bland homo- och bisexuella personer

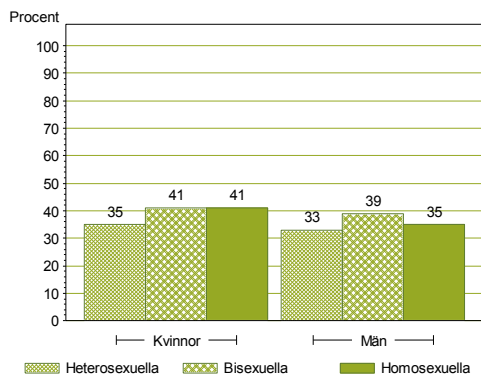


Figur 167 Andel kvinnor och män (16–64 år) med svår värk, fördelat efter sexuell läggning, 2010–2012.

Långvarig sjukdom

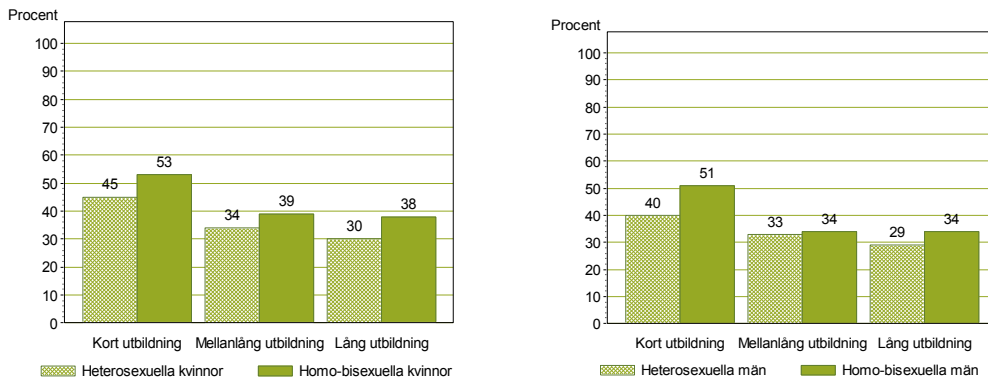


Figur 168 Andel kvinnor och män (16–64 år) med långvarig sjukdom, fördelat efter sexuell läggning och år.



Figur 169 Andel kvinnor och män (16–64 år) med långvarig sjukdom, fördelat efter sexuell läggning, 2010–2012.

Utvecklingen av hälsan och hälsans bestämningsfaktorer bland homo- och bisexuella personer

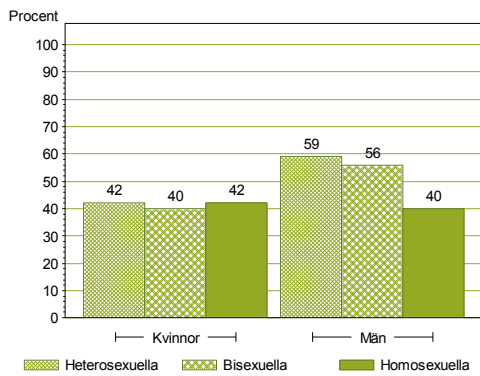


Figur 170 Andel kvinnor och män (25–64 år) med långvarig sjukdom, fördelat efter sexuell läggning och utbildning, 2010–2012.

Övervikt eller fetma

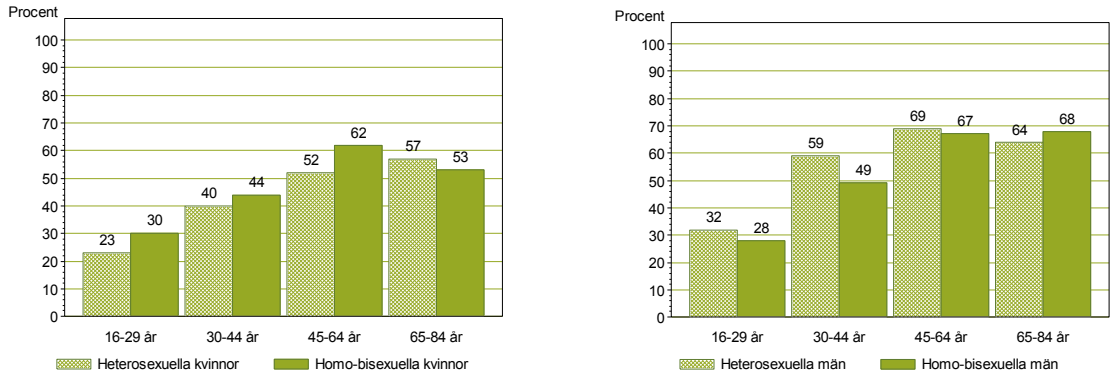


Figur 171 Andel kvinnor och män (16–64 år) med övervikt eller fetma, fördelat efter sexuell läggning och år.

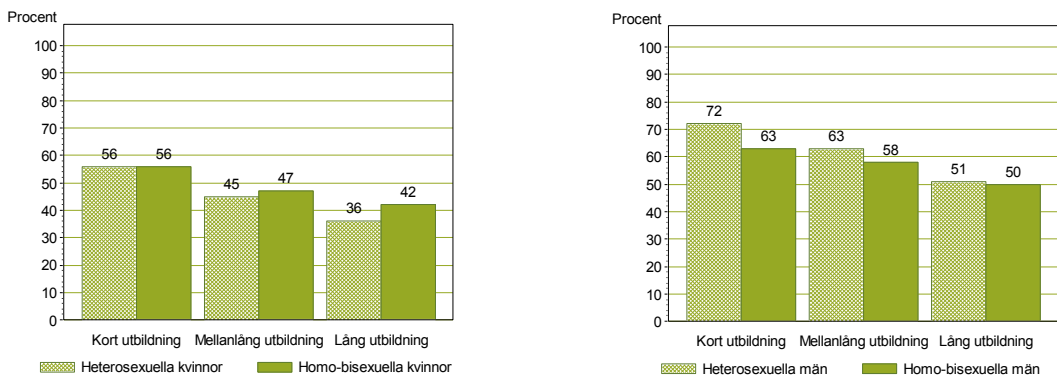


Figur 172 Andel kvinnor och män (16–64 år) med övervikt eller fetma, fördelat efter sexuell läggning, 2010–2012.

Utvecklingen av hälsan och hälsans bestämningsfaktorer bland homo- och bisexuella personer



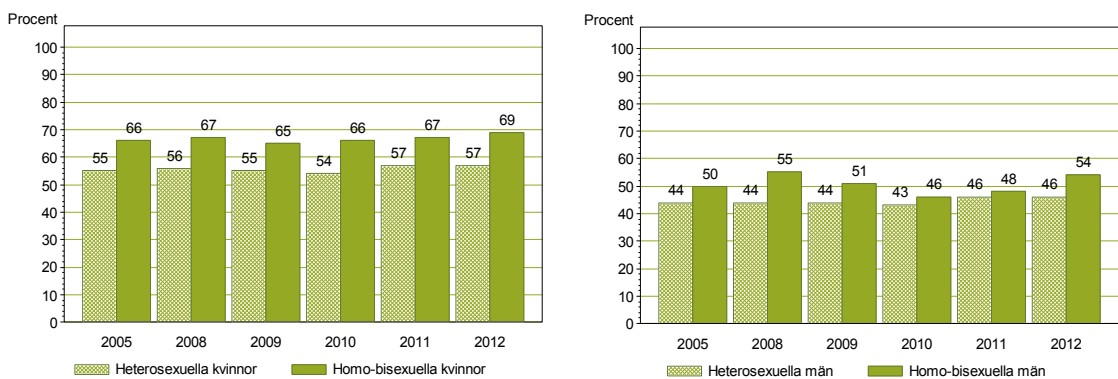
Figur 173 Andel kvinnor och män med övervikt eller fetma, fördelat efter sexuell läggning och ålder, 2010–2012.



Figur 174 Andel kvinnor och män (25–64 år) med övervikt eller fetma, fördelat efter sexuell läggning och utbildning, 2010–2012.

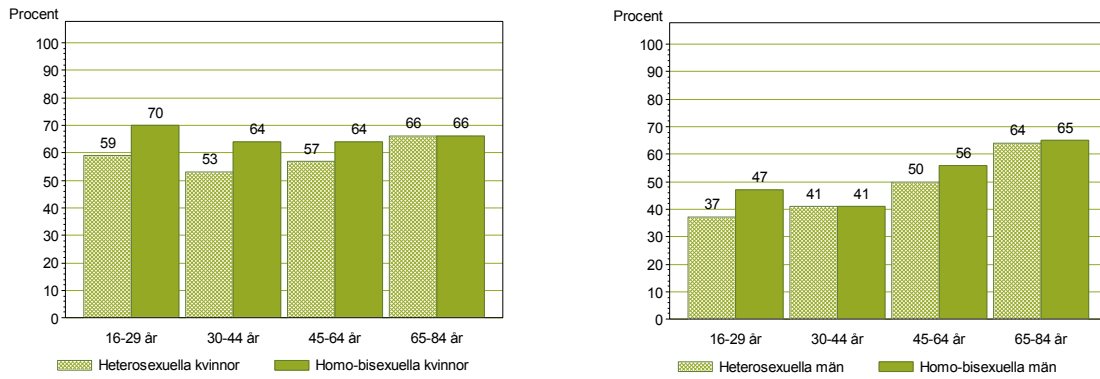
Vårdkontakter

Vårdkontakt

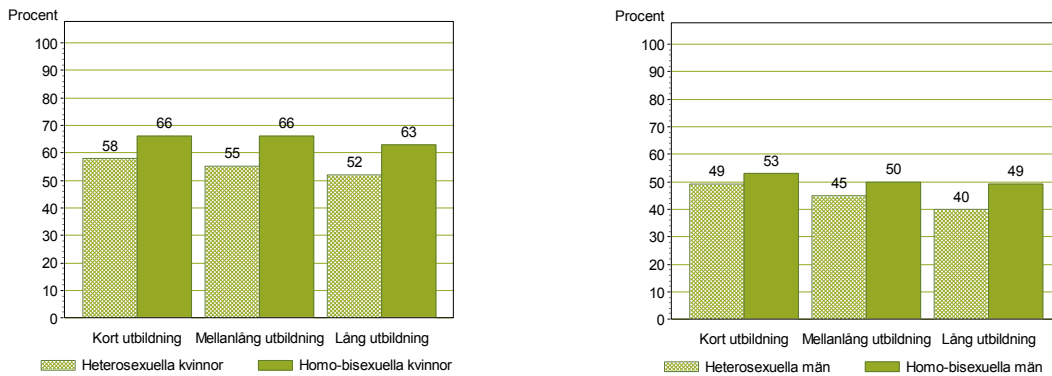


Figur 175 Andel kvinnor och män (16–64 år) som haft kontakt med vården under de tre senaste månaderna, fördelat efter sexuell läggning och år.

Utvecklingen av hälsan och hälsans bestämningsfaktorer bland homo- och bisexuella personer

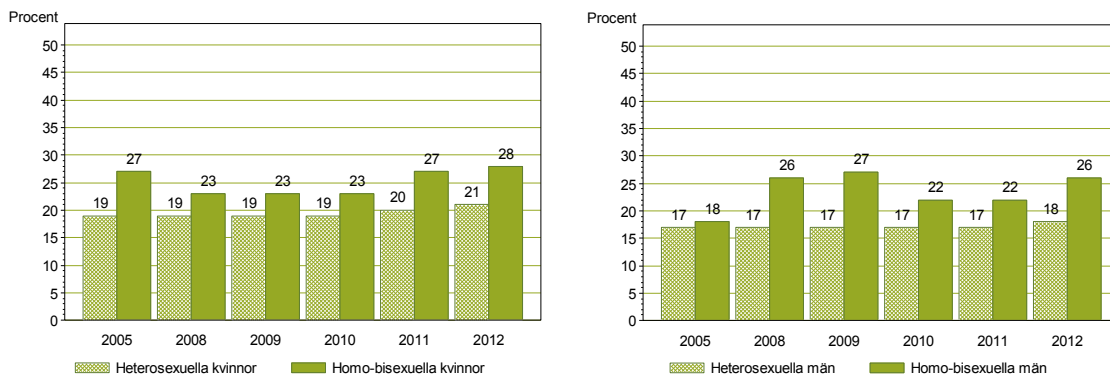


Figur 176 Andel kvinnor och män som haft kontakt med vården under de tre senaste månaderna, fördelat efter sexuell läggning och ålder, 2010–2012.



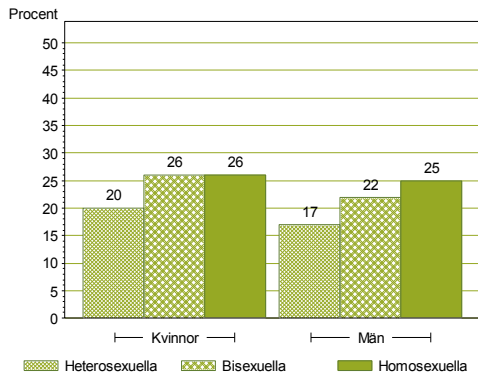
Figur 177 Andel kvinnor och män (25–64 år) som haft kontakt med vården under de tre senaste månaderna, fördelat efter sexuell läggning och utbildning, 2010–2012.

Läkare på sjukhus

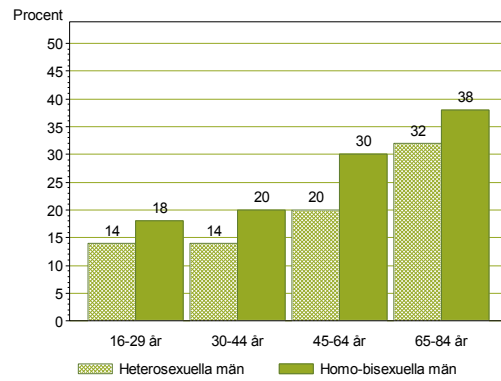
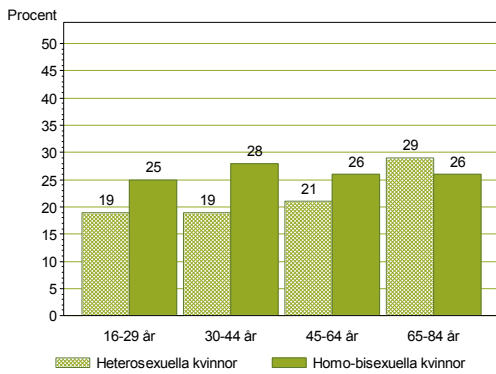


Figur 178 Andel kvinnor och män (16–64 år) som besökt läkare på sjukhus under de tre senaste månaderna, fördelat efter sexuell läggning och år.

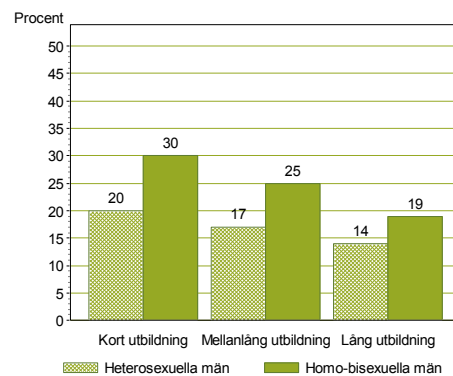
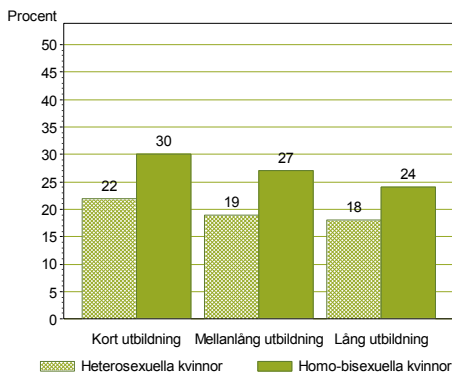
Utvecklingen av hälsan och hälsans bestämningsfaktorer bland homo- och bisexuella personer



Figur 179 Andel kvinnor och män (16–64 år) som besökt läkare på sjukhus under de tre senaste månaderna, fördelat efter sexuell läggning, 2010–2012.

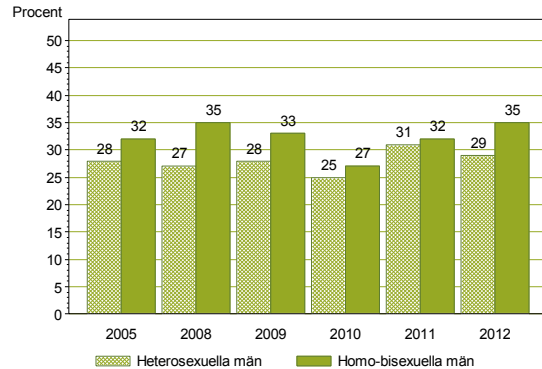
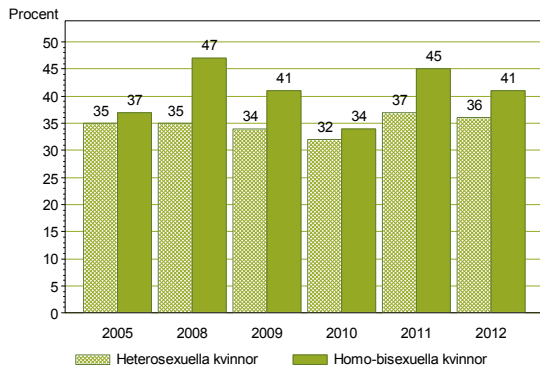


Figur 180 Andel kvinnor och män som besökt läkare på sjukhus under de tre senaste månaderna, fördelat efter sexuell läggning och ålder, 2010–2012.

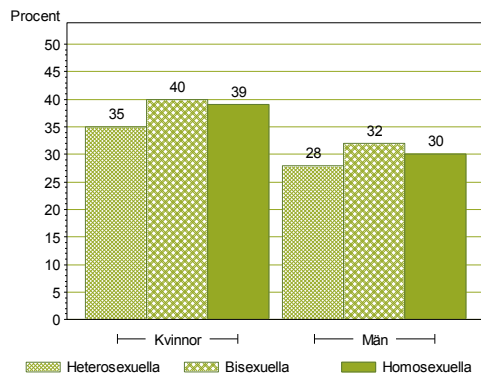


Figur 181 Andel kvinnor och män (25–64 år) som besökt läkare på sjukhus under de tre senaste månaderna, fördelat efter sexuell läggning och utbildning, 2010–2012.

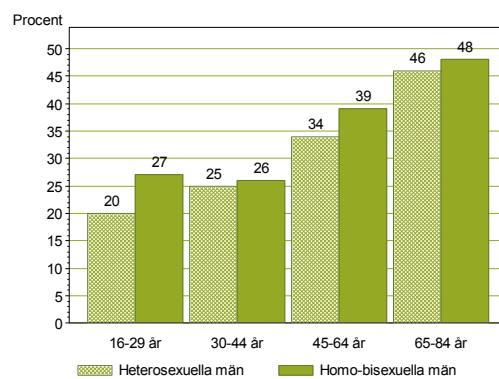
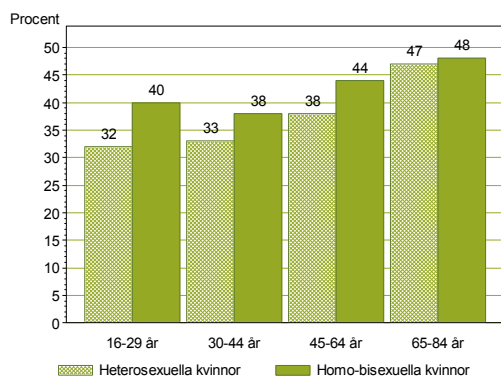
Läkare på vårdcentral



Figur 182 Andel kvinnor och män (16–64 år) som besökt läkare på vårdcentral under de tre senaste månaderna, fördelat efter sexuell läggning och år.

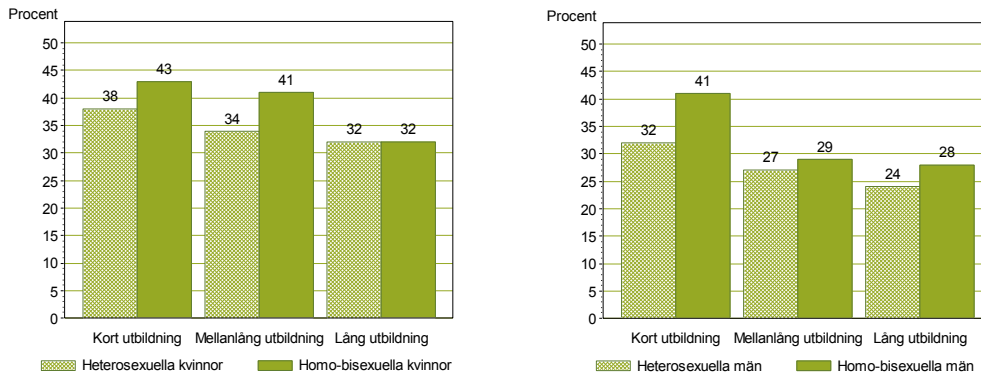


Figur 183 Andel kvinnor och män (16–64 år) som besökt läkare på vårdcentral under de tre senaste månaderna, fördelat efter sexuell läggning, 2010–2012.



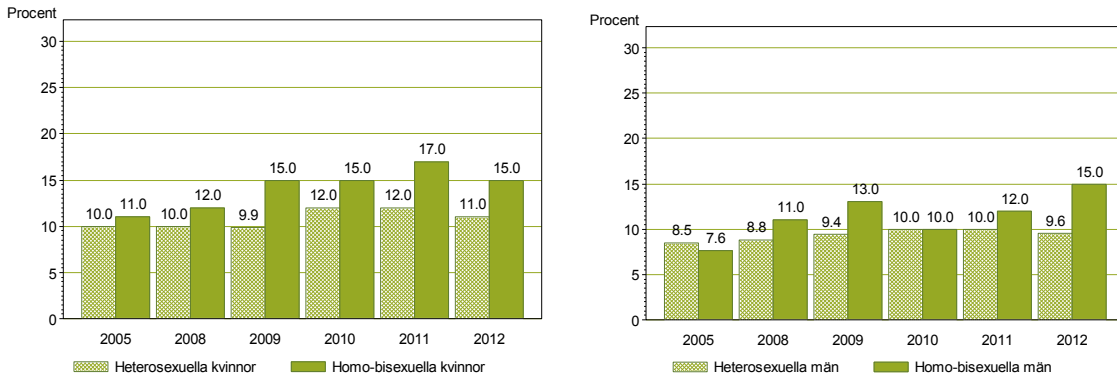
Figur 184 Andel kvinnor och män som besökt läkare på vårdcentral under de tre senaste månaderna, fördelat efter sexuell läggning och ålder, 2010–2012.

Utvecklingen av hälsan och hälsans bestämningsfaktorer bland homo- och bisexuella personer

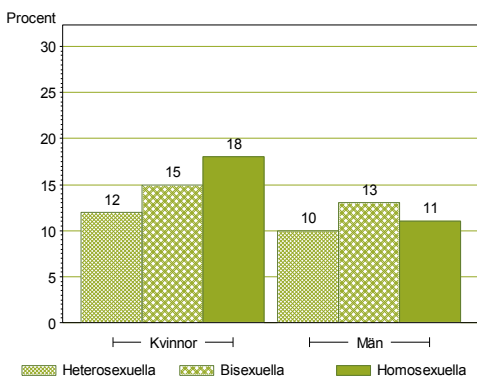


Figur 185 Andel kvinnor och män (25–64 år) som besökt läkare på vårdcentral under de tre senaste månaderna, fördelat efter sexuell läggning och utbildning, 2010–2012.

Distriktssköterska

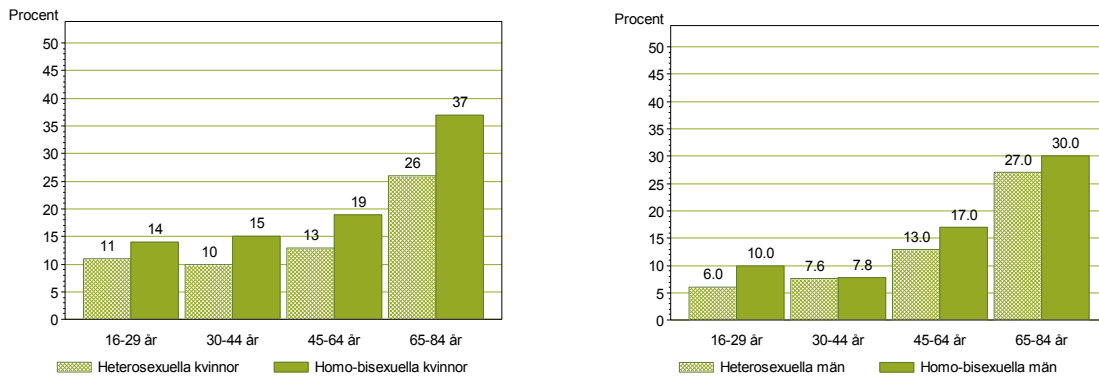


Figur 186 Andel kvinnor och män (16–64 år) som besökt distriktssköterska under de tre senaste månaderna, fördelat efter sexuell läggning och år.

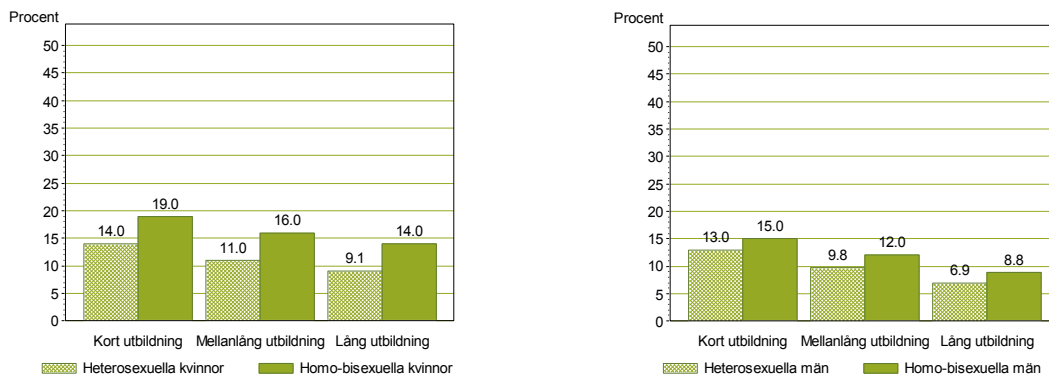


Figur 187 Andel kvinnor och män (16–64 år) som besökt distriktssköterska under de tre senaste månaderna, fördelat efter sexuell läggning, 2010–2012.

Utvecklingen av hälsan och hälsans bestämningsfaktorer bland homo- och bisexuella personer

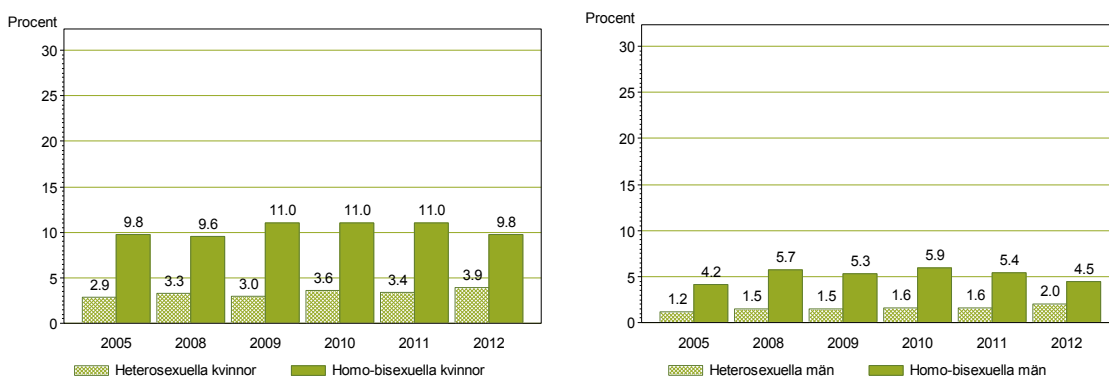


Figur 188 Andel kvinnor och män som besökt distriktssköterska under de tre senaste månaderna, fördelat efter sexuell läggning och ålder, 2010–2012.



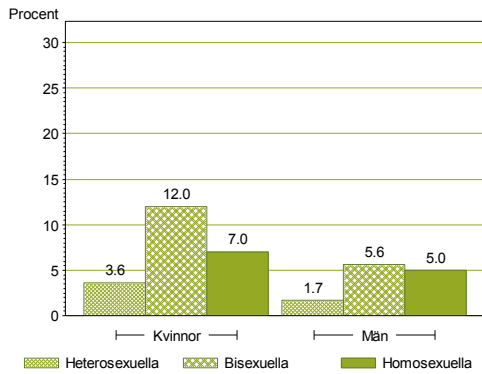
Figur 189 Andel kvinnor och män (25–64 år) som besökt distriktssköterska under de tre senaste månaderna, fördelat efter sexuell läggning och utbildning, 2010–2012.

Kurator

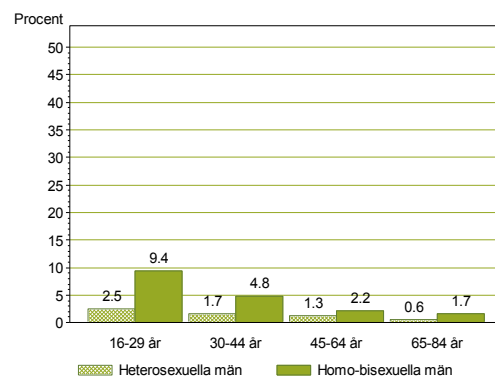
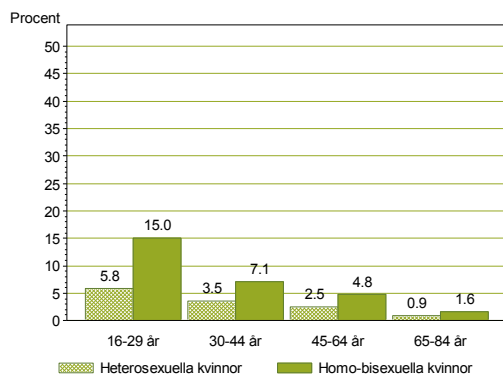


Figur 190 Andel kvinnor och män (16–64 år) som besökt kurator under de tre senaste månaderna, fördelat efter sexuell läggning och år.

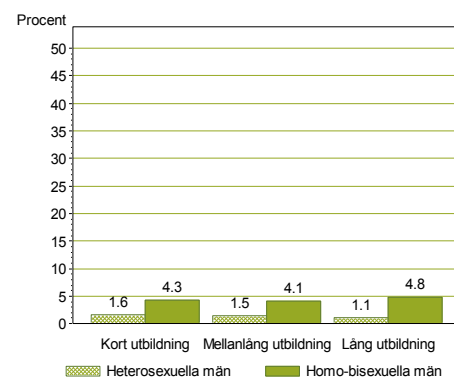
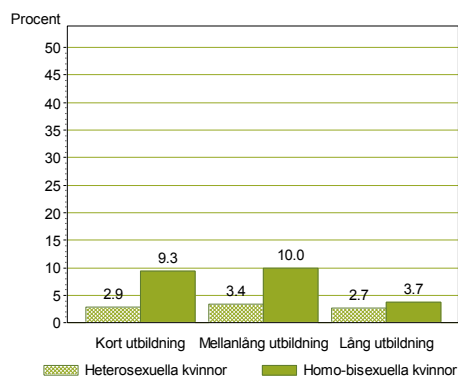
Utvecklingen av hälsan och hälsans bestämningsfaktorer bland homo- och bisexuella personer



Figur 191 Andel kvinnor och män (16–64 år) som besökt kurator under de tre senaste månaderna, fördelat efter sexuell läggning, 2010–2012.



Figur 192 Andel kvinnor och män som besökt kurator under de tre senaste månaderna, fördelat efter sexuell läggning och ålder, 2010–2012.

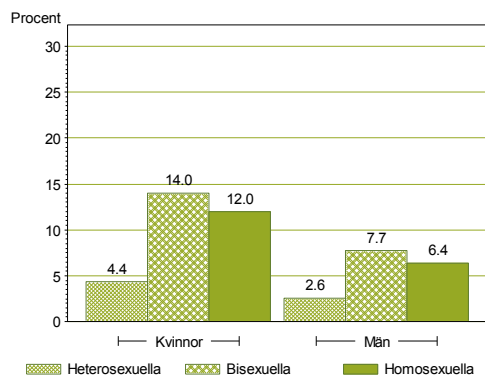


Figur 193 Andel kvinnor och män (25–64 år) som besökt kurator under de tre senaste månaderna, fördelat efter sexuell läggning och utbildning, 2010–2012.

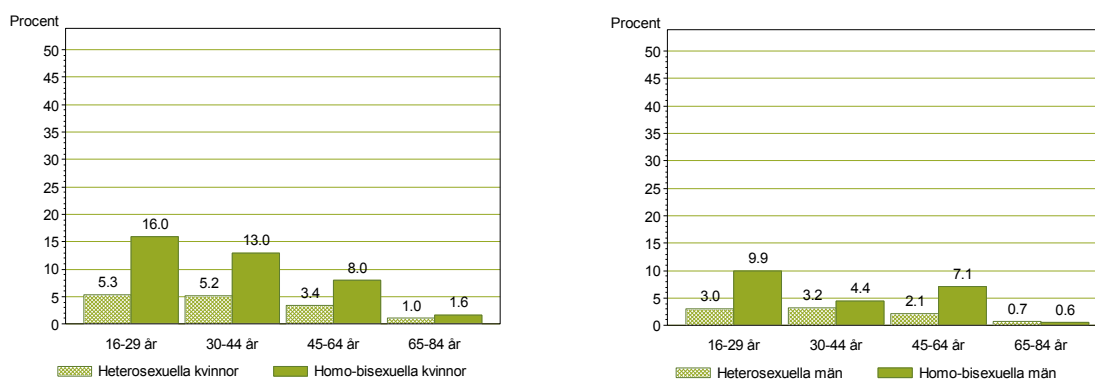
Psykolog



Figur 194 Andel kvinnor och män (16–64 år) som besökt psykolog under de tre senaste månaderna, fördelat efter sexuell läggning och år.

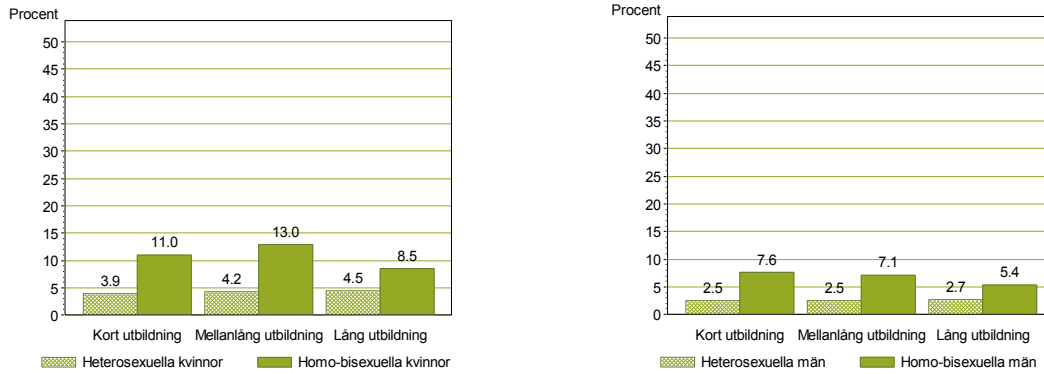


Figur 195 Andel kvinnor och män (16–64 år) som besökt psykolog under de tre senaste månaderna, fördelat efter sexuell läggning, 2010–2012.



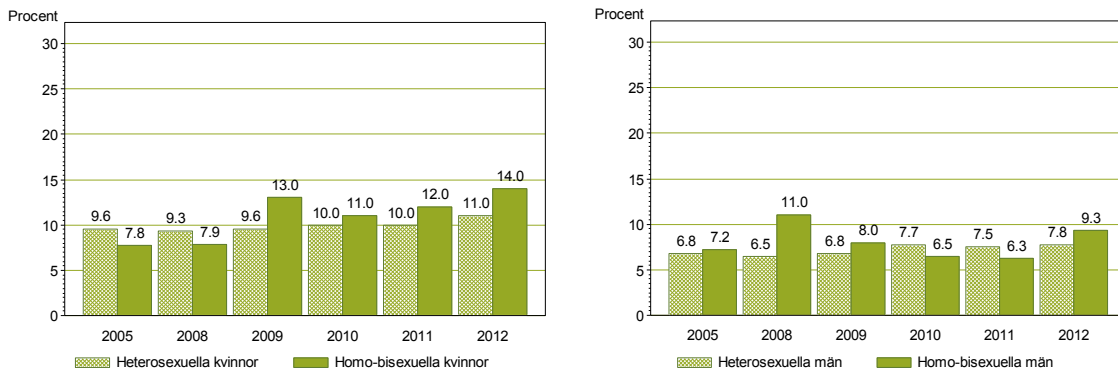
Figur 196 Andel kvinnor och män som besökt psykolog under de tre senaste månaderna, fördelat efter sexuell läggning och ålder, 2010–2012.

Utvecklingen av hälsan och hälsans bestämningsfaktorer bland homo- och bisexuella personer

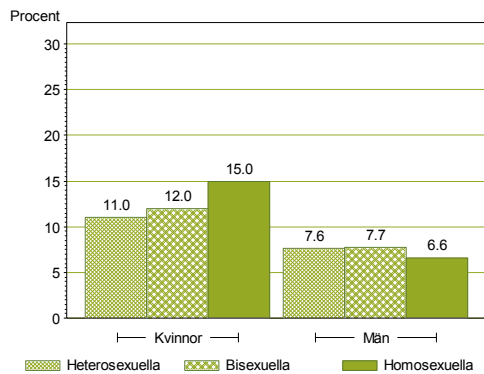


Figur 197 Andel kvinnor och män (25–64 år) som besökt psykolog under de tre senaste månaderna, fördelat efter sexuell läggning och utbildning, 2010–2012.

Sjukgymnast

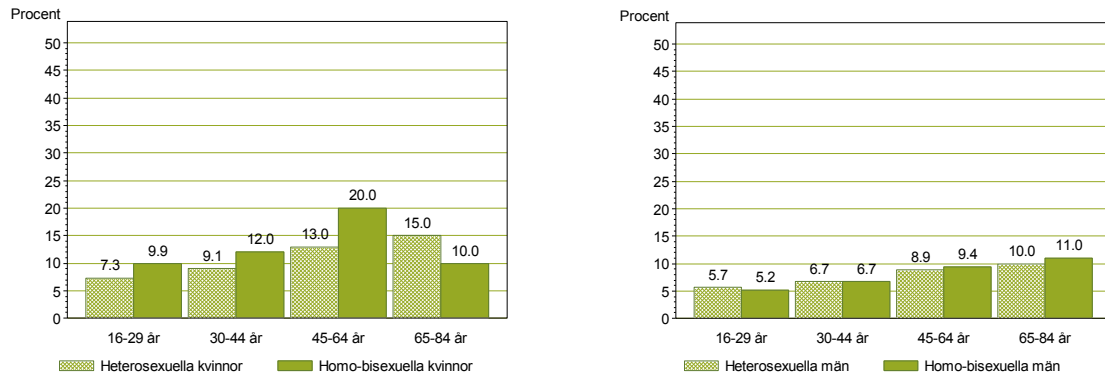


Figur 198 Andel kvinnor och män (16–64 år) som besökt sjukgymnast under de tre senaste månaderna, fördelat efter sexuell läggning och år.

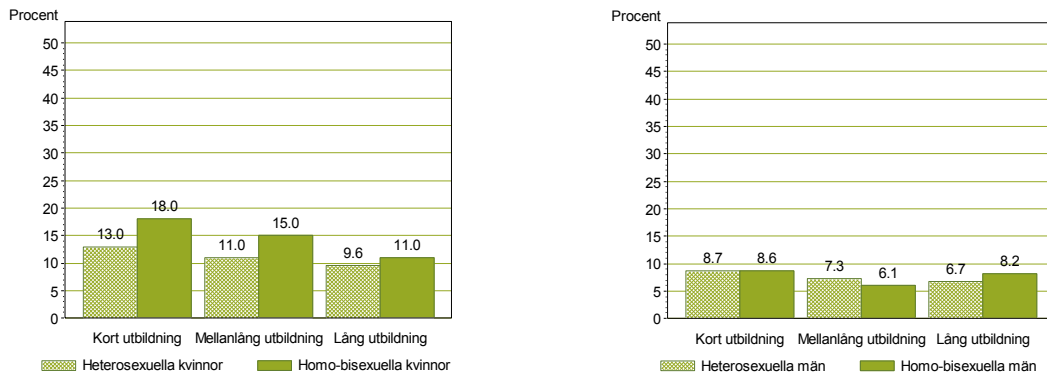


Figur 199 Andel kvinnor och män (16–64 år) som besökt sjukgymnast under de tre senaste månaderna, fördelat efter sexuell läggning, 2010–2012.

Utvecklingen av hälsan och hälsans bestämningsfaktorer bland homo- och bisexuella personer

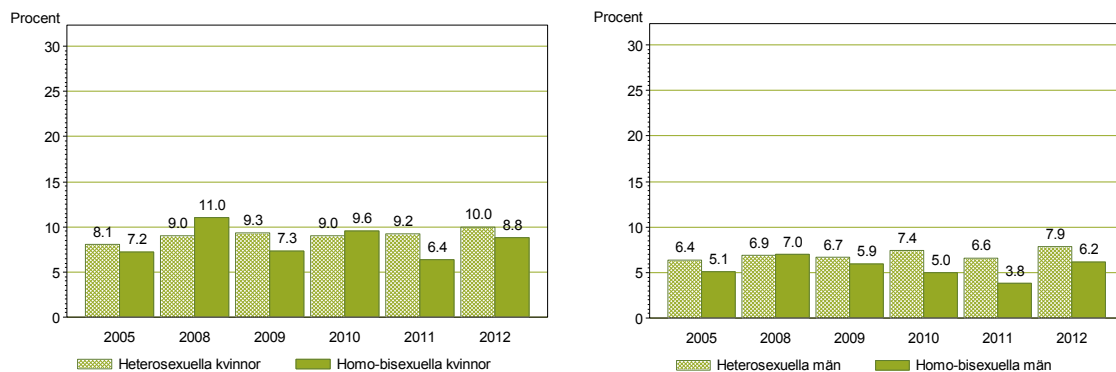


Figur 200 Andel kvinnor och män som besökt sjukgymnast under de tre senaste månaderna, fördelat efter sexuell läggning och ålder, 2010–2012.



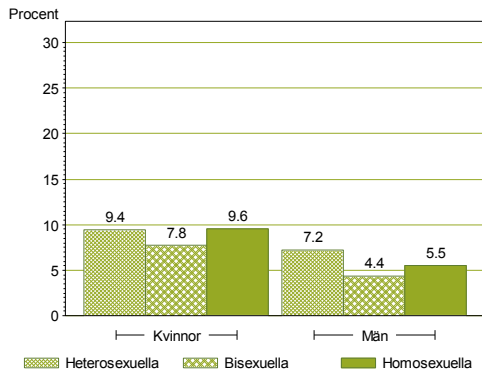
Figur 201 Andel kvinnor och män (25–64 år) som besökt sjukgymnast under de tre senaste månaderna, fördelat efter sexuell läggning och utbildning, 2010–2012.

Naprapat

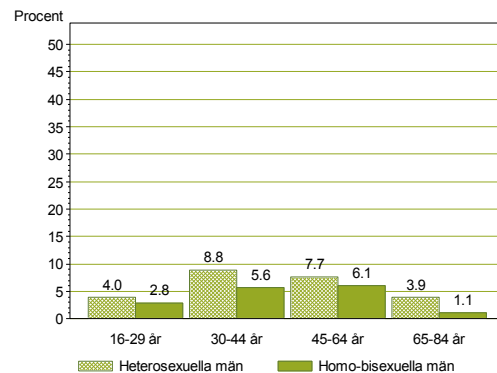
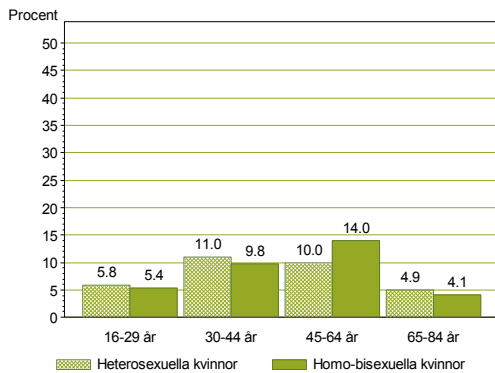


Figur 202 Andel kvinnor och män (16–64 år) som besökt naprapat under de tre senaste månaderna, fördelat efter sexuell läggning och år.

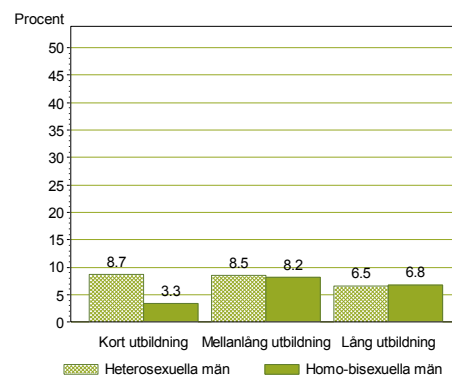
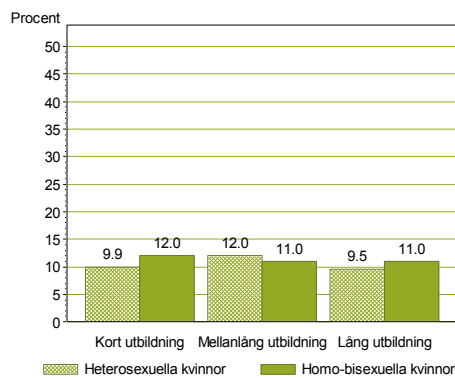
Utvecklingen av hälsan och hälsans bestämningsfaktorer bland homo- och bisexuella personer



Figur 203 Andel kvinnor och män (16–64 år) som besökt naprapat under de tre senaste månaderna, fördelat efter sexuell läggning, 2010–2012.

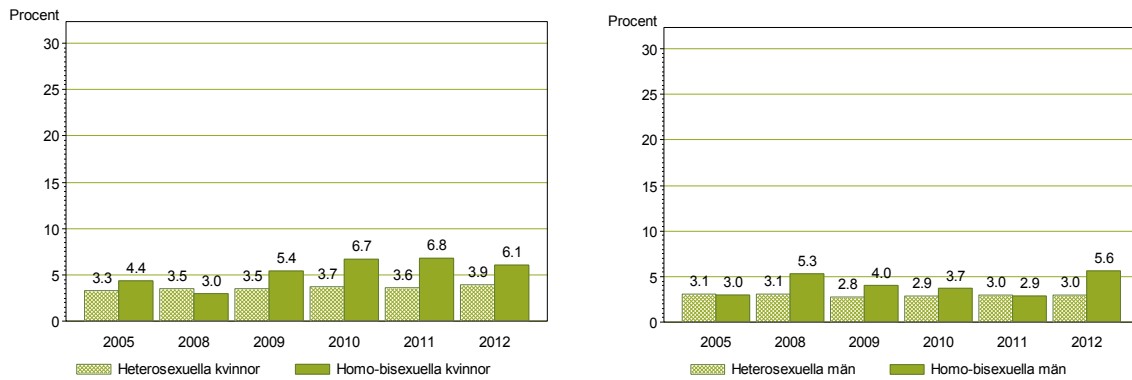


Figur 204 Andel kvinnor och män som besökt naprapat under de tre senaste månaderna, fördelat efter sexuell läggning och ålder, 2010–2012.

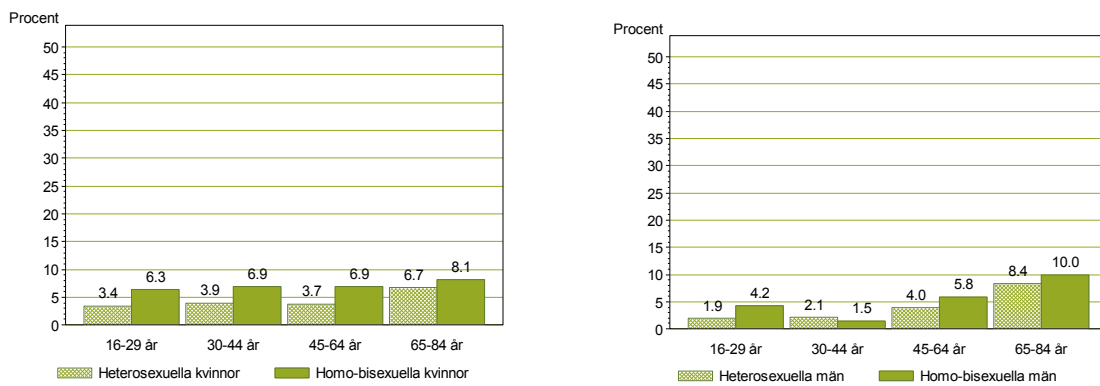


Figur 205 Andel kvinnor och män (25–64 år) som besökt naprapat under de tre senaste månaderna, fördelat efter sexuell läggning och utbildning, 2010–2012.

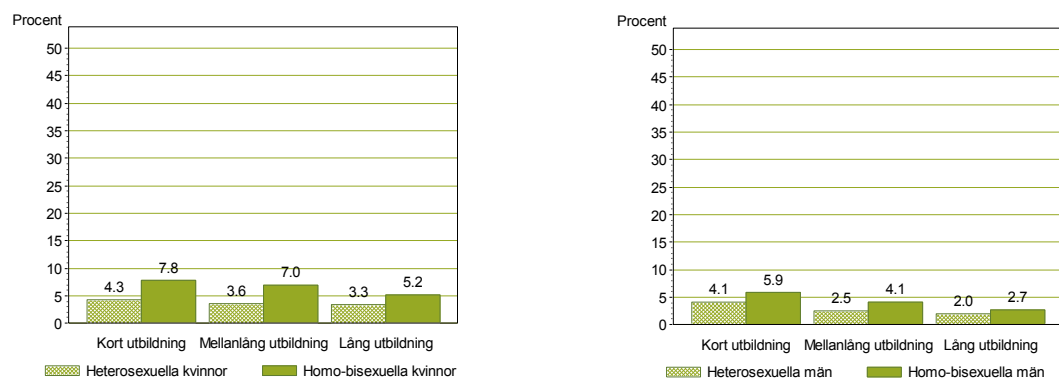
Inlagd på sjukhus



Figur 206 Andel kvinnor och män (16–64 år) som varit inlagd på sjukhus någon gång under de tre senaste månaderna, fördelat efter sexuell läggning och år.



Figur 207 Andel kvinnor och män som varit inlagd på sjukhus någon gång under de tre senaste månaderna, fördelat efter sexuell läggning och ålder, 2010–2012.



Figur 208 Andel kvinnor och män (25–64 år) som varit inlagd på sjukhus under de tre senaste månaderna, fördelat efter sexuell läggning och utbildning, 2010–2012.

Bilaga 2

Ordlista

Bestämningsfaktorer för hälsa

Bestämningsfaktorer för hälsa är faktorer i människors levnadsförhållanden som bidrar till hälsa och ohälsa. Det finns olika sorters bestämningsfaktorer som övergripande handlar om livsvillkor, levnadsvanor och strukturella faktorer. Strukturella bestämningsfaktorer är hur samhället är organiserat, exempelvis hur välfärdspolitiken är utformad. Det innebär att bestämningsfaktorer kan både öka och minska risken för ohälsa (Dahlgren & Whitehead, 1992).

Diskriminering

Diskriminering innebär att någon blir sämre behandlad än någon annan och behandlingen har samband med kön, könsidentitet eller könsuttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder. Diskrimineringen kan vara direkt, indirekt eller i form av trakasserier (Diskrimineringsombudsmannen, 2013).

Folkhälsa

Folkhälsa är ett samlingsbegrepp för hela befolkningens hälsotillstånd. Det tar hänsyn till såväl nivån som fördelningen av hälsan. En god folkhälsa bör således innebära att hälsan är så jämnt fördelad som möjligt bland olika grupper i samhället (World Health Organization, 1998).

Genus

Genus är det tänkta sociala könet som skapas av handlingar och föreställningar om kvinnlighet och manlighet i samhället. Genus har alltså inget att göra med det biologiska könet (Diskrimineringsombudsmannen, 2013).

Hbt

Samlingsbegrepp för homosexuella, bisexuella och transpersoner (Diskrimineringsombudsmannen, 2013).

Heteronormen

Föreställningen att alla är heterosexuella och att detta är det självklara och önskvärda sättet att leva på. En av utgångspunkterna är förväntningar om kvinnlighet och manlighet som varandras motsatser och komplement. Heteronormativitet handlar om makt. Den som tillhör den heterosexuella normen har privilegiet att vara något mer än sin sexuella läggning och har även makten att bedöma vad som är annorlunda och icke önskvärt. De som överskrider gränser för heterosexualitet uppfattas som avvikande (Diskrimineringsombudsmannen, 2013).

Homofobi

En uppfattning (hos en individ, en grupp eller ett samhälle) som ger uttryck för en starkt negativ syn på homosexualitet eller på homo- och bisexuella människor (Diskrimineringsombudsmannen, 2013).

Intersektionalitet

Teorier om hur olika maktstrukturer samverkar och förstärker varandra, till exempel kön och etnicitet (Diskrimineringsombudsmannen, 2013).

Könsidentitet eller könsuttryck

I diskrimineringslagen står att diskriminering som har samband med *könsöverskridande identitet eller uttryck* är förbjuden. Med det menas personer med en könsidentitet eller ett könsuttryck som hela tiden eller periodvis skiljer sig från könsnormen, exempelvis transvestiter eller intersexuella.

Diskrimineringsombudsmannen har valt att använda sig av begreppen *könsidentitet eller könsuttryck*. Alla människor har könsidentitet och könsuttryck, inte bara transpersoner. Med könsidentitet eller könsuttryck menar Diskrimineringsombudsmannen en persons identitet eller uttryck i form av kläder, kroppsspråk, beteende eller annat liknande förhållande med avseende på kön (Diskrimineringsombudsmannen, 2013).

Prediktor

Ett testresultat eller annat förhållande som anses kunna utsäga något om framtida skeenden, till exempel att individen löper ökad risk att få viss sjukdom (Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2013).

Psykologisk coping

Term inom stressforskning (introducerad av R.S. Lazarus) för olika strategier att hantera påfrestningar och krav (Nationalencyklopedin, 2013).

Sexuell läggning

Homosexuell, bisexuell eller heterosexuell läggning (Diskrimineringsombudsmannen, 2013).

Transpersoner

Ett paraplybegrepp som används om människor som på olika sätt bryter mot tvåkönsnormen och samhällets föreställningar om hur kvinnor och män och flickor och pojkar förväntas vara, se ut och bete sig. Transpersoner kan till exempel vara transvestiter, intersexuella (personer som fötts med oklar könstillhörighet) eller inter- och transgenderpersoner (personer som definierar sig bortom kön eller utanför de traditionella könsidentiteterna) (Diskrimineringsombudsmannen, 2013).

Bilaga 3

Tidigare regeringsuppdrag att analysera hälsosituationen för hbt-personer

I november 2003 fick Statens folkhälsoinstitut regeringens uppdrag att undersöka och analysera hälsosituationen för hbt-personer samt att föreslå åtgärder. För att nå hbt-gruppen valde Folkhälsoinstitutet att år 2005 ställa en fråga om sexuell läggning i nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor. Genom frågan om sexuell läggning hade respondenterna möjlighet att definiera sig som homo-, bi-, och heterosexuella samt som homosexuell med heterosexuella inslag (homo/hetero) eller heterosexuell med vissa homosexuella inslag (hetero/homo). Det genomfördes även en webbenkät främst riktad till transpersoner där de själva kunde definiera sin könsidentitet/sitt könsuttryck. Frågan var öppet formulerad. Webbenkäten riktade sig även till homo- och bisexuella, vilket möjliggjorde en jämförelse mellan de tre grupperna.

Regeringsuppdraget genomfördes 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, dåvarande Riksförbundet för Sexuellt Likaberättigande (RFSL) och RFSL Ungdom. Därutöver ingick ett antal forskare med hbt-kompetens i referensgruppen. Undersökningarnas resultat visade att majoriteten av hbt-personer hade en god hälsa, men andelen med dålig hälsa var betydligt större bland hbt-personer jämfört med de som identifierade sig som heterosexuella. Framför allt gällde det den psykiska hälsan.

Det fanns även stora hälsoskillnader inom hbt-gruppen, där transpersoner nästan genomgående rapporterade sämst hälsa följt av bi- och homosexuella. Undersökningarna visade även att hbt-gruppen var betydligt mer utsatta för diskriminering, hot och våld, riskfyllda levnadsvanor samt brister i social förankring jämfört med övriga befolkningen. Uppdraget, inklusive förslag till åtgärder, avrapporterades till regeringen i december 2005.

Bilaga 4

Resultat för år 2005 – med respektive utan ålderstandardisering och kalibreringsvikter

Vid den statistiska analysen av hbt-uppdraget i 2005 års rapport viktades resultaten baserade på data från nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor med SCB:s kalibreringsvikter för bortfall. För denna rapport har vi i den statistiska analysen valt att inte använda någon form av kalibreringsvikter. Detta kan medföra att resultaten skiljer sig från resultaten som presenterades år 2005.

Variablerna dåligt allmänt hälsotillstånd, utsatthet för fysiskt våld, självmordstankar och självmordsförsök, nedsatt psykiskt välbefinnande, riskabla alkoholvanor, daglig rökning samt cannabisvanor utvaldes för att bedöma om de slutsatser som drogs år 2005 gällande dessa indikatorer kvarstår sedan man uteslutit kalibreringsvikter och ålderstandardisering i de statistiska analyserna.

Dåligt allmänt hälsotillstånd. I 2005 års uppdrag rapporterades att framför allt homo- och bisexuella kvinnor i åldrarna 45–64 år samt män i åldrarna 16–29 år i större utsträckning hade sämre hälsa än övriga befolkningen.

När kalibreringsvikter och ålderstandardisering uteslutits ur analyserna kvarstår slutsatsen om kvinnor i 45–64 års ålder. För gruppen män 16–29 år är skillnaden mellan homo- och bisexuella inte statistiskt säkerställd i den senare analysen, även om siffrorna inte ändrats anmärkningsvärt, 6 respektive 3 procent i 2005 års rapport jämfört med 5 respektive 3 procent. Observera att siffrorna i 2005 års rapport inte heller är statistiskt säkerställda (95-procentigt konfidensintervall 0,6 till 10,6 respektive 2,3 till 3,5).

Nedsatt psykiskt välbefinnande. I 2005 års uppdrag rapporterades att det i nationella folkhälsoenkäten var en mycket större andel bland personer med homo- och bisexuell läggning (homosexuella, bisexuella, homosexuella med vissa heterosexuella inslag och heterosexuella med vissa homosexuella inslag) som uppgav att de hade ett nedsatt psykiskt välbefinnande än övriga befolkningen (38 respektive 19 procent). Skillnaden var mycket stor oavsett kön och ålder, undantaget kvinnor i åldrarna 30–44 år där ingen skillnad förelåg.

Slutsatserna kvarstår även vid eliminering av kalibreringsvikterna med undantag för påståendet om att inga skillnader fanns för kvinnor i åldrarna 30–44 år. I den senare analysen var det betydligt vanligare bland homo- och bisexuella kvinnor i åldern 30–44 år att rapportera nedsatt psykiskt välbefinnande (34 respektive 21 procent).

Självmordstankar någon gång. I 2005 års uppdrag rapporterades det att det var dubbelt så stor andel bland homo- och bisexuella personer som uppgav att de en eller flera gånger övervägt att ta sitt liv än övriga befolkningen (29 respektive 14 procent). Självmordstankar var vanligare bland homo- och bisexuella personer oavsett kön och ungefär hälften av homo- och bisexuella personer i åldersgruppen 16–29 år hade någon gång övervägt att ta sina liv.

Slutsatserna kvarstår även när man utesluter kalibreringsvikterna och ålderstandardiseringen.

Självordsförsök. I 2005 års uppdrag rapporterades det under sexuell läggning i nationella folkhälsoenkäten att det var drygt dubbelt så stor andel homo- och bisexuella personer som uppgav att de försökt ta sitt liv en eller flera gånger jämfört med övriga befolkningen (12 respektive 5 procent). Det var framför allt homo- och bisexuella kvinnor och män i åldrarna 16–29 år och 45–64 år som i mycket större utsträckning rapporterade att de någon gång försökt ta sina liv.

Slutsatserna kvarstår i stort när man utesluter kalibreringsvikter och åldersstandardisering även om andelen med självordsförsök bland homo- och bisexuella personer är betydligt större än dubbelt så stor.

Rökning. I 2005 års uppdrag rapporterades att nationella folkhälsoenkäten visade att det var betydligt vanligare att homo- och bisexuella personer rökte dagligen eller ibland än i övriga befolkningen. Den största andelen dagligrökare fanns bland homo- och bisexuella män i åldrarna 30–44 år och bland homo- och bisexuella kvinnor i åldrarna 45–64 år.

Slutsatserna kvarstår när man utesluter kalibreringsvikter och åldersstandardisering med undantag för att det är både bland homo- och bisexuella kvinnor och män i åldrarna 45–64 år som andelen dagligrökare är störst.

Riskabla alkoholvanor. I 2005 års uppdrag rapporterades: att det var vanligare bland homo- och bisexuella män och kvinnor att vara riskkonsumenter av alkohol än i övriga befolkningen. Andelen riskkonsumenter bland homo- och bisexuella kvinnor i åldrarna 16–29 år var betydligt större än bland kvinnor i övriga befolkningen.

Slutsatserna kvarstår när kalibreringsvikter och ålderstandardisering exkluderas i den statistiska analysen.

Cannabisvanor. I 2005 års uppdrag rapporterades att nationella folkhälsoenkäten visade att homo- och bisexuella personer använde cannabis i större omfattning än övriga befolkningen. Det var framför allt homo- och bisexuella personer i åldrarna 16–29 år som använde cannabis i mycket stor utsträckning.

Slutsatserna kvarstår när kalibreringsvikter och ålderstandardisering exkluderas i den statistiska analysen.

Fysiskt våld. I 2005 års uppdrag rapporterades att utsatthet för fysiskt våld var också mycket vanligare bland homo- och bisexuella personer (13 procent) än i övriga befolkningen (4 procent). Homo- och 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 överrepresenterade i jämförelse med övriga befolkningen.

Slutsatserna kvarstår även om det endast är i åldrarna 16–29 år som statistiskt signifikanta skillnader föreligger.

Utvecklingen av hälsan och hälsans bestämningsfaktorer bland homo- och bisexuella personer. Denna rapport beskriver utvecklingen av hälsan och hälsans bestämningsfaktorer bland homo- och bisexuella personer jämfört med heterosexuella perioden 2005–2012. Rapporten är en del av ett regeringsuppdrag som gavs till Statens folkhälsoinstitut år 2013. Från 1 januari 2014 överfördes uppdraget till Folkhälsomyndigheten. Slutredovisningen av uppdraget sker senast 1 juni 2015, då även data för transpersoner kommer att redovisas.

Rapporten riktar sig till beslutsfattare och tjänstemän med ansvar för folkhälsofrågor samt till idéburna organisationer som arbetar med att främja hälsan bland homo- och bisexuella personer.

Resultaten visar att de allra flesta homo- och bisexuella personer har ett bra eller ett mycket bra allmänt hälsotillstånd. Trots detta kvarstår stora skillnader i den självrapporterade hälsan och förutsättningarna för hälsa bland homo- och bisexuella personer jämfört med heterosexuella. Under alla år rapporterar homo- och bisexuella personer ett sämre allmänt tillstånd än övriga befolkningen. Särskilt påtagligt är detta bland yngre personer, 16–29 år, i synnerhet bisexuella kvinnor.

En viktig slutsats är att det finns behov av fördjupade studier om effektiva hälsofrämjande och förebyggande åtgärder bland homo- och bisexuella personer. Sådan kunskap är väsentlig för att nå det övergripande nationella folkhälsomålet att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen.



Folkhälsomyndigheten

Solna Nobels väg 18, SE-171 82 Solna Östersund Forskarens väg 3, SE-831 40 Östersund.

www.folkhalsomyndigheten.se