

”Jag är inte ensam, det finns andra som jag”

Unga hbtqi-personers hälsa och levnadsvanor



mucf
Myndigheten för ungdoms-
och civilsamhällesfrågor

© Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällsfrågor (MUCF) 2022

Uppdragsansvarig: Ulrika Westerlund

Webb: www.mucf.se

Foto:

s. 1 Oleksandr Latkun/Mostphotos

s. 45 Sharon McCutcheon/Unsplash

***“Jag är inte ensam,
det finns andra som jag”***

Unga hbtqi-personers hälsa och levnadsvanor

Innehåll

Sammanfattning	7
1. Inledning	8
Uppdragets genomförande	8
2. Kunskap om unga hbtqi-personers hälsa och levnadsvanor	9
Hbtqi-personer har sämre psykisk hälsa än andra	9
Studier pekar på att hbtqi-personer har sämre fysisk hälsa än andra	11
Studier pekar på vissa skillnader i levnadsvanor som kan påverka hälsan	13
Omgivningens attityder påverkar hbtqi-personers hälsa	13
Studier pekar på utmaningar i tillgång till god vård	15
Rekommendationer för vård som särskilt rör transpersoner och intersexpersoner	16
Rekommendationer för vård och behandling vid tillstånd som påverkar könsutvecklingen	16
Rekommendationer och regleringar av könsbekräftande vård	16
3. Unga hbtqi-personers hälsa och levnadsvanor i siffror	19
Unga hbtqi-personer mindre nöjda med sin fysiska hälsa	19
Sämre upplevd psykisk hälsa bland unga hbtqi-personer	20
Vanligare med allvarlig psykisk ohälsa bland unga hbtqi-personer	21
Inga skillnader vad gäller nikotin och alkohol men vanligare med narkotika bland unga hbtqi-personer	21
Unga hbtqi-personer mindre nöjda med livet i sin helhet	29
Resultat från enkät till unga med tillstånd som påverkar könsutvecklingen	31

4. Unga hbtqi-personers berättelser om hälsa och relationer	35
Unga hbtqi-personer berättar om psykisk ohälsa och levnadsvanor	35
Relationer som hälsofaktor	37
Unga hbtqi-personer utvecklar strategier för att må bra	42
Vård på lika villkor	47
Bemötande i vården	53
Sammanfattande slutsatser	59
Sammanfattning av resultat från enkäter om unga hbtqi-personers hälsa och levnadsvillkor	59
Sammanfattning av intervjuer och berättelser om unga hbtqi-personers hälsa och levnadsvillkor	61
Referenser	63

Hälsa är en viktig del i det ungdomspolitiska målet. I den ungdomspolitiska skrivelsen konstaterar regeringen bland annat att en "god hälsa utgör en grundförutsättning för att uppnå målet att alla ungdomar ska ha goda levnadsvillkor, makt att forma sina liv och inflytande över samhällsutvecklingen" (Skr. 2020/21:105, s. 25). Målsättningen omfattar fysisk, psykisk, sexuell och reproduktiv hälsa och levnadsvanor. Skrivelsen pekar särskilt på behovet av att förbättra den psykiska hälsan bland unga. Skrivelsen lyfter ett antal skillnader på hälsoområdet mellan unga hbtq-personer och unga heterocispersoner, till exempel skillnaderna i självskattad hälsa, psykisk hälsa och risken för suicid. Skrivelsen lyfter också fram kopplingen mellan hälsa och en ökad utsatthet för diskriminering, kränkningar och våld (Skr. 2020/21:105).

Hälso- och sjukvårdslagen

Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) anger att målet för hälso- och sjukvården är "en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen". Lagen tydliggör att det innefattar bland annat respekt för människors lika värde och främjandet av patientens självbestämmande, och ska tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet. I lagen står det även att vården ska "främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen" och att verksamheterna ständigt ska utvecklas löpande och systematiskt gällande kvaliteten. Även barnkonventionen, som är integrerad i svensk lag, klargör barnets rätt till hälsa, sjukvård och rehabilitering (artikel 24) och barnets rätt att uttrycka sin mening och höras i alla frågor som rör barnet (artikel 12).

Sammanfattning

- Unga hbtq-personer har en sämre hälsa än unga heterocispersoner. Det gäller både fysisk och psykisk hälsa men skillnaden är störst vad gäller psykisk hälsa. Endast en tredjedel av unga hbtq-personer anser sig ha en bra psykisk hälsa.
- Det är vanligare med diagnostiserad depression, självmordstankar och självmordsförsök bland unga hbtq-personer än bland unga heterocispersoner. Ungefär var femte ung hbtq-person har någon gång övervägt att ta sitt liv och självmordstankar är ungefär fyra gånger så vanligt bland unga hbtq-personer som bland unga heterocispersoner.
- Det är mindre vanligt bland unga hbtq-personer att känna sig nöjd med sitt liv i sin helhet och att se positivt på framtiden i jämförelse med unga heterocispersoner. Vad gäller dessa frågor har utvecklingen bland unga hbtq-personer varit negativ sedan 2012 och skillnaderna mellan unga hbtq-personer och unga heterocispersoner har ökat.
- Det är relativt ovanligt bland unga att ha någon att kunna dela sina innersta känslor med, detta är dock vanligare bland unga hbtq-personer än bland unga heterocispersoner.
- Intervjupersonerna har blandade erfarenheter av bemötande inom vården. Det finns positiva exempel på att vårdgivare har haft ett öppet och förutsättningslöst bemötande, eller snabbt har anpassat sig efter att det framkommit att den unga är hbtqi-person. Samtidigt beskriver flera unga brister i bemötandet. Det finns exempel på att det fått negativa konsekvenser för individen, såsom att den unga valt att avsluta vårdkontakten eller samtalsstödet eller att den unga undviker att ta del av vård och stöd.
- På grund av hur tillgången till både allmän vård rörande psykisk hälsa och till specialiserad vård gällande könsdysfori ser ut ställs det krav på den enskilda individen. För transpersoner i behov av könsbekräftande vård lyfts långa väntetider och bristande kunskap utanför den specialiserade vården. Flera transpersoner beskriver att konsekvenserna av bristande tillgång till vård bidrar till psykisk ohälsa och att de tvingas söka behandling på andra sätt, exempelvis genom att finansiera delar av vården själv hos privata vårdgivare antingen i Sverige eller utomlands. Det finns också exempel på att unga transpersoner använder mediciner utan förskrivning och uppföljning på grund av långa väntetider i vården.
- Intersexpersoner beskriver utmaningar i vården, exempelvis genom att individen förutsätts må bäst av en behandling med syftet att individen ska passa in i normen om två binära kön. MUCF har sett exempel på att unga känt sig pressade att genomgå vård, eller inte informerats om olika behandlingsalternativ. Samtidigt framkommer också exempel på att unga upplever det som påfrestande att inte passa in i normerna för kvinnor respektive män.

1. Inledning

Regeringen gav i juli 2020 Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (MUCF) i uppdrag att kartlägga och sammanställa kunskap om unga hbtq-personers levnadsvillkor (Regeringsbeslut A2020/01666/MRB). Uppdraget att kartlägga unga hbtqi-personers levnadsvillkor är en del i regeringens arbete för att stärka hbtqi-personers lika rättigheter och möjligheter. Det är även en del i arbetet med det ungdomspolitiska målet.

Det ungdomspolitiska målet är att alla unga ska ha goda levnadsvillkor, makt att forma sina liv och inflytande över samhällsutvecklingen. I den ungdomspolitiska skrivelsen konstaterar regeringen bland annat att en ”god hälsa utgör en grundförutsättning för att uppnå målet att alla ungdomar ska ha goda levnadsvillkor, makt att forma sina liv och inflytande över samhällsutvecklingen” (Skr. 2020/21:105, s. 25). Målsättningen omfattar fysisk, psykisk, sexuell och reproduktiv hälsa och levnadsvanor. Skrivelsen pekar särskilt på behovet av att förbättra den psykiska hälsan bland unga. Skrivelsen lyfter ett antal skillnader på hälsoområdet mellan unga hbtq-personer och unga heterocispersoner och kopplingen mellan hälsa och en ökad utsatthet för diskriminering, kränkningar och våld (Skr. 2020/21:105).

Resultaten från uppdraget att kartlägga unga hbtqi-personers levnadsvillkor har redovisats i en bred rapport, *”Jag är inte ensam, det finns andra som jag.” Unga hbtqi-personers levnadsvillkor*. Rapporten belyser ungas levnadsvillkor utifrån de tematiska områdena:

- hälsa
- utbildning
- arbete, ekonomi och bostad
- fritid och samhällsengagemang
- trygghet och utsatthet
- utsatthet för omvändelseförsök

Denna rapport presenterar de resultat som särskilt rör unga hbtqi-personers hälsa och levnadsvanor.

Uppdragets genomförande

Under arbetet med rapporten har MUCF använt sig av flera olika källor och metoder. Befintlig kunskap har inhämtats från vetenskapliga artiklar och rapporter och annat underlag från civilsamhällesorganisationer och myndigheter. Ny kunskap har tagits fram genom enkäter, intervjuer, berättelser och i samverkan och dialog med andra aktörer. De enkätundersökningar som har utgjort underlag för rapporten är:

- Den nationella ungdomsenkäten som genomfördes av MUCF 2021
- Den nationella folkhälsoenkäten som genomfördes av Folkhälsomyndigheten 2020
- En enkätundersökning riktad till hbtqi-personer inom EU som genomfördes av FRA (EU:s byrå för lika rättigheter) 2019
- En enkätundersökning som riktade sig till personer med tillstånd som påverkar könsutvecklingen som genomfördes av MUCF 2021.

Den nationella ungdomsenkäten och nationella folkhälsoenkäten bygger på slumpmässiga urval, och är därför generaliserbara. Undersökningarna riktade till hbtqi-personer respektive unga med tillstånd som påverkar könsutvecklingen baseras inte på ett slumpmässiga urval, och kan därför inte generaliseras till hela gruppen. Där det är möjligt redovisar MUCF resultaten uppdelat på kön. En detaljerad metodbeskrivning finns att läsa i rapporten *"Jag är inte ensam, det finns andra som jag" Unga hbtqi-personers levnadsvillkor*.

Den kvalitativa analysen bygger i huvudsak på intervjuer med unga och berättelser som unga har skickat anonymt till MUCF genom en hemsida.

158 unga personer anmälde intresse att delta i intervjustudien. MUCF gjorde ett urval av intervjupersoner för att berättelserna skulle representera personer med olika kön, sexuell läggning, funktionsvariation, ålder och födelseland samt unga boende i stora städer, i mindre städer och på landsbygd. Totalt deltog 52 personer i intervjustudien, varav några deltog i gruppintervjuer och andra deltog i individuella intervjuer. Utöver intervjuerna har 67 unga skickat in anonyma berättelser om sina erfarenheter av att vara ung och hbtqi-person i Sverige.



2. Kunskap om unga hbtqi-personers hälsa och levnadsvanor

I detta kapitel presenteras tidigare kunskap om hbtqi-personers psykiska och fysiska hälsa samt levnadsvanor. Även tidigare kunskap om tillgång till, och bemötande i vården, presenteras. En del studier fokuserar enbart på unga, men flertalet undersöker även vuxna över 25 år. Sammantaget visar både internationella och svenska studier på att hbtqi-personer har en sämre psykisk hälsa än befolkningen i övrigt. Det finns även studier som pekar på en sämre fysisk hälsa och högre andel med levnadsvanor som har negativ påverkan på hälsan. Det finns inga representativa studier om intersexpersoner, men de studier som finns tyder på att det finns skillnader, där intersexpersoner har sämre livskvalitet och sämre psykiskt välbefinnande jämfört med hela befolkningen.

Hbtqi-personer har sämre psykisk hälsa än andra

Under senare år har forskning kring hbtqi-personers hälsa ökat och det finns i dag relativt många studier om hbtqi-personers psykiska hälsa. Forte lät 2018 genomföra en kunskapssammanställning av unga hbtqi-personers hälsa och livsvillkor (Bränström, 2018). Kunskapssammanställningen visar, liksom flera andra forskningssammanställningar (Haas m.fl., 2011; Yıldız, 2018; Gorse, 2022), att det finns skillnader mellan hbtqi-personers och heterocispersoners psykiska hälsa. Vissa av studierna fokuserar särskilt på unga (Bränström, 2018). Även Nordiska ministerrådet har genomfört en kartläggning av kunskap om unga hbtqi-personer i Norden. Sammanställningen inkluderar studier om unga i de nordiska länderna (Siverskog & Måwe, 2021).

De studier som gjorts på unga visar att unga hbtqi-personer har en högre risk för depression och ångest och en mycket högre risk för självmordstankar och självmordsförsök jämfört med unga heterocispersoner. Framför allt under de

senaste åren har antalet studier som undersöker förklaringsfaktorer ökat. Flera studier visar på att skillnaderna i psykisk hälsa åtminstone till viss del hänger samman med en ökad otrygghet och utsatthet för till exempel kränkningar, diskriminering och våld (Bränström, 2018; Siverskog & Måwe, 2021).

Flera skillnader i psykisk hälsa inom hbtqi-gruppen

I flera nordiska studier om hbtqi-personers psykiska hälsa, som sammanställts i rapporten av Nordiska ministerrådet, sticker transpersoners ohälsa ut. Några studier pekar också på att bisexuella har sämre psykisk hälsa än homosexuella, är mindre öppna med sin sexuella läggning och i lägre utsträckning har någon vän att prata med. Några studier visar också på att en större andel tjejer har sämre psykisk hälsa jämfört med killar. Det är exempelvis fler tjejer som försökt ta sitt liv. De killar som försökt ta sitt liv har dock i högre utsträckning gjort flera försök. Det finns samtidigt studier som visar på att killar kan ha en högre utsatthet för mobbning och sexuella trakasserier kopplad till deras sexuella läggning (homosexualitet) (Siverskog & Måwe, 2021). En norsk studie visar även på att personer som haft sex med någon av samma kön men inte identifierar sig som homo- eller bisexuell också sticker ut genom sämre psykisk hälsa och självmordstankar jämfört med hetero-, homo- och bisexuella unga (Watson m.fl., 2015).

Några studier pekar också mot att unga hbtqi-personer kan vara mer utsatta än äldre hbtqi-personer. Folkhälsomyndigheten lyfter i tidigare studier om hbtqi-personers hälsa att det finns skillnader mellan äldre och yngre hbtqi-personer, där unga har sämre hälsa jämfört med äldre. Exempelvis var andelen unga transpersoner som övervägt att ta sitt liv betydligt högre än andelen bland äldre transpersoner (Folkhälsomyndigheten, 2015). Unga homo- och bisexuella kvinnor uppgav också i högre utsträckning oro och ångslan jämfört med både heterosexuella och äldre homo- och bisexuella kvinnor och män (Folkhälsomyndigheten, 2014).

Barnombudsmannen genomförde 2020 en utredning om unga transpersoner. Utredningen byggde dels på en enkät till barn och unga transpersoner 7–21 år, dels på fokusgrupper med unga transpersoner. I studien framkommer att det fanns en tydlig skillnad i självupplevd hälsa mellan barn upp till 12 år och barn och unga 13–21 år. Den äldre åldersgruppen upplevde sämre hälsa än den yngre. Hälften av transpersonerna 13–21 år uppgav att de mätte dåligt. Det fanns också en skillnad mellan killar och tjejer, där en större andel tjejer än killar mätte mycket bra. I Barnombudsmannens studie hade de barn och unga som fick stöd från sin familj signifikant bättre hälsa än de barn och unga som inte upplevde sådant stöd (BO, 2021).

En europeisk studie jämför upplevd hälsa och välmående mellan binära och ickebinära transpersoner som var 16 år eller äldre. I studien fanns en skillnad mellan grupperna, där ickebinära transpersoner upplevde lägre välmående och hälsa jämfört med binära transpersoner. Att vara i behov av könsbekräftande vård¹ bidrog till sämre hälsa och att vara yngre bidrog till sämre välmående. I studien framkom även ytterligare faktorer som kan ha negativa effekter, såsom lägre utbildning och ekonomisk stress (Burgwal m.fl., 2019).

¹ Detta rör sig om personer som har ett aktuellt vårdbehov vid tiden för studien, de som tidigare haft vård räknas in bland dem som inte är i behov av vård (längre).

Begränsad kunskap om intersexpersoners hälsa, men studier pekar på vissa skillnader

Kunskapsläget om intersexpersoner eller personer som har ett tillstånd som påverkar könsutvecklingen är mycket mer begränsat (Siverskog & Måwe, 2021), men det sker en del forskning på området. Bland annat har ett europeiskt forskningsprojekt (dsd-LIFE) som följer 1 040 individer från flera länder publicerat flertalet artiklar om hälsa och livsvillkor. I studierna används begreppet dsd, som är ett samlingsnamn för olika tillstånd som påverkar en individs biologiska könsutveckling (Socialstyrelsen, 2020b) och är vanligt att använda i olika medicinska sammanhang.²

Studier som genomförts inom projektet tyder på att hälsan hos personer med dsd, eller vissa dsd-diagnoser, i vissa avseenden skiljer sig från jämförelsebefolkningarna. En artikel om livskvalitet visar exempelvis att det inte finns någon skillnad i generell livskvalitet mellan personer med dsd och övriga befolkningen, men att personer med dsd har sämre psykiskt välbefinnande (Bennecke m.fl., 2017). En annan artikel visar att män med dsd i högre utsträckning upplever oro och depression jämfört med befolkningen som helhet (de Vries m.fl., 2019). Ytterligare en studie visar på att individer med dsd har en lägre självskattad självkänsla och kroppsuppfattning (van de Grift m.fl., 2018).

Några av studierna har också undersökt hur diagnos och behandling påverkar individen. Resultaten tyder på att en tidig diagnos, specialiserad uppföljning och nöjdhet med vårdteamet och deras kompetens kan vara viktiga faktorer för en god hälsa hos personer med dsd (Falhammar m.fl., 2018; Thyen m.fl., 2018).

En studie inom forskningsprojektet dsd-LIFE pekar på att fler med vissa dsd-diagnoser ändrar kön³ jämfört med befolkningen i övrigt, men att skillnaden inte är stor. Studien påtalar också behovet av förståelse inom vården för att inte alla patienter med dsd identifierar sig som man eller kvinna (Kreukels m.fl., 2018).

Studier pekar på att hbtq-personer har sämre fysisk hälsa än andra

Kunskapsläget vad gäller fysisk hälsa har förbättrats under senare år, men det är i dagsläget svårt att dra slutsatser om specifikt unga hbtqi-personer. Både internationella och svenska studier visar på skillnader i fysisk hälsa mellan vuxna hbtq-personer och vuxna heterocispersoner, där hbtq-personer har sämre fysisk hälsa än heterocispersoner. Skillnaderna gäller upplevt hälsotillstånd, funktionsförmåga och förekomsten av olika sjukdomar.

MUCF har i en tidigare undersökning visat på att unga hbtq-personer har lägre självskattad fysisk hälsa och oftare har huvudvärk och sömnsvårigheter jämfört med unga heterocispersoner (MUCF, 2019a). Liknande resultat finns

² Begreppet dsd står för **disorders/differences of sex development**. Vissa tycker inte om begreppet dsd eftersom de uppfattar det som medikaliserande och normerande. De menar att begreppets innebörd skapar en förväntan på hur kroppar kan och tillåts se ut och fungera när det gäller kön. I det här avsnittet använder vi begreppet dsd eftersom det är det begrepp forskarna använt i sina studier.

³ I studien är det inte tydligt om det avser juridiskt kön eller att ta del av könsbekräftande vård eller både och.

även i Fortes rapport om unga hbtq-personers hälsa (Bränström, 2018). Även en isländsk studie på gymnasieelever visade på liknande skillnader mellan heterosexuella respektive homo- och bisexuella unga. Studien visade också på en koppling mellan det generella hälsotillståndet, trivsel i skolan, utsatthet för mobbning, relation till klasskamrater och känslan av att vara accepterad (Thorsteinsson m.fl., 2017).

Folkhälsomyndighetens rapport om hälsan bland homo- och bisexuella (2014) visar främst på skillnader i fysisk hälsa mellan kvinnor beroende på sexuell läggning. Det var exempelvis vanligare bland homo- och bisexuella kvinnor än bland heterosexuella kvinnor att ha en långvarig sjukdom, och bland bisexuella kvinnor att ha svår värk. Det var även något vanligare bland bisexuella män än bland heterosexuella män att ha en långvarig sjukdom. Folkhälsomyndighetens rapport om transpersoners hälsa (2015) tyder på att andelen transpersoner med svår värk är högre, särskilt bland unga, jämfört med befolkningen i allmänhet.

Internationella studier pekar också på att homo- och bisexuella kvinnor i högre utsträckning har astma (se t.ex. Diamant & Wold, 2003; Heck & Jacobson, 2006). En svensk studie visar att homo- och bisexuella kvinnor och män oftare drabbas av sjukdomar som kan förebyggas jämfört med heterosexuella kvinnor och män. Författarna drar slutsatsen att det troligen finns en ojämn fördelning av skyddande faktorer mellan heterosexuella och homo- och bisexuella (Bränström m.fl., 2016b). Det finns undersökningar som pekar på att det även kan finnas skillnader gällande diabetes, vissa cancerformer och risken för hjärt- och kärlsjukdomar, men fler studier krävs för att kunna dra några säkra slutsatser. Det finns internationella studier som pekar på att det kan finnas ökad risk för övervikt bland homo- och bisexuella kvinnor. Det finns även studier som pekar på att det kan finnas en ökad risk för ätstörningar bland transpersoner (Bränström, 2018).

Både internationella och svenska studier visar på en ökad risk för hivinfektion bland homo- och bisexuella män, och män som har sex med män (se t.ex. Bränström & Pachankis, 2018; Cochran & Mays, 2007).⁴ De flesta studier som undersöker risken för hivinfektion har fokuserat på sexuella praktiker, eftersom det är en viktig förklaringsfaktor (analsex innebär ökad risk för hivinfektion, och det är den vanligaste smittvägen för män som har sex med män) (Bränström, 2018). En svensk studie som undersökt risk för hivinfektion visar på att psykosociala faktorer, såsom depression, självmordsförsök, våldsutsatthet och riskbruk hänger samman med förekomsten av hiv för homosexuella män, men inte för bi- och heterosexuella män. Studien visar även att förekomsten av hiv är betydligt högre bland homosexuella män jämfört med både bisexuella och heterosexuella män (Bränström & Pachankis, 2018).

⁴Män som har sex med män är en ofta använd term i till exempel hiv-preventionssammanhang, eftersom den fokuserar på praktiken och inte identiteten. Det finns män som har sex med män som inte identifierar sig som homo-, bi- eller pansexuella, eller queer.

Studier pekar på vissa skillnader i levnadsvanor som kan påverka hälsan

Flera internationella och svenska studier pekar mot att det finns vissa skillnader mellan heterocispersoners och hbtq-personers levnadsvanor som kan påverka hälsan. De flesta studier av det här slaget pekar på att hbtq-personer konsumerar alkohol, droger och tobak i högre utsträckning än heterocispersoner. Bland annat har Folkhälsomyndigheten visat på sådana skillnader bland unga kopplat till deras sexuella läggning (Folkhälsomyndigheten, 2014). Ett par nordiska studier visar på högre användning av alkohol, tobak och droger bland både transpersoner och homo- och bisexuella (Siverskog & Måwe, 2021).

En svensk studie har undersökt bruk av alkohol, cannabis och tobaksrökning bland sexuella minoriteter i alla åldrar. Studien bygger på den nationella folkhälsoenkäten och resultatet visar på en förhöjd förekomst av riskbruk av alkohol, användning av cannabis, och rökning bland sexuella minoriteter jämfört med heterosexuella. Den högre användningen och riskbruket var oftare kopplat till psykisk ohälsa bland sexuella minoriteter jämfört med heterosexuella, framför allt bland homosexuella män och bisexuella kvinnor. Studien visade också att diskriminering, utsatthet och social isolering delvis kan förklara dessa skillnader mellan sexuella minoriteter och heterosexuella (Bränström & Pachankis, 2018).

Vad gäller fysisk aktivitet finns det enligt Fortes rapport om kunskapsläget om hälsan bland unga hbtq-personer inget som pekar på att aktiviteten skulle vara lägre bland homo- och bisexuella än bland heterosexuella (Bränström, 2018). I Folkhälsomyndighetens studie (2014) framkommer dock att det är vanligare att unga homo- och bisexuella kvinnor har en stillasittande fritid jämfört med heterosexuella kvinnor. Folkhälsomyndighetens studie om transpersoners hälsa (2015) tyder på att det också är vanligare att transpersoner har en stillasittande fritid jämfört med andra. Det framkommer också av rapporten att transefarenheten är en delförklaring till att man inte tränar, eller tränar mindre än man skulle vilja.

I Folkhälsomyndighetens studie framkommer även att över en tredjedel av transpersonerna hade ett problematiskt förhållande till mat, och att det var vanligare bland yngre transpersoner (Folkhälsomyndigheten, 2015).

Omgivningens attityder påverkar hbtq-personers hälsa

Det finns ett växande internationellt forskningsunderlag om bakomliggande faktorer som kan påverka hbtq-personers hälsa. Nedan presenteras några av dessa studier. Mer forskning på området presenteras också i kapitlet av forskarna Linander med flera och Lundberg med flera som presenteras i den här rapporten.

En forskningsöversikt om självmordsrisk bland hbtq-personer och förebyggande arbete visar på att omgivningens stöd kan vara en skyddande faktor för hbtq-personer. Sådant stöd kan exempelvis komma från andra hbtq-personer, familjen och skolan. Översikten visar också på riskfaktorer såsom minoritetsstress, utsatthet eller avsaknad av stöd i skolan, hemlöshet och våld i nära relation (Gorse, 2022).

Flera forskare har studerat kopplingen mellan fysisk och psykisk hälsa och minoritetsstress. Minoritetsstress innebär en stress som exempelvis hbtq-personer utsätts för på grund av att de avviker från heterocisnormen. Stressen

består i utsatthet eller rädsla att utsättas för diskriminering, hot, våld och social exkludering. Det finns ett växande stöd för att denna typ av stress kan öka risken för psykisk och fysisk ohälsa (Bränström, 2018).

En nederländsk studie har undersökt kopplingen mellan psykisk ohälsa, homofobi och könsöverskridande uttryck bland homo- och bisexuella män och kvinnor. Studien visar på att könsöverskridande uttryck är kopplat till både mer och mindre psykisk ohälsa. För män i studien var könsöverskridande uttryck kopplat till ökad stigmatisering, vilket kan påverka den psykiska hälsan negativt. Detsamma gällde inte för kvinnor som deltog i studien. Skillnaderna mellan män och kvinnor skulle kunna kopplas till skillnader i förväntningar på mäns och kvinnors könsroller och att (en viss typ av) mansroll utgör normen. Studien visar samtidigt på att homo- och bisexuella med könsöverskridande uttryck hade en lägre grad internaliserad homofobi jämfört med de med ett mer könsnormativt uttryck, vilket kan ha en positiv effekt på den psykiska hälsan. Den ökade utsattheten kan leda till ökad motivation att ”komma ut” och söka sig till stödjande sammanhang där det finns andra hbtq-personer, detta skulle på sikt kunna innebära bättre strategier att hantera en negativ bild (Van Beusekom m.fl., 2018).

14

Två studier har undersökt kopplingen mellan självdestruktiva beteenden eller självskadebeteenden och utsatthet bland hbtq-personer. Båda studierna finner kopplingar mellan utsatthet för exempelvis homofobi och transfobi och självdestruktivitet, även om det också kunde finnas fler faktorer som påverkade (McDermott m.fl., 2008; McDermott m.fl., 2015). En av studierna pekar på att ungas strategier för att hantera homofobi och skam bland annat fokuserar på att minimera sin utsatthet för homofobi och skapa en ”stolt” identitet. Studien pekar också på att unga inte förväntar sig att få stöd i hanteringen av homofobi och att detta kan leda till risk för självdestruktiva beteenden (McDermott m.fl., 2008).

En studie som presenterats av Europeiska kommissionen har bland annat undersökt vilka faktorer som är stödjande respektive försvårande i ”komma ut”-processer. Rapporten visar att det för transpersoner i Europa kan vara en lång och komplex process att ”komma ut” och att det påverkas av flera faktorer, bland annat om man har stödjande relationer, det omgivande samhället och vilka lagar som finns i landet. Rapporten lyfter att ”komma ut” inte är något som sker vid ett tillfälle utan något som måste upprepas om och om igen. Denna process kan vara negativ för individens välmående och är i många fall inte ett fritt val. Exempel på sådana situationer är situationer som kräver att en id-handling visas. Deltagarna i studien hade olika erfarenheter av att ”komma ut”. Även ålder påverkade förutsättningarna att ”komma ut” och möjligheten att uttrycka sin könsidentitet. För barn kan föräldrar och andra kontrollera hur de får uttrycka sin könsidentitet. Faktorer som deltagarna upplevde underlättade att ”komma ut” var tillgång till information om transpersoner, exempelvis genom internet eller litteratur. Att ha begrepp för att beskriva sin könsidentitet lyftes också fram som viktigt. Ett närliggande resultat från studien var att ickebinära kunde ha svårt både att förstå sin könsidentitet och att ge uttryck för den eftersom flera upplevde att det saknades begrepp eller en social struktur att tala om identiteter utanför de binära könen. Även autism och tal- eller

inlärningssvårigheter är exempel på faktorer som kan påverka möjligheterna att uttrycka sin könsidentitet (Europeiska kommissionen, 2020).

Studier pekar på utmaningar i tillgång till god vård

Mot bakgrund av att det finns högre risk för psykisk ohälsa och vissa sjukdomar bland hbtq-personer finns det ett antal studier som undersökt förebyggande och främjande arbete. Ett par studier lyfter exempelvis att förebyggande åtgärder rörande psykisk hälsa och sexuell hälsa kan gynna hbtq-personer särskilt. Det är dock viktigt att arbetet är utformat på ett sådant sätt att det fångar hbtq-personers behov (Siverskog & Måwe, 2021).

Flera studier pekar på att hbtq-kompetens behövs för bra bemötande och jämlik vård

En norsk studie pekar på att unga hbtq-personer har låg tillit till vårdens kompetens gällande sexuell läggning och könsidentitet, och att det finns behov av att utveckla kunskap och kompetens om normer kring kön och sexualitet inom vården (Stubberud m.fl., 2018). Ytterligare en norsk studie pekar på behov av att utveckla nya förhållningssätt inom hälso- och sjukvården, så att det finns utrymme i stödet till unga med varierande könsidentiteter att uttrycka osäkerhet och ambivalens (Roen, 2016). Folkhälsomyndigheten konstaterar i en studie att möjliga framgångsfaktorer för att främja en god hälsa bland hbtq-personer är att metoderna bekräftar och stärker hbtq-identiteten, utförs av personer med kompetens kring hbtq-personers livsvillkor och skapar en trygg miljö där eventuella negativa erfarenheter kan bearbetas (Folkhälsomyndigheten, 2017).

Ett par rapporter har undersökt hbtq-personers kontakter med vården. Bland annat har Västra Götalandsregionen genomfört en oberoende uppföljning av sina hbtq-diplomerade verksamheter. Studien bygger på intervjuer med både personal och patienter. För det första var de flesta positiva till diplomeringen. De anställda menade att det hade ökat medvetenheten och lett till ökat fokus på hbtq-frågor. Däremot lyftes utmaningar att bibehålla kompetensnivån över tid, och personal som var hbtq-personer upplevde att de fick ta större ansvar för implementeringen. Patienterna som tagit del av verksamheten lyfte fram positiva exempel, såsom att det bidrog till ökat fokus på vårdbesökets syfte. Samtidigt fanns det patienter som hade erfarenheter av förutsättande föreställningar om patientens sexuella läggning. Författarna till studien menar att diplomeringen, trots exempel på vissa utmaningar, verkar bidra till en mer jämlik vård (Johansson Wilén & Lundsten, 2019).

Transpersoner upplever brist på tillgång till vård och erfar dåligt bemötande

Folkhälsomyndighetens studie om transpersoners hälsa (2015) undersökte också bemötandet inom den allmänna sjukvården. En majoritet av de svarande upplevde att de fått ett gott bemötande från vården. Samtidigt uppgav 40 procent att de undvek att söka vård på grund av oro för dåligt bemötande. En knapp tredjedel uppgav också att de hade blivit dåligt bemötta på grund av sin transexfarenhet och 5 procent uppgav att de nekats vård på grund av sin transexfarenhet. Det framkommer även att det finns erfarenhet av okunskap om transfrågor inom vården, vilket påverkat vården. Sammantaget pekar

resultaten på att det finns utmaningar i bemötandet som kan få konsekvenser för transpersoners tillgång till vård (Folkhälsomyndigheten, 2015).

I en studie som Barnombudsmannen genomfört med unga transpersoner hade en majoritet av deltagarna i undersökningen haft kontakt med vården för att få stöd eller behandling rörande könsidentitet eller könsdysfori. De flesta hade haft kontakt med ett könsutredningsteam men det var även vanligt att ta kontakt med ungdomsmottagning, barn- och ungdomspsykiatri eller skolkurator. Bara en tredjedel upplevde att de fått den vården de behövde. Ungefär hälften av de barn och unga som deltog i studien hade varit med om att personal använt fel namn eller pronomen eller saknat kunskap om transfrågor. I studiens fokusgrupper lyfte de unga att den könsbekräftande vården har långa kötider och att informationen skulle behöva utvecklas. I enskilda intervjuer beskrev deltagare att en konsekvens av långa kötider är självmedicinering. Deltagarna i fokusgrupperna lyfte även att det inom den könsbekräftande vården läggs fokus på könsroller på ett problematiskt sätt och att det kan leda till att unga som söker vård känner sig pressade att passa in i normer för hur män respektive kvinnor förväntas vara. Det kan också göra det svårt för ickebinära som söker vård. Deltagarna upplevde även att de måste uttrycka allvarlig psykisk ohälsa för att få hjälp samtidigt som självmordstankar, andra diagnoser eller utredningar kan vara hinder för könsbekräftande vård (BO, 2021).

Blandade erfarenheter av vård för intersexpersoner

Barnombudsmannen har haft i uppdrag att undersöka barn och unga intersexpersoners erfarenheter. De genomförde en enkät och intervjuer men fick ett mycket begränsat underlag. Endast åtta personer svarade på enkäten och en person deltog i en intervju. Bland dem som deltog var erfarenheterna av vården blandade. Några hade mycket positiva erfarenheter medan andra hade mycket negativa erfarenheter. Bland annat uppgav flera svarande att de inte fått vara delaktiga i vården eller fått tillräcklig information för att kunna vara delaktiga. Ökad delaktighet och information var också det deltagarna lämnade som förslag på hur vården för intersexpersoner kan förbättras (BO, 2021).

I en rapport av DO om intersexpersoners utsatthet för diskriminering beskriver civilsamhällesorganisationer som har intersexpersoner som målgrupp brister inom hälso- och sjukvården, såsom att det saknas en specialistfunktion som tar emot vuxna intersexpersoner. Civilsamhällesorganisationerna lyfter även kunskapsbrister inom vården som kan få negativa konsekvenser för individen. Exempelvis lyfts att avsaknaden av kunskap inom vården i flera fall inneburit att hanteringen av patienters hormonbehandlingar lett till negativa följder för patienten. Flera civilsamhällesorganisationer lyfter också att personer med intersexvariation möts av okänsliga, intima och irrelevanta frågor som inte verkar ha annat syfte än vårdgivarens nyfikenhet. Några organisationer lyfter även att sjukvården fokuserar på att anpassa individen till en normativ kvinnlighet eller manlighet. I DO:s rapport framkommer att det finns olika syn bland civilsamhällesorganisationerna och bland akademisk och medicinsk expertis på behandling av och kirurgiska ingrepp på barn som inte är gamla nog att själva vara delaktiga i beslut om vården. Några är skeptiska till att begränsa möjligheterna till ingrepp och menar att det måste prövas i det enskilda fallet efter behov. Andra framhåller individens rätt till självbestämmande avseende ingrepp som inte är nödvändiga av

medicinska skäl, samt risken att läkares och föräldrars syn på kön och sexualitet påverkar beslut om ingrepp och behandling (DO, 2022a).

Rekommendationer för vård som särskilt rör transpersoner och intersexpersoner

Det finns ett par områden inom sjukvården som särskilt rör transpersoner och intersexpersoner, nämligen könsbekräftande vård för vissa transpersoner och vård vid tillstånd som påverkar könsutvecklingen för vissa intersexpersoner. Unga transpersoner och intersexpersoner har i intervjuer och berättelser särskilt lyft sina erfarenheter av vården på dessa områden. För att underlätta förståelsen av de ungas resonemang och upplevelser av vården, beskriver vi i detta avsnitt kortfattat Socialstyrelsens rekommendationer och kunskapsstöd för vården inom respektive område. Vården måste inte följa dessa rekommendationer, utöver vissa lagar.

Rekommendationer för vård och behandling vid tillstånd som påverkar könsutvecklingen

Socialstyrelsen har rekommendationer för vård vid tillstånd som påverkar könsutvecklingen, även kallat dsd, vilket innefattar flertalet medfödda tillstånd. Årligen är det ett 20-tal nyfödda barn som utreds (Socialstyrelsen, 2020b). Det finns även personer som senare i livet får reda på att de har något tillstånd som påverkar könsutvecklingen (Socialstyrelsen, 2020b).

Socialstyrelsen rekommenderar att vården ges inom multidisciplinära specialiserade team till både barn och vuxna. Därutöver rekommenderas att vården erbjuder specialiserat psykosocialt stöd till barn och unga med tillstånd som påverkar könsutvecklingen.

Vården kan exempelvis bestå av hormonbehandling eller kirurgi. Behandlingen kan vara nödvändig för personens hälsa, men det genomförs även ingrepp som inte alltid är medicinskt nödvändiga. Kritik har riktats mot att kirurgi på könsorgan och könskörtlar genomförts innan personen själv kan delta i beslutet, eftersom det ses som oetiskt. Socialstyrelsens rekommendationer är att hälso- och sjukvården bör avvakta tills personen själv kan delta i beslutet om sådan kirurgi, utom i vissa undantagsfall (Socialstyrelsen, 2020b).

Rekommendationer och regleringar av könsbekräftande vård

Socialstyrelsens kunskapsstöd för både barn och vuxna klargör att könsbekräftande vård omfattar utredning och behandling av könsdysfori, som definieras som ett psykiskt lidande eller en försämrad förmåga att fungera i vardagen som orsakas av att könsidentiteten inte stämmer överens med det registrerade könet (Socialstyrelsen, 2015a, 2015b). Transpersoner kan lida av könsdysfori, men behöver inte göra det. Det är alltså inte alla transpersoner som har behov av könsbekräftande vård.

Det första steget i vården är att genomföra en utredning om könsdysfori. Om personen får diagnos övergår vården till behandling med syfte att minska könsdysforin. Vad behandlingen består av beror på vårdens bedömning av personens behov. Det kan exempelvis handla om hormonbehandling eller kirurgi och kan även finnas behov av psykosocialt stöd.

Rekommendationer och lagar som omfattar vård och behandling av vuxna med könsdysfori

I dag sker den könsbekräftande vården som riktar sig till vuxna i multidisciplinära team som finns i ett antal olika regioner. Dessa erbjuder vård till patienter från upptagningsområden som är större än den egna regionen. Vissa mottagningar tar emot patienter från hela Sverige⁵. Det finns en pågående process att organisera om könsbekräftande vård till nationell högspecialiserad vård (Socialstyrelsen, 2020a).

Den som fått diagnosen könsdysfori kan dessutom ansöka om fastställande av könstillhörighet, det vill säga ändra juridiskt kön, och ansöka om tillstånd för könskorrigering underlivskirurgi. Ansökan görs till Socialstyrelsens råd för vissa rättsliga, sociala och medicinska frågor (rättsliga rådet). För att få tillstånd att ändra juridisk könstillhörighet måste den sökande ha fyllt 18 år. Därutöver finns ett antal ytterligare krav. Det är inte ett krav att genomgå ingrepp på könsorganen för att ändra juridisk könstillhörighet. I vanliga fall är det inte möjligt att få tillstånd till könskorrigering underlivskirurgi om den sökande är under 23 år. (Socialstyrelsen, 2015b). Under 2022 pågår ett arbete med att bereda en förändring av könstillhörighetslagen, som innebär förändring av åldersgränsen för att ändra juridiskt kön till 12 år, att individen själv har rätt att bestämma om ändring av juridiskt kön samt att separera lagen om juridisk ändring från lagen om ingrepp i könsorganen.

Rekommendationer och lagar som omfattar vård och behandling av barn med könsdysfori

Socialstyrelsen genomför en översyn av rekommendationerna gällande barn. De nya rekommendationerna ska släppas i tre steg. Två av uppdateringarna som omfattar psykosocialt stöd och utredning respektive hormonbehandling har uppdaterats under 2021 och 2022⁶.

Grundläggande för vården av barn med könsdysfori är att det finns stora skillnader mellan olika individers förutsättningar, eftersom rekommendationerna omfattar såväl små barn som tonåringar. Exempelvis finns det en osäkerhet gällande om yngre barns könsdysfori kommer bestå in i vuxen ålder. Rekommendationerna påtalar att osäkerhet inte innebär att hälso- och sjukvården ska undvika att ge vård i det enskilda fallet utan att utredningen ska göras där det bedöms finnas behov. Osäkerhet innebär heller inte att rekommendationen att bekräfta och stötta barnet inte ska följas, eftersom forskning pekar på att bekräftelse är viktigt för det psykiska välbefinnandet (Socialstyrelsen, 2021a).

Socialstyrelsen uppdaterade 2022 rekommendationerna avseende hormonbehandling för barn och unga under 18 år. De nya rekommendationerna förordar en mer restriktiv hållning än tidigare. I rekommendationerna förordar Social-

⁵ Nuvarande utredningsteam finns på följande platser i Sverige: vuxenpsykiatrimottagningen könsidentitet Lund vid Skånes universitetssjukhus i Lund, Könsidentitetsmottagning (KIM) vid Norrlands universitetssjukhus i Umeå, Psykiatriska kliniken vid universitetssjukhuset i Linköping, Könsidentitetsmottagningen för vuxna vid Akademiska sjukhuset i Uppsala, ANOVA vid Karolinska universitetssjukhuset i Stockholm, Lundsströmmottagningen i Alingsås.

⁶ Enligt uppgift till MUCF kommer de nya rekommendationerna ges ut i sin helhet hösten 2022. I de nya rekommendationerna används begreppet könsinkongruens.

styrelsen även att hormonbehandling bör ske inom ramen för forskningsstudier. (Socialstyrelsen, 2022)

Liksom för annan vård av barn under 18 år är grundprincipen att vårdnadshavare ansvarar för sina barn och att sjukvården måste söka vårdnadshavares samtycke. Hänsyn ska dock tas till barnets ålder och mognad, vilket innebär att mer hänsyn ska tas till barnets vilja med stigande ålder och mognad. Barnets inställning till vården ska dock alltid kartläggas i den utsträckning det är möjligt, och sjukvården ska ge patienten individuellt anpassad information och utforma vården i samråd med patienten. Vården ska även bygga på respekt för patientens självbestämmande (Socialstyrelsen, 2021a).



3. Unga hbtqi-personers hälsa och levnadsvanor i siffror

I detta kapitel redovisas kvantitativa resultat som har kopplingar till ungas hälsa. Resultaten kommer från MUCF:s nationella ungdomsenkät, Folkhälsomyndighetens nationella folkhälsoenkät och EU:s byrå för grundläggande rättigheters EU LGBTI Survey. I kapitlet redovisas även resultat från MUCF:s enkät till unga med tillstånd som påverkar könsutvecklingen.

Unga hbtqi-personer mindre nöjda med sin fysiska hälsa

Resultat från den nationella ungdomsenkäten 2021 visar att unga hbtqi-personer upplever sin fysiska hälsa som sämre i jämförelse med unga heterocispersoner. De är även mindre nöjda med sin fysiska hälsa.

Det är 59 procent bland unga hbtqi-personer som bedömer sitt fysiska hälsotillstånd som ganska eller mycket bra medan motsvarande andel bland unga heterocispersoner är 76 procent.

Bland unga hbtqi-personer finns inga statistiskt säkerställda skillnader utifrån kön, könsidentitet eller sexuell läggning. Däremot finns säkerställda skillnader utifrån andra bakgrundsfaktorer:

- Det är mindre vanligt att unga hbtqi-personer med funktionsnedsättning (41 procent) bedömer sin hälsa som ganska eller mycket bra jämfört med unga hbtqi-personer utan funktionsnedsättning (65 procent).
- Det är mindre vanligt att unga hbtqi-personer vars föräldrar saknar eftergymnasial utbildning (47 procent) bedömer sin hälsa som ganska eller mycket bra jämfört med unga hbtqi-personer vars föräldrar har eftergymnasial utbildning (65 procent).
- Det är mindre vanligt att unga hbtqi-personer som bor i en landsbygdskommun (45 procent) bedömer sin hälsa som ganska eller mycket bra jämfört med unga hbtqi-personer som ej bor i en landsbygdskommun (61 procent).

Det är 40 procent bland unga hbtqi-personer som är ganska eller mycket nöjda med sin fysiska hälsa medan motsvarande andel bland unga heterocispersoner är 61 procent.

Bland unga hbtq-personer finns inga statistiskt säkerställda skillnader utifrån kön, könsidentitet eller sexuell läggning. Däremot finns säkerställda skillnader utifrån andra bakgrundsfaktorer:

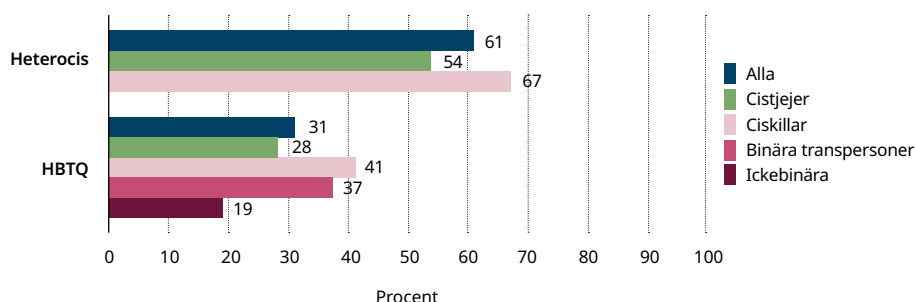
- Unga hbtq-personer med funktionsnedsättning är i lägre utsträckning (24 procent) ganska eller mycket nöjda med sin fysiska hälsa jämfört med unga hbtq-personer utan funktionsnedsättning (41 procent).
- Unga hbtq-personer vars föräldrar saknar eftergymnasial utbildning (29 procent) är i lägre utsträckning ganska eller mycket nöjda med sin fysiska hälsa jämfört med unga hbtq-personer vars föräldrar har eftergymnasial utbildning (43 procent).

Sämre upplevd psykisk hälsa bland unga hbtq-personer

Resultat från den nationella ungdomsenkäten 2021 visar att 31 procent av unga hbtq-personer bedömer sin psykiska hälsa som ganska eller mycket bra. Andelen är ungefär hälften så stor som bland unga heterocispersoner där 61 procent bedömer sin psykiska hälsa som ganska eller mycket bra.

Unga hbtq-personer med funktionsnedsättning bedömer i lägre utsträckning (18 procent) sin psykiska hälsa som ganska eller mycket bra jämfört med unga hbtq-personer utan funktionsnedsättning (35 procent).

Resultaten visar även att hbtq-ciskillar verkar ha en bättre psykisk hälsa än hbtq-cistjejer och ickebinära, vilket illustreras i figur 3.17.



Figur 3.1. Andel unga som bedömer sin psykiska hälsa som ganska eller mycket bra, efter kön, könsidentitet, könsuttryck och sexuell läggning, 16–25 år, 2021. Procent.

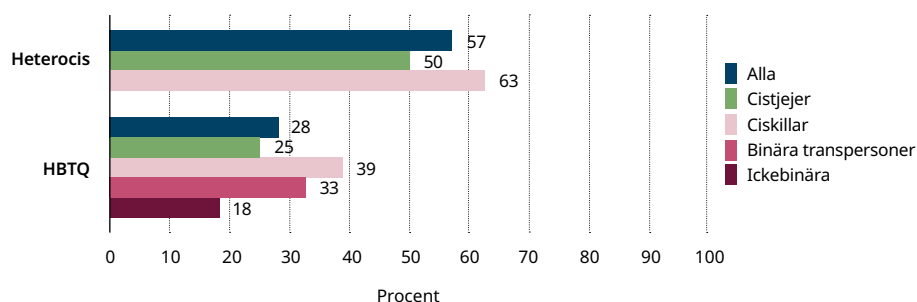
Källa: Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor. Nationella ungdomsenkäten 2021.

Resultat från den nationella ungdomsenkäten 2021 visar även att unga hbtq-personer är mindre nöjda än unga heterocispersoner med sin psykiska hälsa. Bland unga hbtq-personer anger 28 procent att de är ganska eller mycket nöjda med sin psykiska hälsa. Motsvarande andel bland unga heterocispersoner är 57 procent.

Unga hbtq-personer med funktionsnedsättning är i lägre utsträckning (17 procent) nöjda än unga hbtq-personer utan funktionsnedsättning (32 procent).

⁷Det finns ingen statistiskt säkerställd skillnad för binära transpersoner. Som beskrevs i introkapitlet redogörs enbart för statistiskt säkerställda skillnader i text.

Resultaten visar även att hbtq-ciskillar är mer nöjda med sin psykiska hälsa än hbtq-cistjejer och ickebinära är, vilket illustreras i figur 3.2.



Figur 3.2. Andel unga som är ganska eller mycket nöjda med sin psykiska hälsa, efter kön, könsidentitet, könsuttryck och sexuell läggning, 16–25 år, 2021. Procent.

Källa: Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor. Nationella ungdomsenkäten 2021.

Vanligare med allvarlig psykisk ohälsa bland unga hbtq-personer

Resultat från den nationella folkhälsoenkäten 2020 visar att det är betydligt vanligare med konstaterad depression bland unga hbtq-personer i jämförelse med unga heterocispersoner. Bland unga hbtq-personer har 12 procent någon gång fått diagnosen depression av en läkare medan motsvarande andel unga heterocispersoner är 3 procent.

Det är även betydligt vanligare med självmordstankar hos unga hbtq-personer jämfört med unga heterocispersoner. Bland unga hbtq-personer har 18 procent av de tillfrågade övervägt att ta sitt liv under de senaste 12 månaderna. Motsvarande andel bland unga heterocispersoner är 5 procent.

Inte alla som har självmordstankar försöker ta sitt liv. Men resultat från den nationella folkhälsoenkäten 2020 visar att unga hbtq-personer är överrepresenterade även i den grupp av unga som försökt ta sitt liv. Bland unga hbtq-personer har 3 procent någon gång försökt ta sitt liv medan motsvarande andel bland unga heterocispersoner är 1 procent.

Inga skillnader vad gäller nikotin och alkohol men vanligare med narkotika bland unga hbtq-personer

Resultat från den nationella folkhälsoenkäten visar att det bland unga hbtq-personer är 18 procent som snusar och 14 procent som röker.⁸ När det gäller rökning och snusning är det ingen skillnad jämfört med unga heterocispersoner.

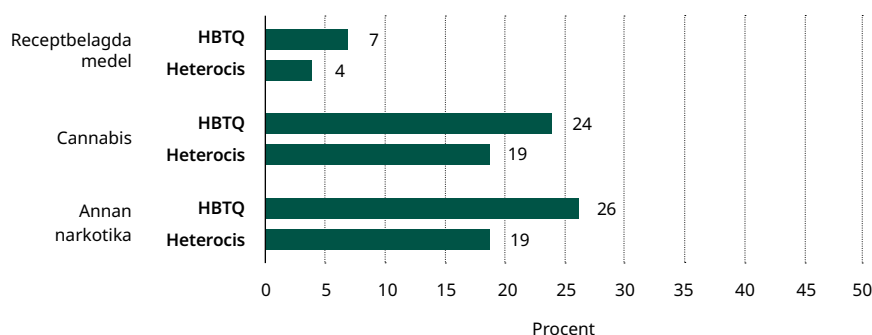
När det gäller konsumtion av alkohol är det 9 procent bland unga hbtq-personer som konsumerar alkohol flera gånger i veckan och det är 7 procent som dricker sex glas⁹ minst någon gång varje vecka. Jämfört med unga heterocis-personer är det ingen skillnad vad gäller dessa konsumtionsmönster.

⁸ Andelar som angett att de snusar/röker "Ibland" eller "Dagligen".

⁹ Med ett glas menas 50 cl folköl, 33 cl starköl, 10–15 cl vin, 5–8 cl starkvin eller 4 cl sprit.

Resultat från den nationella folkhälsoenkäten 2020 visar att det är vanligare att ha använt olika typer av droger bland unga hbtq-personer jämfört med unga heterocispersoner (se figur 3.3). Resultaten visar att:

- Bland unga hbtq-personer har 24 procent någon gång använt cannabis, vilket är fler än bland unga heterocispersoner (19 procent).
- Bland unga hbtq-personer har 26 procent någon gång använt annan narkotika än cannabis (till exempel amfetamin, kokain, heroin, ecstasy eller LSD), vilket är fler än bland unga heterocispersoner (19 procent).
- Bland unga hbtq-personer har 7 procent någon gång använt narkotikaklassade receptbelagda mediciner (till exempel tramadol eller bensodiazepiner) på annat sätt än läkare ordinerat, vilket är fler än bland unga heterocispersoner (4 procent).

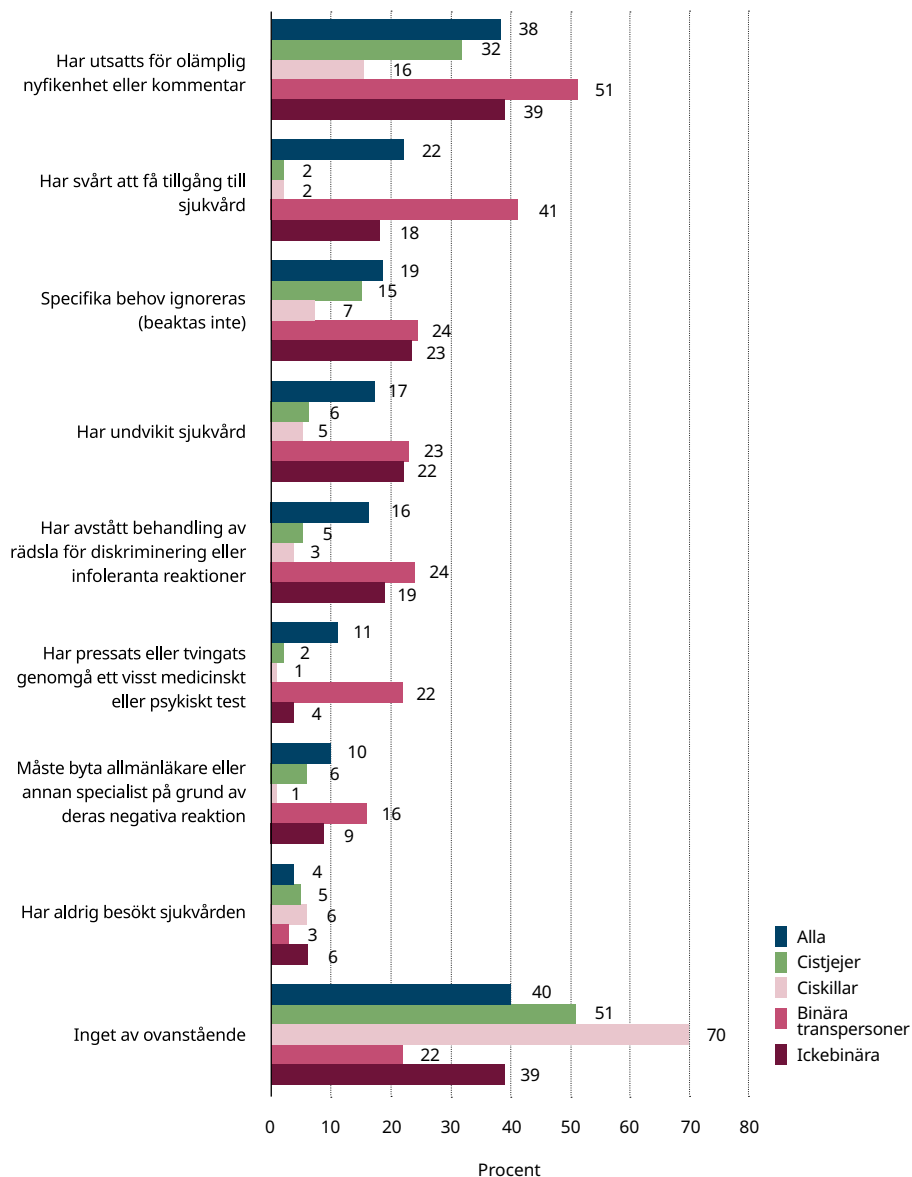


Figur 3.3. Andel unga som någon gång använt annan narkotika än cannabis, cannabis samt receptbelagda mediciner på annat sätt än läkare ordinerat, uppdelat på hbtq- och heterocisperson, 16–25 år, 2020. Procent.

Källa: Folkhälsomyndigheten. Nationella folkhälsoenkäten 2020.

Stora skillnader mellan unga hbtqi-personers erfarenheter av vård

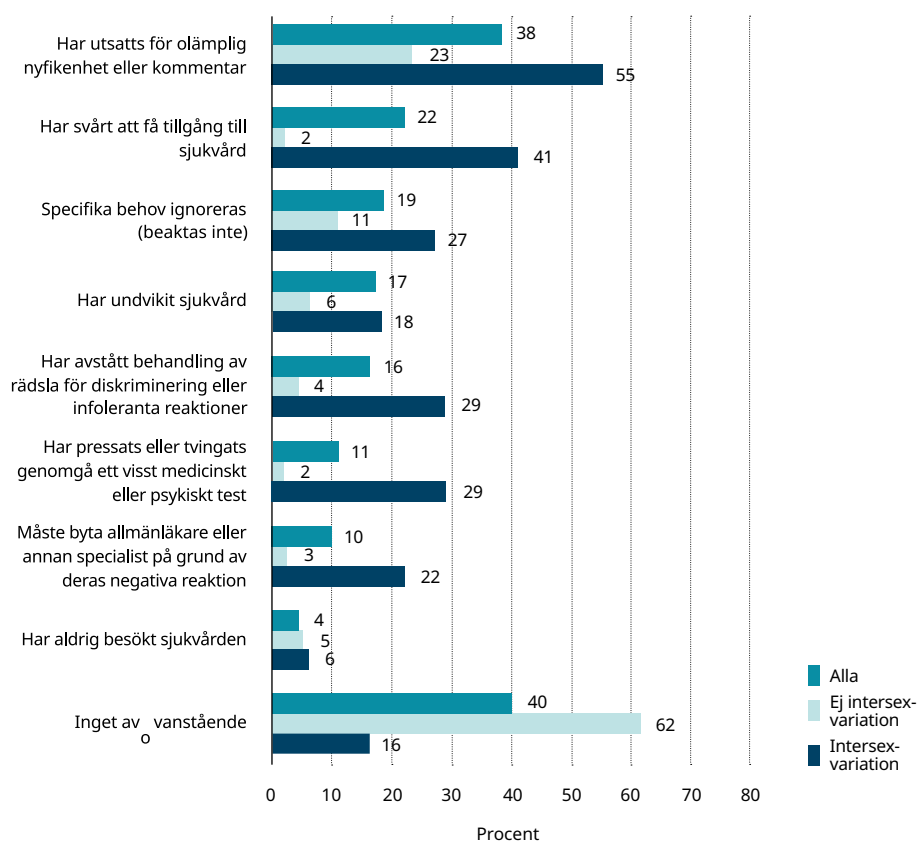
I EU LGBTI Survey II 2019 ställdes ett antal frågor rörande unga hbtqi-personers erfarenheter och upplevelser av vård de tagit del av. Som framgår av Figur 3.4 skiljer sig upplevelsen av och tillgången till vård mellan personer beroende på deras könsidentitet. En betydande majoritet av ciskillar har inte upplevt någon av de beskrivna utmaningarna samtidigt som motsatt förhållande föreligger för binära transpersoner. Den största skillnaden gäller svårigheter att få tillgång till sjukvård som skiljer sig mellan ickebinära och binära transpersoner jämfört med ciskillar och cistjejer. Det finns inga skillnader mellan grupperna avseende andelen som inte tagit del av sjukvård överhuvudtaget.



Figur 3.4. Andel bland unga hbtqi-personer som har upplevt vårdrelaterade utmaningar, efter kön, könsidentitet och könsuttryck, 15–29 år, Sverige, 2019. Procent.

Källa: EU:s byrå för grundläggande rättigheter, EU LGBTI Survey II, 2019.

Som framgår av Figur 3.5 skiljer sig upplevelsen av och tillgången till vård mellan personer med och utan intersexvariation. Åtta av tio med intersexvariation har upplevt utmaningar gällande vården. Detta är dubbelt så stor andel i relation till de unga utan intersexvariation. Vårdupplevelsen skiljer sig mellan grupperna med undantag för andelen som aldrig tagit del av sjukvård. Den största skillnaden är likt tidigare avseende svårigheter att få tillgång sjukvård.

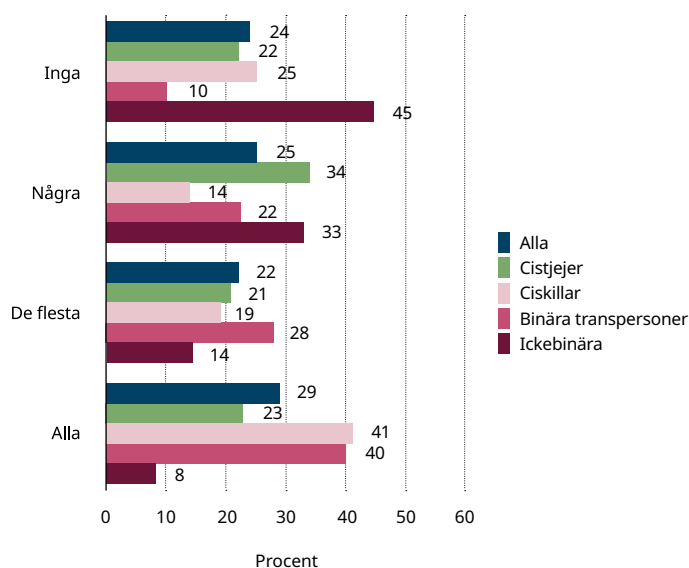


Figur 3.5. Andel bland unga hbtqi-personer som har upplevt vårdrelaterade utmaningar, efter könkaraktäristika, 15–29 år, Sverige, 2019. Procent.

Källa: EU:s byrå för grundläggande rättigheter, EU LGBTI Survey II. 2019.

Ingen entydig bild om unga är öppna som hbtqi-personer i kontakt med vården

Som framgår av Figur 3.6 uppger en majoritet av unga hbtqi-personer att de är öppna med sin sexuella läggning, könsidentitet, könsuttryck eller könsskärakteristika gentemot en del medicinsk personal och vårdgivare. Var fjärde person svarar att de inte är öppna för någon medicinsk personal eller vårdgivare. Icke-binära uppger i lägst utsträckning att de är öppna med sin könsidentitet och nästintill varannan ickebinär (45 procent) uppger att de inte är öppna gentemot någon medicinsk personal alls. Binära transpersoner uppger att de är öppna i kontakt med vården i störst utsträckning.



Figur 3.6. Gentemot hur många vårdgivare och medicinsk personal är du öppen med att du är hbtqi-person, efter kön, könsidentitet och könsuttryck, 15–29 år, 2019. Procent.

Källa: EU:s byrå för grundläggande rättigheter, EU LGBTI Survey II. 2019.

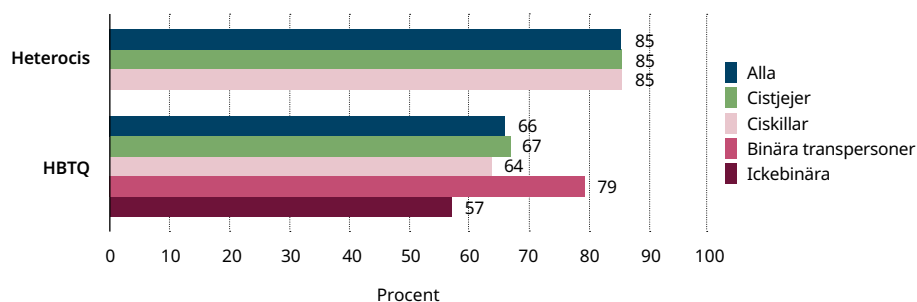
Unga hbtqi-personer mindre nöjda med sina sociala relationer

Resultat från den nationella ungdomsenkäten 2021 visar att unga hbtqi-personer är mindre nöjda med såväl sina familjerelationer som kompisrelationer och romantiska relationer, jämfört med unga heterocispersoner. Resultat från EU LGBTI Survey II visar att de flesta unga hbtqi-personer kan vara öppna gentemot sina närmaste, men att bara hälften är öppna gentemot alla vänner och familjemedlemmar.

Familjerelationer

När det gäller familjerelationer så är 66 procent bland unga hbtqi-personer ganska eller mycket nöjda. Jämfört med unga heterocispersoner (85 procent) är det betydligt lägre.

Inom hbtqi-gruppen finns här en skillnad mellan binära transpersoner och ickebinära. Det är betydligt vanligare (79 procent) att binära transpersoner svarar att de är ganska eller mycket nöjda med sina familjerelationer jämfört med ickebinära (57 procent).



Figur 3.7. Andel unga som är ganska eller mycket nöjda med sina familjerelationer, efter kön, könsidentitet, könsuttryck och sexuell läggning, 16–25 år, 2021. Procent.

Källa: Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor. Nationella ungdomsenkäten 2021.

Kompisrelationer

Vad gäller ungas kompisrelationer visar resultaten att 62 procent bland unga hbtq-personer är ganska eller mycket nöjda. Det är lägre än bland unga heterocispersoner (77 procent). Unga hbtq-personer med funktionsnedsättning är i lägre utsträckning (51 procent) nöjda med sina kompisrelationer jämfört med unga hbtq-personer utan funktionsnedsättning (66 procent).

Romantiska relationer

Bland unga hbtq-personer är 36 procent ganska eller mycket nöjda med sina romantiska relationer. Det är lägre än motsvarande andel bland unga heterocispersoner (47 procent).

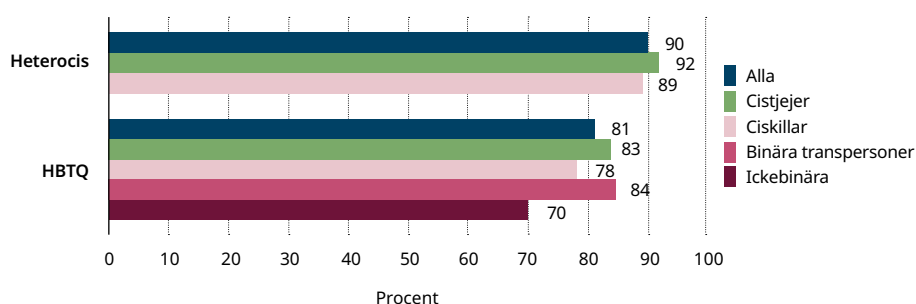
Inom gruppen unga hbtq-personer finns det några skillnader vad gäller i vilken utsträckning man är nöjd med sina romantiska relationer:

- Äldre unga hbtq-personer, 21–25 år, är i högre utsträckning (41 procent) nöjda med sina romantiska relationer jämfört med yngre unga hbtq-personer, 16–20 år (32 procent).
- Hbtq-cistjejer är i högre utsträckning (54 procent) nöjda med sina romantiska relationer jämfört med hbtq-ciskillar (42 procent).
- Unga hbtq-personer vars föräldrar har eftergymnasial utbildning är i högre utsträckning (44 procent) nöjda med sina romantiska relationer jämfört med unga hbtq-personer vars föräldrar saknar eftergymnasial utbildning (34 procent).

Även om resultaten från den nationella ungdomsenkäten visar att unga hbtq-personer över lag är mindre nöjda med sina sociala relationer, jämfört med unga heterocispersoner, visar andra resultat att djupare relationer är mer vanligt förekommande bland unga hbtq-personer. I den nationella folkhälsoenkäten ställs följande fråga: ”Har du någon du kan dela dina innersta känslor med och anförtra dig åt?” Resultaten från enkäten visar att en majoritet av alla unga inte har någon att anförtra sig åt. Det är dock vanligare bland unga hbtq-personer (20 procent som har någon att anförtra sig åt) än bland unga heterocispersoner (13 procent).

Unga hbtq-personer känner sig mindre inkluderade i sin familj

Resultaten visar att de flesta (81 procent) unga hbtq-personer känner sig inkluderade i sin familj (se figur 3.8). Andelen är dock lägre jämfört med unga heterocispersoner (90 procent). Omvänt kan man säga att 19 procent bland unga hbtq-personer **inte** känner sig inkluderade i sin egen familj och att det är ungefär dubbelt så vanligt att unga hbtq-personer **inte** känner sig inkluderade i sin egen familj jämfört med unga heterocispersoner. Figur 3.8 visar även att personer med en ickebinär könsidentitet i lägst utsträckning känner sig inkluderade i sin egen familj. Skillnaden är statistiskt säkerställd jämfört med hbtq-cistjejer, dock ej gentemot hbtq-ciskillar eller binära transpersoner. Vad gäller övriga skillnader inom hbtq-gruppen så visar resultaten att unga hbtq-personer som bor i en landsbygdskommun (73 procent) i lägre utsträckning känner sig inkluderade i sin familj jämfört med unga hbtq-personer som ej bor i en landsbygdskommun (82 procent).

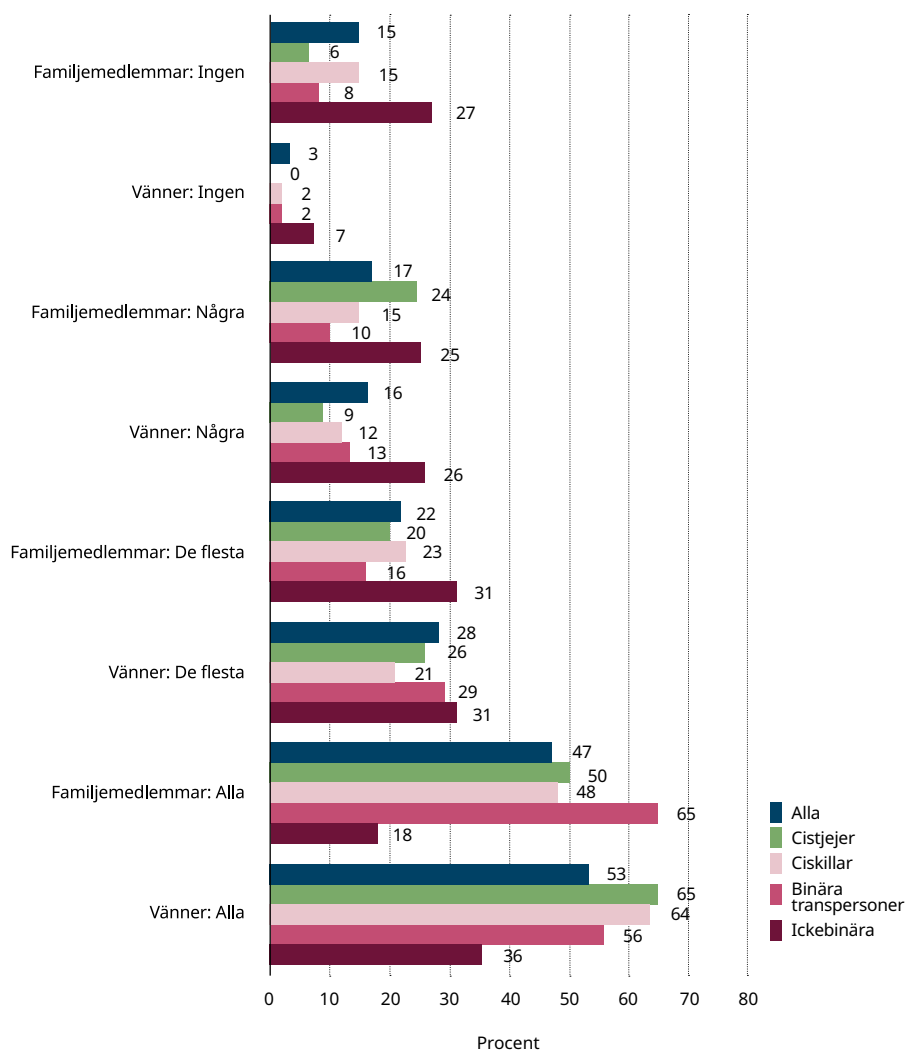


Figur 3.8. Andel unga som känner sig inkluderade i sin familj, efter kön, könsidentitet, könsuttryck och sexuell läggning, 16-25 år, 2021. Procent.

Källa: Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor. Nationella ungdomsenkäten 2021.

Hälften uppger att de är öppna som hbtqi-personer gentemot alla vänner och familjemedlemmar

De flesta unga hbtqi-personer är öppna med sin sexuella läggning, könsidentitet, könsuttryck eller könsskarakteristika gentemot några eller alla sina vänner och familjemedlemmar. Ungefär hälften av de svarande unga hbtqi-personerna uppger att de är öppna gentemot alla sina vänner (53 procent) och lika många är öppna gentemot alla sina familjemedlemmar (47 procent). Det är dock mer vanligt att det finns vissa familjemedlemmar som de inte är öppna gentemot. Ickebinära unga har i regel svårare att vara öppna mot samtliga vänner och familjemedlemmar. Det är även en högre andel av dem som uppger att de inte kan vara öppna gentemot någon.



Figur 3.9. Gentemot hur många familjemedlemmar och vänner är du öppen med att du är hbtqi-person, efter kön, könsidentitet och könsuttryck, 15–29 år. 2019.

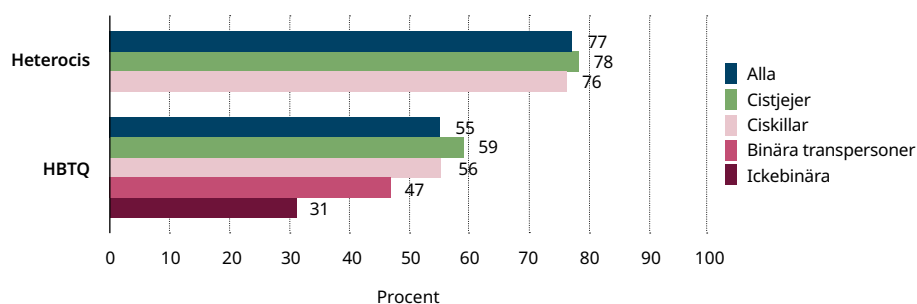
Källa: EU:s byrå för grundläggande rättigheter, EU LGBTI Survey II. 2019.

Unga hbtq-personer mindre positiva till framtiden

Unga hbtq-personer har en mer negativ syn på framtiden i jämförelse med unga heterocispersoner. Bland unga hbtq-personer är det 55 procent som svarar att de ser positivt på framtiden. Motsvarande siffra bland unga heterocispersoner är 77 procent.¹⁰

Inom hbtq-gruppen utmärker sig gruppen ickebinära vilket syns i Figur 3.10. Där är det endast 31 procent som ser positivt på framtiden. Skillnaden är statistiskt säkerställd gentemot hbtq-ciskillar (56 procent) och hbtq-cistjejer (59 procent).

¹⁰ Frågan ("Hur ser du på din framtid?") är ställd på en skala 1–5 där 1 är "Mycket negativ" och 5 är "Mycket positiv".

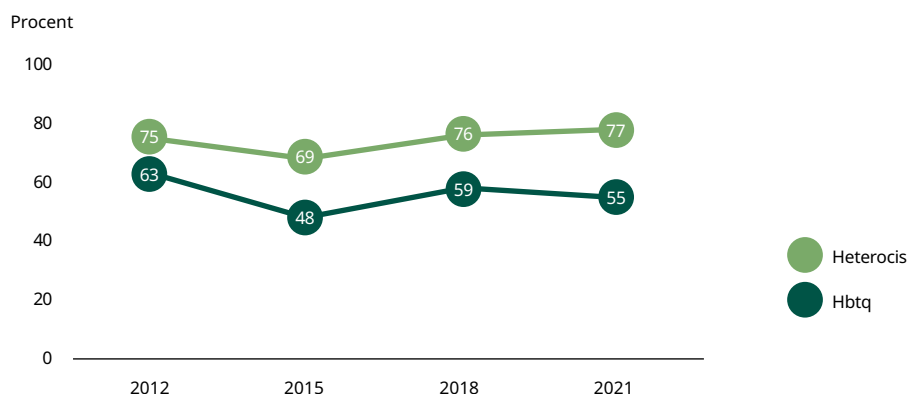


Figur 3.10. Andel unga som ser positivt på framtiden, efter kön, könsidentitet, könsuttryck och sexuell läggning, 16–25 år. Procent.

Källa: Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor. Nationella ungdomsenkäten 2021.

Även unga hbtq-personer med funktionsnedsättning har en mer negativ syn på framtiden. Inom den gruppen ser 32 procent positivt på framtiden medan motsvarande andel bland unga hbtq-personer utan funktionsnedsättning är 56 procent.

Sedan 2012 har frågan om hur unga ser på sin framtid ställts i den nationella ungdomsenkäten. Figur 3.11 visar att unga hbtq-personer sedan 2012 haft en mer negativ syn på framtiden jämfört med unga heterocispersoner och att det inte finns några tecken som tyder på att skillnaden minskat över tid.



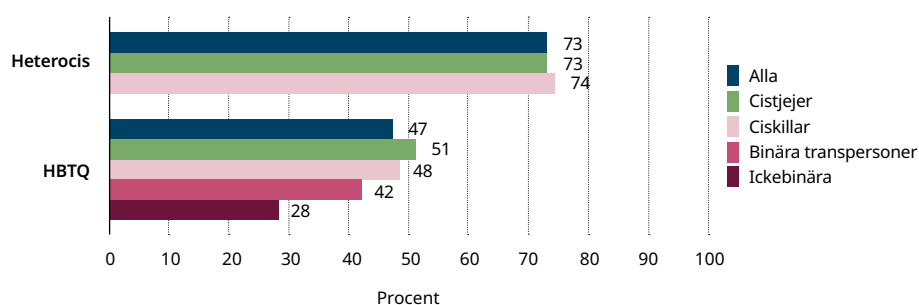
Figur 3.11. Andel unga som ser positivt på framtiden, uppdelat på hbtq- och heterocisperson, 16–25 år, 2012–2021. Procent.

Källa: Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor. Nationella ungdomsenkäten 2012, 2015, 2018 och 2021.

Unga hbtq-personer mindre nöjda med livet i sin helhet

Unga hbtq-personer är mindre nöjda med livet i sin helhet i jämförelse med unga heterocispersoner (se Figur 3.12). I den nationella ungdomsenkäten 2021 svarar 47 procent bland unga hbtq-personer att de är ganska eller mycket nöjda med livet i sin helhet. Motsvarande andel bland unga heterocispersoner är 73 procent.

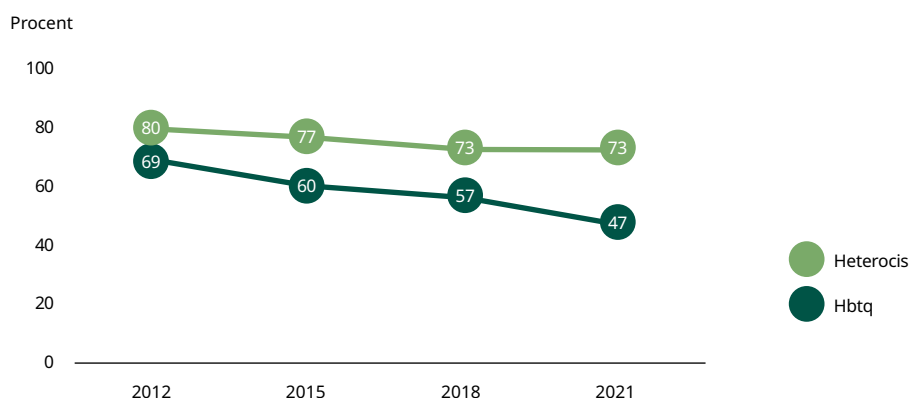
Inom hbtq-gruppen är ickebinära mindre nöjda med sitt liv (28 procent) än övriga, vilket syns i Figur 3.12. Skillnaden är statistiskt säkerställd jämfört med hbtq-ciskillar (48 procent) och hbtq-cistjejer (51 procent).



Figur 3.12. Andel unga som är ganska eller mycket nöjda med livet i sin helhet, efter kön, könsidentitet, könsuttryck och sexuell läggning, 16–25 år, 2021. Procent.

Källa: Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor. Nationella ungdomsenkäten 2021.

Andelen unga hbtq-personer som är ganska eller mycket nöjda med sitt liv som helhet har haft en negativ utveckling, från 69 procent 2012 till 47 procent 2021. Även bland unga heterocispersoner har utvecklingen varit negativ, men skillnaden mellan unga hbtq-personer och unga heterocispersoner har ökat mellan 2012 och 2021.



Figur 3.13. Andel unga som är ganska eller mycket nöjda med livet i sin helhet, uppdelat på hbtq- och heterocisperson, 16–25 år, 2012–2021. Procent.

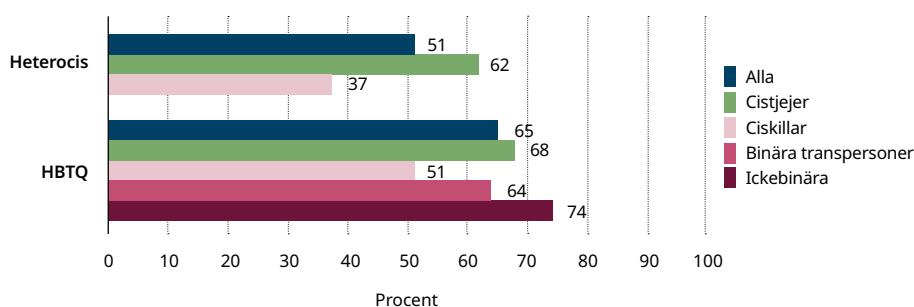
Källa: Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor. Nationella ungdomsenkäten 2012, 2015, 2018 och 2021.

Vanligare att unga hbtq-personer söker stöd utanför familjen

Resultat från den nationella ungdomsenkäten 2021 visar att 60 procent bland unga hbtq-personer någon gång har vänt sig till någon vuxen utanför familjen för att få råd och stöd gällande sin hälsa. Det är vanligare att unga hbtq-personer söker sådan hjälp än unga heterocispersoner (39 procent). Det kan tänkas ha ett samband med att hbtq-personer har en sämre upplevd fysisk och psykisk hälsa och är mindre nöjda med sin fysiska och psykiska hälsa. Men även om man bara tittar på unga som uppgett en sämre hälsa finns samma skillnad.

Det vill säga, även inom gruppen unga med sämre hälsa är det mer sannolikt att hbtq-personer sökt råd och stöd utanför familjen. Figur 3.14 nedan visar andelen som har vänt sig till någon vuxen utanför familjen för att få råd och stöd gällande sin hälsa, endast bland dem som bedömt antingen sin fysiska eller sin psykiska hälsa som något annat än bra. Figuren är uppdelad efter hbtq-personer och heterocispersoner samt utifrån könsidentitet.

I figuren framgår det att det är vanligare att unga hbtq-personer med sämre upplevd hälsa söker stöd från någon utanför familjen jämfört med unga heterocispersoner med sämre upplevd hälsa. Det är mindre vanligt att ciskillar (inom båda grupperna) med sämre upplevd hälsa vänt sig till någon utanför familjen för råd och stöd jämfört med andra.



Figur 3.14. Andel unga som vänt sig till någon vuxen utanför familjen för att få råd och stöd gällande sin hälsa, bland unga med sämre upplevd fysisk och/eller psykisk hälsa, efter kön, könsidentitet, könsuttryck och sexuell läggning, 16–25 år, 2021. Procent.

Källa: Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor. Nationella ungdomsenkäten 2021.

En annan tänkbar förklaring är att unga hbtq-personer generellt sett är mindre nöjda med sina familjerelationer än unga heterocispersoner. Inom hbtq-gruppen är det dock, bland personer med sämre upplevd hälsa, ingen skillnad vad gäller andelen som sökt hjälp av någon utanför familjen om hänsyn tas även till om man är nöjd respektive missnöjd med sina familjerelationer. Inom heterocis-gruppen finns det dock en sådan skillnad där det är vanligare att vända sig till någon utanför familjen bland unga som är missnöjda med sina familjerelationer jämfört med unga som är nöjda med sina familjerelationer.

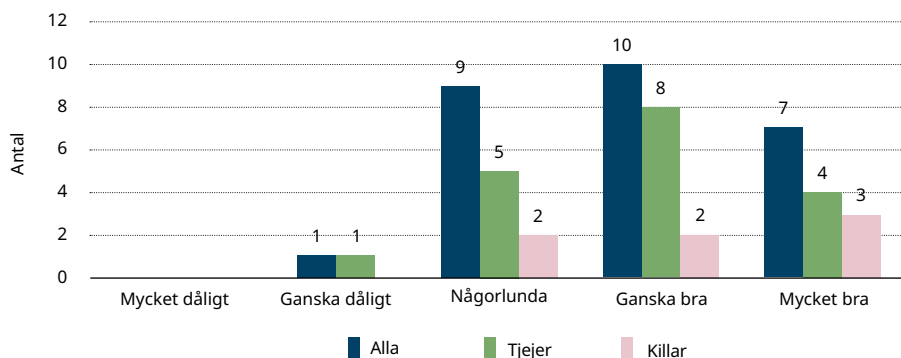
Resultat från enkät till unga med tillstånd som påverkar könsutvecklingen

I detta avsnitt presenteras de resultat som rör hälsa och vård från den enkät som skickats till personer med tillstånd som påverkar könsutvecklingen¹¹. Som beskrevs i rapportens inledande kapitel är antalet svarande 28 personer, varav 19 tjejer och 7 killar. Två personer hade annat kön. Utöver att enkäten besvarades av ett lågt antal personer skickades den inte till ett slumpmässigt urval. Det går därför inte att generalisera svaren till gruppen som helhet.

¹¹ MUCF använde begreppet ”tillstånd som påverkar könsutvecklingen” istället för intersexperson, eftersom inte alla inom målgruppen identifierar sig med begreppet intersexperson.

Svarande skattar psykisk hälsa lägre än fysisk hälsa

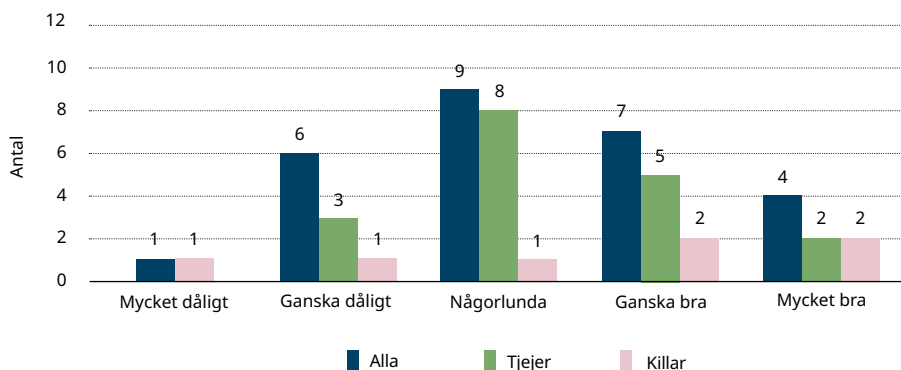
De flesta av dem som svarat på enkäten upplever sin fysiska hälsa som ganska eller mycket bra. Flera skattar också sin hälsa som någorlunda. Den psykiska hälsan skattar de svarande lägre. Det är något fler som skattar den psykiska hälsan som bra (11 personer) än som skattar den som dålig (7 personer)¹².



Figur 3.15. Skattning av den fysiska hälsan, efter kön, 2021. Antal.

Kommentar: Några svarande har annat kön än kille eller tjej, eller var osäkra.

Källa: Myndigheten för ungdoms- och civillsamhällesfrågor. Enkät till unga med tillstånd som påverkar könsutvecklingen 2021.



Figur 3.16. Skattning av den psykiska hälsan, efter kön, 2021. Antal.

Kommentar: Några svarande har annat kön än kille eller tjej, eller var osäkra.

Källa: Myndigheten för ungdoms- och civillsamhällesfrågor. Enkät till unga med tillstånd som påverkar könsutvecklingen 2021.

De flesta fick veta om sitt tillstånd från läkare

De flesta (17 personer) av dem som svarat på enkäten uppger att det var en läkare som för första gången berättade om deras tillstånd. Några (5 personer) uppger att det var en förälder som berättade om det. Några kommer inte ihåg och en person läste om det på 1177 vårdguiden.

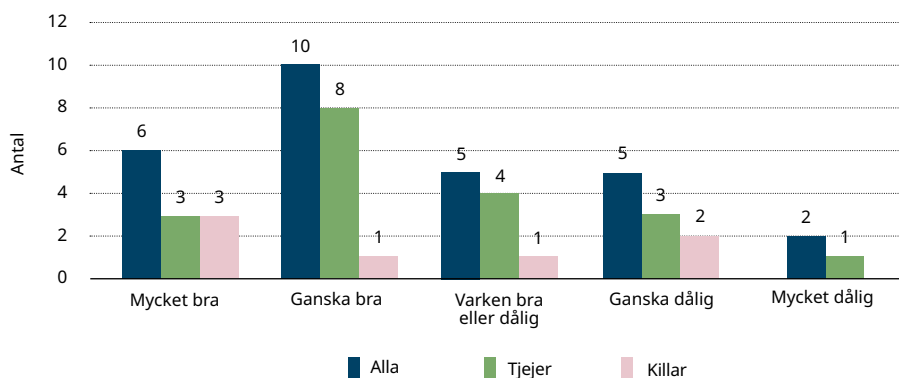
På frågan av vilka de fått stöd att hantera sitt tillstånd svarar de flesta (19 personer) att det är föräldrar som varit ett stöd. Andra svar är syskon, kompisar,

¹² Unga generellt skattar sin fysiska hälsa som bättre än sin psykiska hälsa. Bland unga heterocispersoner skattar 61 procent hälsan som ganska eller mycket bra. Bland unga hbtq-personer är andelen 31 procent.

någon de är/har varit ihop med och lärare (3–6 personer). Fyra personer uppger att de inte behövt stöd och sex att de inte fått stöd trots att de upplevt ett behov.

Blandade erfarenheter av vården bland de svarande

De allra flesta (24 personer) av dem som svarat på enkäten uppger att de fått vård på grund av sitt tillstånd. Två svarar att de inte fått vård och två är osäkra.



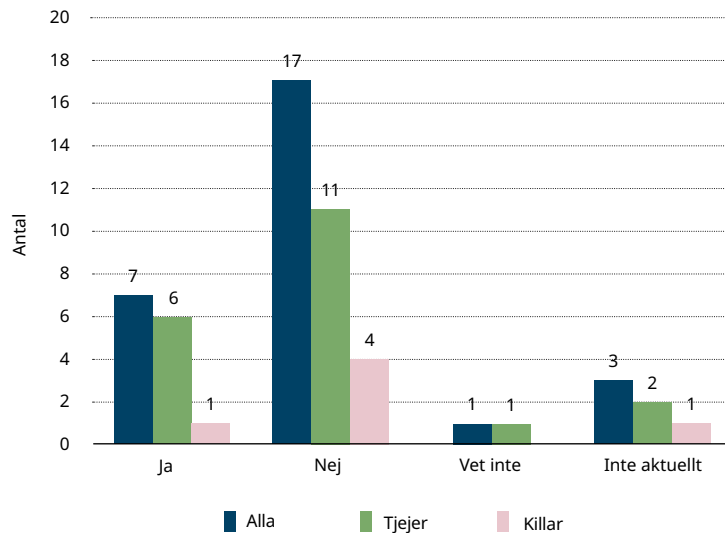
Figur 3.17. Upplevelser av vård som rör tillstånd som påverkar könsutvecklingen, efter kön, 2021. Antal.

Kommentar: Några svarande har annat kön än kille eller tjej, eller var osäkra.

Källa: Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor. Enkät till unga med tillstånd som påverkar könsutvecklingen 2021.

De flesta (16 personer) av dem som svarat upplever att vården som rör tillstånd som påverkar könsutvecklingen har varit ganska eller mycket bra, medan 7 upplever att vården varit ganska eller mycket dålig. Erfarenheterna av den allmänna sjukvården är över lag positiv bland de svarande. 16 svarar att den varit ganska eller mycket bra, 3 upplever att den varit ganska eller mycket dålig.

Enligt Socialstyrelsens rekommendationer för vård och behandling av tillstånd som påverkar könsutvecklingen bör barn och unga erbjudas specialiserat psykosocialt stöd. Det tydliggörs också att barnet ska vara delaktig och tillfrågad om vården efter ålder och grad av mognad (Socialstyrelsen, 2020b). Bland dem som svarat på enkäten uppger de flesta (17 personer) att vården inte innehållit något erbjudande om psykosocialt stöd. Sju svarar att vården erbjudit psykosocialt stöd.



Figur 3.18. Erbjudande om psykosocialt stöd i vården, efter kön, 2021. Antal.

Kommentar: Några svarande har annat kön än kille eller tjej, eller var osäkra.

Källa: Myndigheten för ungdoms- och civillsamhällesfrågor. Enkät till unga med tillstånd som påverkar könsutvecklingen 2021.

Det finns blandade erfarenheter bland de svarande om de fått vara med och säga till om vården som rör deras tillstånd. 13 svarar att de inte har det medan 10 svarar att de har fått säga till om vården. Några svarar att de inte vet och för några är det inte aktuellt (exempelvis eftersom de inte fått vård).

Enkättagarna fick också möjlighet att utveckla sina upplevelser av vården. Positiva erfarenheter är att de gått på regelbundna kontroller som barn och att den medicinska behandlingen fungerat väl.



Min vård har generellt sett varit väldigt bra, men i och med flyttar under min uppväxt har jag behövt ha olika läkare och kunskapsnivån hos dessa läkare har varierat avskyvärt och därmed vården jag har fått.

Några utmaningar som de nämner är exempelvis att de fallit mellan stolarna i samband med att de blev vuxna, att det finns många inom vården som saknar kunskap om tillstånd som påverkar könsutvecklingen och att de saknat psykosocialt stöd. En kille beskriver att läkaren berättade om diagnosen på ett negativt sätt och inte gav information om vilka lösningar som fanns, vilket påverkade den psykiska hälsan negativt.



Vården har varit bristfällig under min uppväxt. Jag har upplevt att jag inte fått påverka förrän jag starkt sagt ifrån i vuxen ålder. Vissa behandlingar och ingrepp skedde utan mitt samtycke men det är också relaterat till den kunskapsbrist som fanns i vården då.

En kille berättar att vissa behandlingar och ingrepp skett utan samtycke och en tjej berättar om att ha blivit övertalad av läkare att genomgå en operation som ledde till både fysiska och psykiska komplikationer som tog lång tid att åtgärda.

4. Unga hbtqi-personers berättelser om hälsa och relationer

I detta kapitel presenteras de resultat som rör hälsa och relationer från berättelser och intervjuer med unga hbtqi-personer. Kapitlet inleds med en beskrivning av hur unga upplever sin hälsa och levnadsvanor som har påverkan på hälsan. Därefter beskrivs ungas relationer till vänner och familj, hur det påverkar deras välmående och unga hbtqi-personers strategier för att må bra. Slutligen presenteras ungas erfarenheter av vården, vilket inleds med en beskrivning av tillgång till vård och avslutas med unga hbtqi-personers erfarenheter av bemötande inom vården.

Unga hbtqi-personer berättar om psykisk ohälsa och levnadsvanor

De flesta unga hbtqi-personer som MUCF intervjuat beskriver sin hälsa över lag som någorlunda. Flera upplever sin fysiska hälsa som bättre än sin psykiska hälsa men det finns stora skillnader mellan individerna.

De allra flesta beskriver i intervjuerna att de har eller tidigare har haft problem med psykisk ohälsa, exempelvis depression, ångest och könsdysfori. Att det finns en förhöjd risk för psykisk ohälsa bland unga hbtqi-personer redovisas i flera forskningsrapporter (Bränström, 2018; Siverskog & Måwe, 2021). I vissa fall hänger den psykiska ohälsan samman med en funktionsnedsättning, exempelvis autism. Några beskriver även erfarenhet av posttraumatiskt stressyndrom (ptsd). I vissa fall finns en direkt koppling mellan psykisk ohälsa och deras hbtqi-identitet. Det kan exempelvis röra sig om utsatthet för negativa attityder eller våld. Några unga har erfarenhet av självmordstankar eller självmordsförsök, varav samtliga på något sätt har koppling till sexuell läggning eller könsidentitet. Det rör sig exempelvis om transpersoner i väntan på att få könsbekräftande vård och homosexuella som har upplevt negativa reaktioner och negativt bemötande från familj, vården eller rättssystemet på grund av sin sexuella läggning.

Andra intervjupersoner gör själva ingen koppling mellan erfarenheter av psykisk ohälsa och erfarenheter som hbtqi-person. En person beskriver sin hälsa på följande sätt:



Jag skulle beskriva att jag mår bra i relation med min läggning, med hbtq-aspekten i mitt liv, liksom. Det är någonting som jag inte direkt har ifrågasatt någonsin, typ så. Eller så här, jag har aldrig direkt känt att det har varit så stort problem, alltså att jag aktivt tänkt på det så, liksom. [...] [Hälsan] är rätt så bra. Den är väl okej, jag vill inte säga "toppen" heller, men den är okej. Den fungerar, liksom. [...] Ja, om [...] jag mår dåligt, så är det väl psykiskt.

Man, cisperson, homosexuell, 21 år

Några intersexpersoner beskriver hur deras psykiska och fysiska hälsa hänger ihop med en fungerande behandling. Vissa intersexpersoner har behov av hormonbehandling eftersom kroppen själv inte producerar viktiga hormoner i rätt mängd. För att må bra både fysiskt och psykiskt är det därför viktigt att hitta rätt nivå i behandlingen. Även för vissa ickebinära och binära transpersoner har tillgång till könsbekräftande vård och behandling stor påverkan på välmående och hälsa.

Några av de unga med erfarenhet av att söka asyl lyfter en annan typ av utsatthet, som är kopplad till deras migrationserfarenheter. Flera unga som MUCF intervjuat beskriver att de kommer från ett sammanhang där homo- och transfobi utgjorde ett så stort hot mot deras säkerhet att de kände sig tvungna att lämna landet. Några beskriver att deras hälsa har påverkats, och fortsatt påverkas, av att ha levt i ett land där de inte kan leva öppet och händelser de varit med om innan de kom till Sverige. En av dem beskriver:



Min hälsa skulle jag inte säga är bra. Jag mår bra fysiskt, men psykiskt mår jag inte bra. Ja, eftersom jag har varit med om mycket. Ja, och eftersom jag inte haft min intervju [med Migrationsverket] än, mitt hjärta är fortfarande tungt, eftersom jag inte haft någon person att dela min berättelse med, så jag kan känna mig lite lättad. Därför att jag tror, när du delar din berättelse med någon, då känner du dig lite lättad. Ja, så jag är psykiskt plågad, eftersom jag varit med om mycket. Jag behöver någon att dela det med.¹³

Ung hbtq-person

En intervjuperson som bott på Migrationsverkets boende lyfter att boendeformen gör att den utsatthet som asylsökande hbtq-personer ofta upplevt i sitt tidigare hemland riskerar att fortsätta också i Sverige, vilket bidrar till otrygghet och stress.

Unga har olika erfarenheter av fysisk aktivitet

I intervjuerna framkommer blandade erfarenheter av motion och fysisk aktivitet. Det finns exempel på unga hbtqi-personer som medvetet tränar och försöker äta bra i syfte att må bra. En tjej beskriver sin fysiska och psykiska hälsa som sammanlänkade och något som kräver aktivt arbete.



Allmänt [...] så har jag en väldigt god hälsa. Jag prioriterar den väldigt högt för att jag värderar att må fysiskt bra för att kunna ta hand om min psykiska ohälsa som ju har varit ganska dålig. Den, däremot, börjar bli mycket, mycket bättre just nu.

Kvinna, cisperson, lesbisk, 19 år

¹³ Intervjun är översatt från engelska.

Det finns även exempel på att unga hbtqi-personer undviker vissa former av fysisk aktivitet och motion på grund av risken att utsättas för kränkningar eller påhopp. En person beskriver hur oron att inte accepteras som hbtq-person begränsar möjligheterna att delta i lagsporter. Flera transpersoner beskriver att det är svårt att delta i motion och idrott som kräver ombyte på plats eller där träningen är uppdelad mellan tjejer och killar.¹⁴

Några unga har erfarenhet av riskbruk och läkemedel utan läkares ordination

Några unga har i intervjuer berättat att de har, eller tidigare har haft, ett riskbruk eller att de använt läkemedel utan någon ordination från läkare. Samtidigt lyfter hon att kötider och svårigheter att få vård för olika problem påverkat viljan att hantera sitt missbruk. Att kunna få ta del av könsbekräftande vård har varit motiverande för att ta tag i problemen. Samtidigt har de långa kötiderna motverkat motivationen, eftersom det gör det enklare att skjuta hanteringen framför sig.



Och då, för mig har det varit så här [...] jag tänker att: "Ja, men det är ju ett eller två år i framtiden, så varför behöver jag göra det här nu? Jag kan ju jobba på det sedan lika gärna. Jag kan dricka hur mycket jag vill nu för att kön är så lång." Men [...] löftet om vård i framtiden har ändå hjälpt mig motiverad så att förbättra andra saker.

Tjej, transperson, 19 år

Erfarenheter av riskbruk är något som ett par personer med erfarenheter av omvändelseförsök också beskrivit. Som framkommer i det kapitlet hängde riskbruket samman med utsatthet för omvändelseförsök eller rädslan att utsättas för omvändelseförsök

Relationer som hälsofaktor

För flera av de unga hbtqi-personerna som myndigheten intervjuat är vännerna, föräldrarna och ibland syskonen viktiga för deras välmående. Goda och accepterande relationer beskrivs på olika sätt som betydelsefulla. Betydelsen av stödjande relationer poängteras i Europeiska kommissionens rapport (2020). Omvänt är det tydligt att avsaknaden av acceptans och stödjande nära relationer med familj och vänner påverkar dem negativt. Även avsaknad av acceptans och stöd från samhället i ett bredare perspektiv beskriver framför allt transpersoner som något som påverkar deras psykiska hälsa negativt.

Vänskaps- och familjerelationer har stor betydelse

Flera unga beskriver i intervjuerna att de har närstående som är accepterande och stöttande. Inte minst beskriver de flesta att de har goda vänskapsrelationer

¹⁴Transpersoners utmaningar att delta i sport redovisas mer utförligt i kapitlet om unga hbtqi-personers fritid

som får dem att må bra. Flera har även fungerande relationer till den närmaste familjen, även om dessa relationer oftare beskrivs som mer komplicerade.

Bland de unga som beskriver en delvis komplicerad relation till familjen lyfter flera fram religion som en anledning. En kille beskriver att släkten är ”väldigt” kristen och att det påverkat deras relation negativt, eftersom de inte accepterade killens sexuella läggning. En tjej som flyttat till Sverige tillsammans med sin familj beskriver hur religion har präglat relationen till föräldrarna:



Jag är uppvuxen i en kristen, alltså verkligen kristen familj. [...] Allt präglades av kristna värderingar, på det sättet. Men sedan när [föräldrarna] skiljdes så blev ... jag vill säga att min mamma blev lite mer liberal i sitt tanke sätt. Hon var mer öppen för olika idéer, och så där. Men min pappa fortsatte med strikta idéer om att, ja, men: ”Man och kvinna”, och sådana saker. Men jag vet inte exakt vad det är som fick mamma att bli lite mer liberal. Jag har frågat om det faktiskt, och hon sa mer att hon vill ha en så god relation med sina barn som möjligt, och hon vill inte att småsaker ska komma i vägen för det. Och även om hon har sina åsikter, så kommer hon alltid älska oss och ta hand om oss, och så.

Tjej, cisperson, 20 år

Det finns också exempel på familjerelationer som är komplicerade av andra anledningar än religion. En ickebinär person som bor tillsammans med sina föräldrar beskriver exempelvis att föräldrarna har haft svårt att acceptera att hen är transperson, något som också flera andra unga beskrivit. Hen beskriver att det påverkat relationen negativt under en stor del av tonårstiden och att det är ett ämne som de inte pratar om hemma.



Och sedan har vi inte pratat mer om det. [...] jag har kopplat det så mycket att det är så obehagligt, så att om det dyker upp något transrelaterat på tv, så får jag ju panik och så flyr jag undan. Och allting jag gör hemma är att jag babblar på om massa onödiga substanslös skit, för att jag är rädd att det ska bli tyst, för att då vet jag inte vad som kommer hända, och vad de kommer säga. [...] Men jag är lite på spänn hela tiden när de är hemma. När de säger någonting så blir jag lätt taggar utåt, och så bråkar vi, och när de håller på och säger mitt dödnamn¹⁵ och fel pronomen och så, jag klarar inte av att rätta dem, men jag blir liksom irriterad. Och om mamma är så här: ”Vill du gå ut och ta en promenad?” Då vill jag inte det, för jag vill inte gå själv med henne. Det påverkar ändå att vi inte har någon djupare relation på det sättet.

Ickebinär, transperson, 19 år

¹⁵ Dödnamn är ett begrepp vissa transpersoner använder för att beskriva det namn de tilldelades vid födseln, som de inte vill bli kallade.

De flesta upplever dock att föräldrar och familj är accepterande även om det ibland tagit lite tid att förstå eller anpassa sig. En ickebinär person beskriver exempelvis att det tog lite tid för familjen att anpassa ordval och smeknamn, men att det i dag fungerar bra. En kille beskriver hur viktigt det är för honom att uppleva acceptans från familj, släkt och vänner. Som transperson som av medicinska skäl har svårt att alltid passera som kille blir andras acceptans och ansträngningar att bekräfta könsidentiteten viktig för att han ska kunna vara sig själv.

En homosexuell kille som flyttat till Sverige för att studera beskriver hur flytten gjort det möjligt att vara öppen, och att familj och vänner har varit accepterande.



När jag levde i [ett annat europeiskt land] var det såklart inte riktigt ... jag hade inte möjlighet att öppna upp, eftersom vi vet att situationen är väldigt komplicerad i [det andra europeiska landet] och flera tidigare Sovjetstater. Men när jag flyttade till Sverige så bestämde jag mig för att jag inte ville gömma mig mer. Jag berättade det för mina vänner först, sedan min familj och alla som behöver veta om det. Och det känns ganska bra för mig.¹⁶

Kille, cisperson, homosexuell, 19 år

Att inte passa in i hbtqi-världen upplevs som svårt

Det finns också några unga hbtqi-personer som beskriver ensamhet. En kille beskriver att ensamheten delvis hänger samman med att vara hbtq-person på en mindre ort. Några beskriver att det hänger samman med att de inte passar in i hbtqi-communityn av olika skäl. Flera asexuella som skickat in anonyma berättelser beskriver en bristande acceptans både i samhället som helhet och bland hbtqi-personer. En person skriver i en anonym berättelse:



Jag är 19 år, en hopplös romantiker och asexuell i en värld där allt tycks handla om sex. Det känns som om jag är defekt, och i nuläget vet jag faktiskt inte hur jag någonsin ska kunna leva ett "normalt" liv där jag kan få bli älskad för den jag är. Jag vill så gärna få ta del av hbtqi+-rörelsen, få känna att jag hör hemma, men jag känner mig hur gärna jag än vill ändå inte välkommen. Mina queera vänner (som inte vet om min sexualitet) säger att asexuella inte "passar" mallen för hbtq, och de får jag faktiskt komma ut till tar mig inte på allvar.

Asexuell, 19 år

En annan person har i en anonym berättelse beskrivit hur personen identifierade sig som transperson som tonåring och genomgick könsbekräftande behandling.

¹⁶ Intervjun är översatt från engelska.

Ja, jag jobbar på [min fysiska hälsa], jag äter kanske lite för lite. [...] Och min psykiska? Den är väl bra. Eller jag vet inte, är någons mentala hälsa verkligen så bra [nu för tiden]? [...] Alltså, det är inte superdåligt direkt, men däremot att jag har dålig självkänsla, kanske osäker om folk tycker om mig, och liksom sådana där vanliga ungdomsbekymmer som drar ner mig. Men annars så, det är ingenting [stort], skulle jag nog säga. Det hade väl varit bra att prata med någon om det ändå.

Man, cisperson, gay, 20 år

Medan det initialt var en hjälp och kändes rätt beskriver personen att dysforin kom tillbaka och att det ledde till att hormonbehandlingen avslutades.



Men när jag slutade med [testosteronbehandling] och återidentifierade som tjej försvann allt stöd och alla vänner från hbtq+-communityn. Det är så ensamt och jag blir bara ledsen när jag tänker på hur lite jag betytt för dem som jag trodde stod mig närmast. Jag har fastnat i ett mellanrum. Det går aldrig att lämna detta bakom sig och få en hel kropp igen.

Tjej, identifierade sig tidigare som transperson

Tjejen beskriver alltså hur den förändrade identiteten ledde till att stödet från vänner som var hbtq+ försvann.

Även flera bisexuella beskriver att de upplever utmaningar med att passa in i olika hbtqi-sammanhang. I en anonym berättelse beskriver en person att det varit svårt att vara delaktig i hbtqi-communityn som bisexuell. En person berättar i en intervju att det kan vara både påfrestande och stödjande att omge sig med andra hbtqi-personer och befinna sig i ett hbtqi-sammanhang, vilket också lyfts i Linander och Wiklunds kapitel. I intervjun framkommer att både påfrestningar och stöd i det här fallet är kopplade till vad personen möter på nätet.



Och det finns väldigt många stora personer på till exempel YouTube som har [...] delat med sig av deras tankar av vad en transperson är och att "Du måste ha det här för att vara trans." Och det förstör så mycket, speciellt för unga människor, jag var väldigt ung när jag kollade på de här personerna på YouTube och det var väldigt skadande. Jag tror att min dysfori blev mycket värre av att jag gjorde det. För att de sa: "Ja, men om du inte har dysfori över det här, då är du inte trans." Och då började jag ju tänka: "Åh, shit, jag har inte tänkt på det här. Oj." Och så blev det så mycket värre, men sedan ser man ju också fantastiska människor som delar med sig och liksom delar väldigt mycket information om vad man kan göra, [...] så att det är väldigt mycket både och.

Man, transperson, bi-/pansexuell, 21 år

Medan vänner på nätet varit stödjande och viktigt i processen att förstå sin transidentitet beskriver mannen att andra forum snarare har varit negativa och bidragit till ohälsa. Negativiteten har framför allt bestått i att andra transpersoner tar sig rätten att definiera vem som är transperson och inte.

Unga hbtqi-personer utvecklar strategier för att må bra

Unga hbtqi-personer berättar att de på olika sätt utvecklar strategier för att må bra och söker sig till sammanhang som får dem att må bra eller bättre. En vanlig strategi är att söka sig till andra med liknande erfarenheter. Flera har också sökt professionell hjälp från exempelvis hälso- och sjukvården. Det är även flera som berättar att de undviker att ta del av sammanhang där det förekommer negativa attityder och kränkningar gentemot hbtqi-personer.

Unga hbtqi-personer söker sammanhang där de kan dela erfarenheter med varandra

Vissa av intervjupersonerna beskriver stödjande relationer som en uttalad strategi för att må bra. Exempelvis beskriver några att de aktivt sökt upp miljöer där det finns andra hbtqi-personer som de kan dela sina erfarenheter med. Det kan handla om att försöka hitta vänner som är hbtqi-personer, gå till mötesplatser som riktar sig till hbtqi-personer eller forum och miljöer på nätet för hbtqi-personer.



Jag tycker det är skönt med [att] prata med andra queerpersoner [...] Alltså, jag går ju in på [en Facebookgrupp för hbtqi-personer] jättemycket, och refreshar, bara: "Är det något nytt som någon har skrivit?" Eller TikTok och så. Men också att diskutera sådana frågor med folk som jag känner.

Ickebinär, transperson, 19 år

En annan person formulerar stödet från andra hbtqi-personer i termer av peer-to-peer support¹⁷.



[...] peer-to-peer support, skulle jag säga [har varit ett viktigt stöd]. Och det låter så proffsigt när man pratar om det, men att det handlar ju om att man har kompisar som man kan messa, och att man vet att man finns där för varandra. Och jag har en väldigt nära vän som också är hbtqi-person, och att man vet att vi går båda igenom samma skit, och att på något sätt kunna kanalisera ens ilska och vrede över att samhället ser ut på det här sättet, till liksom ett engagemang som jag har gjort, i stället för att det kanske ska bli självdestruktivt som jag vet att det blir för många bekantingar. Och att det riktas utåt, i stället för inåt. Men, ja, peer-to-peer support [och] att veta att det finns vuxna där.

Hbtqi-person, cisperson, 16 år

¹⁷ Peer-to-peer support kan beskrivas som en metod där parter med vissa gemensamma erfarenheter, exempelvis unga hbtqi-personer, stöttar varandra.

Utöver att ha stödjande vänskapsrelationer och stöttande vuxna beskriver personen också strategier för att hantera den utsattheten som kommer med att vara hbtqi-person. Det kan handla om att undvika miljöer där det förekommer negativa kommentarer och försöka anpassa det egna förhållningssättet till negativa kommentarer. Exempelvis genom att försöka att inte lägga tid och energi på det som inte går att påverka. Samtidigt reflekterar personen över att det inte är rimligt att behöva göra de anpassningarna i sitt liv, men att det trots allt påverkar måendet negativt att inte göra de anpassningarna.

Flera av de intervjuade beskriver att en del eller större delen av deras umgängeskrets består av hbtqi-personer. Detta beskriver de som något positivt eftersom de har vissa gemensamma erfarenheter och förförståelser. En kvinna beskriver skillnaden i bemötande mellan hennes heterosexuella cisvänner och hbtq-vänner:



Det jag har märkt dock, intressant nog, som just transkvinna, är att några av mina vänner, det är inte att de behandlar mig annorlunda för att jag är trans, det är att de behandlar mig annorlunda för att jag är kvinna nu. Så de liksom ser mig som en kvinna, men de behandlar mig då som de behandlar andra kvinnor, vilket gör att de kanske ju inte tar mig lika seriöst längre. Och är mer okej med att göra mig obekvämt i vissa sammanhang, och så vidare. Men det är egentligen bara i mer cis- och straightsammanhang. Jag har ändå några hbtq-vänner, vilket har hjälpt så att jag också har [mötesplatsen] som jag kan gå till, som har många queerpersoner i sig. Och i de cirklarna är det jättetrevligt [...] jag känner inte någon tydlig särbehandling, som jag gör när det är med cisvänner, eller straightvänner.

Kvinna, transperson, 19 år

Hon har alltså inte upplevt att de nära vännerna haft svårt att acceptera henne som kvinna. Däremot har relationen till några av hennes heterosexuella cisvänner påverkats på grund av deras föreställningar om kön, medan queera sammanhang blir en fristad från sexism.

Det finns flera exempel på positiva erfarenheter när det gäller familj och vänners acceptans utanför ett queert sammanhang, samtidigt som dessa relationer beskrivs som både positiva och negativa.

Unga försöker undvika att ta del av negativ samhällsdebatt

Flera unga lyfter fram att rådande debatter som förs i media, av politiker och i sociala medier påverkar deras hälsa. En person beskriver att den psykiska och fysiska hälsan påverkas av omgivningens attityder:



På en makronivå, så påverkas mitt psykiska välmående väldigt mycket av den offentliga debatten och diskursen kring de här frågorna, och av de här irrelevanta kommentarerna som man bemöter, och så. Men jag skulle väl säga att den kanske främsta faktorn till min ... det som drar ner min poäng nu, eller vad man nu ska säga, det är konstant minoritetsstress som tar fokus, som tar tid, som all annan stress liksom skapar muskelvärk och trötthet, och alla de här liksom symtomen. Men alltså, väldigt praktiskt, att röra sig i vissa miljöer leder till att man blir hyperalert, vilket leder till att man blir jättetrött efteråt.

Hbq-person, cisperson, 16 år

Det finns, som citatet ovan illustrerar, hbq-cispersoner som beskriver att deras mående påverkas av samhällsdebatten kring hbtqi-frågor. Det är dock framför allt ickebinära och binära transpersoner som beskriver att deras mående påverkas negativt av debatter och diskussioner om transpersoner i medier och inom politiken. En kille beskriver exempelvis att det leder till att transpersoner blir som ”andra klassens medborgare”. Några beskriver att de på grund av detta aktivt undviker att titta på nyheterna, eller engagera sig i frågor som rör transpersoner, eftersom mediebevakningen och debatten om transpersoner får dem att må dåligt.



Jag brukade läsa nyheterna ganska ofta, jag brukade googla allt jag kan om trans, bara för att få reda [på] hur det ska bli med translagen. Men det har bara gått nedåt, och det har bara gjort att jag mår sämre och sämre när jag läser om det.

Tjej, transperson, 20 år

Viktigt med vård för unga i behov av hjälp och stöd

Det finns också flera unga som lyfter fram behovet av professionell hjälp. Medan stöd från vänner och forum är viktigt betonar flera att de också har behov av vård. Det kan både handla om samtalsstöd och terapi, men även om könsbekräftande vård. En person beskriver att stödbehovet framför allt varit kopplat till dennes funktionsnedsättning och att hen har ett bra stöd från vuxna i skolan.



Främst genom resurser genom skolan som skolkurator och alltså, vuxna som det finns att prata med. Samt då att de kan anpassa väldigt mycket när det kommer till själva skolgången också, skolarbetet på min skola. Det har underlättat jättemycket och att de har kunskap om min funktionsnedsättning och mitt sätt att fungera och så där. Ja, så mest från skolan.

Ickebinär, transperson, 18 år



Jag vill kunna vara vem jag är öppet, men jag vågar inte. Med tanke på [osäkerheten kring] min könsidentitet, är det troligtvis något jag bara kommer vara öppen med efter jag flyttar hemifrån. Hela min familj gör narr av ickebinära personer. De skrattar åt dem vid matbordet. Jag som själv funderar kring om jag är ickebinär blir självfallet väldigt ledsen av detta. Men för att inte råka försäga mig så (fake)-skrattar jag med.

Osäker på sin könsidentitet, bisexuell, 14 år
Skriven berättelse

Det finns också intervjupersoner som inte upplever att de behöver något särskilt stöd. En person som identifierar sig som queer beskriver sin uppväxt som en miljö med många hbtqi-personer runt sig och att personen därför aldrig behövt komma ut eller prata så mycket om sin identitet. En annan person beskriver att den har bra vänner att få stöd av, men eftersom personen aldrig upplevt sin sexuella läggning som ett problem har det aldrig behövts något särskilt stöd kring det.

En ung person som har återkommande vårdkontakter på grund av en funktionsnedsättning beskriver att föräldrarna är ett viktigt stöd. Personen beskriver att föräldrarna har möjlighet att vara ett bra stöd dels på grund av deras engagemang och dels på grund av att de har kunskap om hur vården och samhället fungerar.

Vård på lika villkor

De unga som MUCF intervjuat har både positiva och negativa erfarenheter av bemötande inom vården. En del har enbart begränsade erfarenheter av att deras sexuella läggning eller könsidentitet kommit upp i samband med vårdbesök. Det är främst i samband med psykosocialt stöd och frågor som rör sexuell och reproduktiv hälsa de unga har erfarenheter av att deras sexuella läggning kommer upp. Transpersoners erfarenheter av att deras könsidentitet kommer upp i samband med vården är bredare, bland annat på grund av att flera har sökt vård för könsdysfori. Intersexpersoner beskriver utmaningar både med den specialiserade och allmänna hälso- och sjukvården. Flera upplever att det är svårt att få tillgång till vård, inte minst vård för psykisk ohälsa. Detta gäller både vård som kan kopplas till att de är hbtqi-personer och vård som inte är kopplad till det.

Svårt att få tillgång till vård

Flertalet av intervjupersonerna har någon gång sökt hjälp för att hantera psykisk ohälsa. Medan vissa är nöjda med sina erfarenheter är det flera som upplevt utmaningar när de sökt hjälp (se även Folkhälsomyndigheten, 2017; Roen, 2016; Stubberud m.fl., 2018). Det rör sig dels om långa väntetider, dels att de upplever att de själva behöver eller har behövt ta stort ansvar och driva på för att få hjälp. Det är flera unga som beskriver att det är svårt att driva på sin egen process när de mår dåligt psykiskt. En person efterfrågar exempelvis att vården ska:



Ta folk mer seriöst, och hjälpa dem att ... om det är en person som söker hjälp för att de mår dåligt, det kan vara så jobbigt att göra det en gång och att sedan skicka vidare den och säga åt den personen att ta hjälp [...] alltså, det kan vara jättesvårt, och så gör man det inte för att man har inte den mentala styrkan och den orken. Så där tycker jag väl att man som vårdpersonal ska hjälpa till att göra det.

Tjej, cisperson, bisexuell, 21 år

En intersexperson, som har flera negativa erfarenheter av den specialiserade vården för personer med tillstånd som påverkar könsutvecklingen, beskriver

däremot positiva erfarenheter av att få hjälp med psykisk ohälsa från den allmänna hälso- och sjukvården.



Jag har haft också kontakt med vården på grund av depression och så, svår depression och så. Som är relaterat också till identitet och allt det här. Men där har jag haft mest en positiv erfarenhet, jag har träffat riktigt bra psykologer, som har hjälpt jättemycket. Så det är nog den mest positiva erfarenheten i vården.

Kille, intersexperson, pansexuell, 25–30 år

En annan person, som flyttat till Sverige för att studera, beskriver att utmaningen i huvudsak är de väldigt långa väntetiderna för att få komma till mer specialiserad vård.



Ja, det var faktiskt problem med det svenska sjukvårdssystemet, därför så vitt jag vet, och enligt min personliga erfarenhet, är det väldigt svårt att få professionell hjälp. Alltså vi kan gå till vårdcentralen och träffa bara en läkare, men de kan inte så mycket om vissa specifika saker. Och när jag bad att få träffa typ en terapeut, eller läkare som är specialiserad på ett visst område, var det nästan omöjligt att få en tid. Väntetiden kan vara sex månader eller ett år eller mer och det var ett problem.¹⁸

Kille, cisperson, homosexuell, 19 år

Eftersom detta gäller psykisk ohälsa som både är och inte är kopplad till sexuell läggning och könsidentitet kan samma utmaningar finnas för unga heterocispersoner. Eftersom det är fler unga hbtq-personer som upplever psykisk ohälsa är det dock troligt att fler unga hbtq-personer möter den här utmaningen.

Utmaningar i vården rörande tillstånd som påverkar könsutvecklingen

De intersexpersoner MUCF har intervjuat har beskrivit att de upplevt flera utmaningar i vården som rör deras tillstånd. Det handlar både om utmaningar att hitta fungerande dosering och behandling för att må bra fysiskt och psykiskt, och om utmaningar med bemötande och tillgång till vård.

Två personer beskriver avsaknad av samtycke eller delaktighet i vårdprocessen och att de inte fått ta del av psykosocialt stöd kopplat till vård och behandling för sitt tillstånd. En kille beskriver exempelvis att vården gjorde en operation som inte var nödvändig när han var spädbarn.

¹⁸ Intervjun är översatt från engelska.



När jag var [spädbarn] så tog de bort mina gonader¹⁹, var det. Och jag läste på journalen, motiveringen var liksom ... det fanns ingen motivering. [Det stod att det var friska vävnader] [skrattar] Det var allt som stod där. Och så några pseudoargument [...]

Kille, intersexperson, pansexuell, 25-30 år

Killen beskriver att detta haft negativ påverkan senare i livet, bland annat genom behov av hormonbehandling. En kvinna beskriver att hon kände sig pressad att genomgå behandling och att hon inte blev erbjuden något psykologiskt stöd.



Jag blev inte erbjuden något psykologiskt stöd från dem över huvud taget, det var väldigt mycket bara ta hormonerna och gå på check-ups liksom. Fysiska undersökningar och sådana saker. De missade också saker som upptäcktes senare, som jag har gjort operationer för. Men, ja, jag vet inte vad jag ska säga, det var mycket negativa erfarenheter utav, ja, vad jag i efterhand upplevde som tvång, om att ta de hormonerna och sådana saker.

Kvinna, intersexperson, bisexuell, 25-30 år

En av personerna beskriver att personen i dag begränsar sina kontakter med vården, på grund av att det varit påfrestande med alla vårdkontakter under många år.



Så det har varit en lång process [skrattar] med alla vårdkontakter och väldigt mycket vårdkontakter. Och jag är väldigt, väldigt osugen på att ha vårdkontakter nu. Men jag begränsar dem och så här, om jag får ett problem med någonting fysiskt eller psykiskt så är det som att jag prioriterar vilket jag behöver ta först och så tar jag en sak i taget, för jag orkar liksom inte ha så mycket vårdkontakter. Utan jag måste prioritera att ... ja, en sak i taget. Och, ja, lösa saker successivt, strukturerat, så jag inte behöver ha så mycket kontakter samtidigt. [...] jag har haft psykologer, men jag blev inte erbjuden det genom [den specialiserade vården] eller så där, utan jag har haft det [...] på grund av andra diagnoser. Och ja, det är jag också ganska trött på nu, [skrattar] det har väl delvis varit helt okej, och delvis varit ganska dåligt.

Kvinna, intersexperson, bisexuell, queer 25-30 år

¹⁹ Gonad är ett annat ord för könskörtel, alltså ett organ som producerar könshormoner eller könsceller.

En av personerna beskriver också att behandlingen varit normativt inriktad utan att det funnits någon tydlig medicinsk motivering, såsom att behandlingen varit nödvändig för personens fysiska hälsa. Personen beskriver att det snarare handlat om att passa in i en binär könsuppdelning.

Svårt att få tillgång till könsbekräftande vård

Flera transpersoner beskriver utmaningar med tillgång till den könsbekräftande vården. De beskriver dels långa väntetider, dels att det kan vara svårt att få remiss till könsbekräftande vård samt att vården inte är samordnad. Alla transpersoner som har sökt eller vill söka könsbekräftande behandling beskriver i intervjuerna de långa väntetiderna till den könsbekräftande vården som ett problem eller något som oroar dem (se även BO, 2021).

En ickebinär person som inte ännu haft kontakt med den könsbekräftande vården resonerar kring att söka vård:



Ja, jag har inte haft så mycket kontakt med vården utanför astma, så där. Men, ja, man har ju hört att det finns väldigt långa vårdköer för att ens kunna få hjälp, vilket skrämmer mig lite. Jag måste verkligen planera inför framtiden. Alltså om jag vill ha hjälp från vården, så måste jag ansöka väldigt tidigt. Men sedan också, som ickebinär så finns det ingen medicinsk hjälp att få förrän man är 18. Eller man kan skicka in en remiss från 17 år och 9 månader. Alltså, bara för att man inte är binär, det är ju inte att man inte har könsdysfori. Och då kanske det är att man måste söka som binär för att få hjälp, men jag har valt att vänta.

Ickebinär, transperson, 17 år

Av citatet framkommer också en oro för att det ska vara särskilt svårt att få vård som ickebinär, vilket ytterligare en ickebinär transperson gett uttryck för. I några intervjuer framkommer också exempel på att binära transpersoner som tidigare identifierat sig som ickebinära har upplevt att detta blivit ett hinder för att få tillgång till vård, både i samband med att de sökte vård som ickebinär och när de sökt vård som binär transperson flera år senare. En tjej som tidigare identifierade sig som ickebinär beskriver att det var en utmaning att söka vård:



När jag först tog kontakt med vården så stod jag på en tio månads väntelista till [mottagning som tar emot barn med könsdysfori], där jag visste att jag ändå inte skulle ... eller jag skulle behöva ljuga om min identitet som ickebinär för att få vård, för de ger inte vård till ickebinära, för tydligen är inte ickebinära transpersoner, enligt dem.

Tjej, transperson, 20 år

En kille som identifierade sig som ickebinär när han först sökte vård är orolig att på grund av detta få avslag på sin ansökan om att ändra sitt juridiska kön. Råds-

lan grundar sig i att både jurister och vårdpersonal inom den könsbekräftande vården berättat att ett avslag skulle kunna motiveras med att killen tidigare har identifierat sig som ickebinär.

Flera unga som upplever ett behov av könsbekräftande vård beskriver oro för hur lång tid det kommer att ta innan de får vård, eller har erfarenheter av att väntetiderna är långa. En av intervjupersonerna valde, på grund av köerna, att söka privat vård utomlands för att få behandling. I dag har hon både vård genom ett av de specialiserade vårdteamen i Sverige och behandling hos en privat läkare utomlands.



Det känns sjukt att säga det, att jag hade tur, för när jag ansökte var det bara tolv månaders väntetid till mitt första möte. Och jag går ju då till [könsutredningsteam]. Och för mig där, så har inte vården i sig varit dålig när jag väl har haft möten. Men det är som alla pratar om hur mycket som helst, att köerna är så långa. [...] Och jag är i något stadium där jag går till utländsk vård för att kunna få hormonbehandling och så vidare, och det är något som jag har tur nog att vara i en ekonomisk situation där jag kan klara av det. Men det känns sjukt för mig att bo i ett land som har gratis sjukvård, eller nästan gratis sjukvård, och välja dyr privat vård för att det helt enkelt inte funkar, den statliga vården. Eller att det tar för lång tid.

Kvinna, transperson, 19 år

Samtidigt som hon beskriver att hon inte ångrar att hon sökt vård utomlands har hon erfarenhet av att både den privata vården och vården från utredningsteamet varit ett hinder för att få tillgång till annan vård i Sverige. Hon beskriver flera tillfällen då vården hänvisat till hennes könsbekräftande behandling som ett hinder.



Och då sa de [vårdcentralen] i slutändan att, i princip, om jag ska gå på hormonbehandling kommer de inte ge mig antidepressiva nu, för de vill se hur det påverkar mig först. Men det är inte heller något de övervakar, så de kunde inte heller riktigt hålla koll på hur det påverkar mig. Så jag kände absolut att jag var i en position där jag fick välja mellan antidepressiv behandling, eller min privata hormonbehandling. Och då valde jag ju min hormonbehandling.

Kvinna, transperson, 19 år

Det ska dock påtalas att inte alla transpersoner har behov av, eller vill ha, könsbekräftande vård. En transperson beskriver exempelvis att hen skickade in en remiss för att göra en utredning men kom fram till att hen inte hade något behov av könsbekräftande vård och valde själv att avsluta ärendet.

Bristande tillgång till könsbekräftande vård leder till negativa konsekvenser

Flera transpersoner lyfter att väntetiderna och riktlinjerna för att få könsbekräftande vård kan få ekonomiska konsekvenser. Eftersom det är möjligt att få vård snabbare genom att vända sig till privata aktörer blir tillgången till vård en fråga om ekonomi. Det handlar framför allt om möjligheten att söka vård utomlands eller att själv betala för mastektomi (borttagande av bröstvävnad).



Antagligen kommer jag få avslag på min ansökan [till Rättsliga rådet], för att jag ännu inte fyllt 23. Jag får tydligen köpa alkohol, och skaffa körkort, och röka och allt möjligt, men jag får inte välja över den aspekten av min kropp, vilket känns väldigt frustrerande. Så jag är inne på att starkt överväga att ifall jag inte blir godkänd på det, för synnerliga skäl eller någonting, så kommer jag åka utomlands och jag kommer ta lån för det, eller använda upp alla mina besparingar. Vilket, så här, antar att det är verkligheten av att vara trans.

Tjej, transperson, 20 år

Det handlar också om att efter en diagnos från den offentliga vården kunna få tillgång till vissa operationer, såsom mastektomi, snabbare genom att själv finansiera dem.

Flera unga transpersoner säger att de har övervägt att själv finansiera delar av sin könsbekräftande vård. Några beskriver också att de inte har råd att göra det, som deras ekonomi ser ut i dag. En ickebinär person beskriver exempelvis:



Ja, och jag har funderat [...] alltså, man kan ju ge mastektomi privat och så, jag har ju inte råd med det nu, liksom. Men jag har ju ändå tänkt så här, ja, men jag borde ju ändå spara upp kanske pengar ifall jag vill göra det, ifall det här tar ... det tar uppenbarligen lång tid liksom.

Ickebinär, transperson, 19 år

Några berättar i intervjuerna att de känner transpersoner som självmedicinerat, eller som önskar att de hade självmedicinerat under tiden de väntade på att få vård. Den huvudsakliga motiveringen till självmedicinering är enligt intervjupersonerna de långa väntetiderna på att få tillgång till könsbekräftande vård.



Jag tror inte jag känner en enda transperson i mitt liv som inte på ett eller annat sätt självmedicinerar, eller som inte vill självmedicinera, eller som inte säger att de önskar att de hade självmedicinerat om de visste om att det gick.

Tjej, transperson, 19 år

En kille som i dag tar del av könsbekräftande vård berättar om erfarenheter av att självmedicinera på grund av att han under lång tid inte blev remitterad till den könsbekräftande vården.



Jag försökte kontakta [mottagning för könsbekräftande vård] i över ett halvår, utan något svar alls. Jag hade helt ignorerats. Och det ledde till att jag självmedicerade helt enkelt, och det gjorde jag i över ett år.

Kille, transperson, 21 år

Bemötande i vården

Det finns unga hbtqi-personer som beskriver positiva erfarenheter av vården, där vårdgivare ställt öppna frågor eller inte lagt oproportionerligt fokus på att den unga är hbtqi-person. Samtidigt är det flera som beskriver negativa erfarenheter av vården. Det rör sig om ett generellt normativt bemötande och okunskap och i vissa fall om fördomsfullt bemötande (se även BO, 2021; DO, 2022a; Folkhälsomyndigheten, 2015). Några beskriver att detta också påverkat deras tillgång till vård eller fått andra negativa konsekvenser.

Negativa erfarenheter av bemötande i vården

Flera unga beskriver att de har fått ett normativt bemötande från vårdpersonal. En av dem beskriver:



Det har förekommit cisheteronormativa stereotyper och exempel, [...] med vilka frågor som de ställer, inte: "Har du en partner?" Utan det könas. Eller: "Mamma och pappa", och inte: "Dina föräldrar", och, ja, men bara små uttryck, som man bara: "Alltså, ja, jag förstår ju att du inte menar något illa, men det är ju lite så där förlegat." Ja, det är väl det jag kan säga, om det. Jag har aldrig själv, känner jag i alla fall, mött några stora problem med bemötande från vårdpersonal just av den här grunden, men att jag vet att det förekommer från bekanta som inte haft lika bra vårdpersonal.

Hbtq-person, cisperson, 16 år

Som framgår av citatet upplever personen själv dock inte att bemötandeproblemen har varit stora. En transperson beskriver på liknande sätt att det finns okunskap inom vården om transpersoner men att det inte haft en stor inverkan på hens vård:



Alla är väl kanske inte jättekunniga om transpersoner alltid. Fast det har inte försämrat min vård på något sätt, det har mest varit att de använder olika pronomen i min journal varje gång de skriver om mig, vilket ju ... eller det har inte stört mig jättemycket, så det har varit okej liksom, men ... ja, lite så här: "Okej."

Ickebinär, transperson, 18 år

Samtidigt som hen inte upplever att det är ett stort problem är det tydligt att det heller inte är en helt bekväm situation.

I intervjuerna finns även flera exempel på hur ett normativt bemötande i vården skapat obehag hos de unga, vilket i några fall lett till avslutad vårdkontakt och i ett par fall kan ha bidragit till allvarliga konsekvenser för den unga.

I en anonym berättelse beskriver en lesbisk tjej till exempel att hon på grund av dåligt bemötande har valt att inte fortsätta kontakten med skolsköterskan.



Jag har bara berättat för ett fåtal om min asexualitet sedan jag upptäckte den hösten 2020. [...] Mina vänner reagerade på ett bra sätt, men skolsköterskan sa att det "kommer att gå över" och liknande (jag bokade inga fler möten med henne efter, trots att det hade varit bra för mig, eftersom jag blir väldigt ledsen av den typen av kommentarer).

Lesbisk, asexuell, 17 år

En ickebinär person berättar i en intervju att hen utretts för autism och att föräldrarna hade pratat med psykologen om att hen trodde att hen var transperson. Personen beskriver att hen i efterhand läst journalerna där psykologen återkommande skriver pronomen och kön som den unga inte identifierar sig med, vilket psykologen hade kännedom om. Hen upplevde generellt att psykologen saknade tillräcklig kunskap om hbtqi-frågor för att ge ett bra bemötande och bedömning.

Ett par intervju personer beskriver att de av olika skäl blivit nekade att utredas för könsdysfori. En kille berättar att den första kontakten om utredning avbröts, vilket motiverades med misstänkt autism. Efter det berättar killen att han inte fick någon respons från vårdgivaren under flera månader. Han valde då att börja behandla sig själv med hormoner i väntan på att få träffa ett annat utredningsteam, som han själv skickade en remiss till. Utredningen genom det nya teamet ledde till diagnos och behandling inom vården.

I en annan intervju berättar en kille att vårdpersonalen på olika sätt försökte påverka killen att sluta se sig som transman. Intervjun gjordes inom uppdraget att kartlägga utsatthet för omvändelseförsök eftersom killen själv beskriver

sina upplevelser av vården som ett omvändelseförsök.²⁰ Intervjun med killen har samtidigt flera likheter med andra transpersoners erfarenheter av bristande tillgång till könsbekräftande vård och dåligt bemötande inom vården, vilket lett till negativa konsekvenser på den psykiska hälsan och att de försökt lösa sin situation utanför den offentligt finansierade vården. Flera andra transpersoner beskriver också att vården felkönat dem och varit uttryckligt skeptiska till den ungas könsidentitet. Något som skiljer den här killens berättelse från andra transpersoner är den långa tidsperioden och att vårdgivaren sagt att killen inte är transperson.

Killen kom i kontakt med psykiatri som barn (innan puberteten) och beskriver att kommentarerna om att killen var en tjej började redan då, i samband med att könsidentiteten kom upp. I intervjun beskriver killen att det upplevdes som "hjärntvätt" och utvecklar att:



[Vårdgivaren] försökte övertala mig om att, jag är transman också för tydliggörande, så de försökte övertala mig om att jag var en autistisk flicka bara, och det sa de åt mig explicit i många år.

Kille, transperson, gay, 19 år

Killen beskriver att vårdpersonalen upprepade gånger och under lång tid sagt att killen är en autistisk flicka. Dessutom ska vården ha skrivit ut medicin som inte stämde överens med de symtom och den diagnos killen fått, vilket killen uppfattade som ett sätt att försöka påverka könsidentiteten. Vidare berättar killen att delar av familjen till att börja med inte förstod att situationen hade en kraftigt negativ påverkan på killens psykiska hälsa.



Jag var inte tillåten att vara trans, så jag fick heller inte identifiera mig eller säga någonting om det, utan jag kände bara som att det var något gravt fel på mig. För att det var [det] de fick mig att känna, att jag var någon gravt störd autistisk flicka.

Kille, transperson, gay, 19 år

Killen beskriver att den nekade tillgången till könsbekräftande vård och att kontinuerligt felkönas av vården bland annat ledde till självmedicinering, i det här fallet att ta hormoner utan att konsultera läkare. I dag har killen fått tillgång till könsbekräftande vård och upplever att vården, genom hormonbehandling, haft positiv effekt på hälsan.

Killen beskriver att bemötandet i vården som barn bidrog till stor utsatthet, och att avsaknaden av vuxna som bekräftade könsidentiteten bidrog till att killen lättare kunde bli manipulerad av vuxna som vill utnyttja barn sexuellt.

²⁰ På de frågor i MUCF:s nationella ungdomsenkät som rör utsatthet för omvändelseförsök svarade några ickebinära och binära transpersoner att de utsatts för omvändelseförsök av personal på en mottagning i Sverige.

Jag [väljer] medvetet hela tiden platser där jag inte kommer behöva vara med om jobbiga saker, så klart. Det kan vara en sådan sak som att välja vårdgivare, [...] jag kan inte räkna med det när jag går till en barnmorska, att den personen kommer behandla mig lika bra och jag kommer få samma vårdnivå som en person som inte är marginaliserad av sin könsidentitet, av sin sexuella läggning. Så det är ett val jag måste göra: "Vågar jag lita på att den här personen förhoppningsvis inte behandlar mig dåligt?"

Ickebinär, transperson, pansexuell, 25 år

En annan kille som sökt stöd hos en kurator för att prata om en obehaglig händelse beskriver att kuratorn i deras samtal fokuserade på den sexuella läggningen i ifrågasättande och dömande ordalag.



Jag sökte ju till den här mottagningen just för att bearbeta den här händelsen. Men det var inte det som var fokus där och då, utan det var mycket om min sexuella läggning [...] Men också väldigt mycket, vad ska man säga, dömande. Nu har jag inget bra exempel, men jag kände mig väldigt dömd. Kuratorn ansåg att: "Ja, men det här borde jag ha haft i åtanke om att jag skulle hamna i den här situationen." För att jag hade pratat med en annan kille och så, men det spelar ju ingen roll. [...] Det behöver ju inte ha med ens sexuella läggning att göra. [...] Så jag valde faktiskt att säga upp kontakten, och hade jag ändå fått ett bra bemötande där och då i början, så kanske det inte hade gått så långt att jag faktiskt försökte [ta mitt liv]. För att jag inte hade något förtroende för den här personen, mycket för att hon var väldigt påträngande just om ens sexuella läggning, allt annat var irrelevant.

Kille, cisperson, gay, 21 år

Som framkommer av citatet uppfattar killen att det dåliga bemötandet och bristen på stöd bidrog till allvarliga konsekvenser, som ett bra stöd möjligtvis kunnat förebygga.

När det gäller vård som uttalat ska vara inkluderande för hbtq-personer är erfarenheterna därifrån inte entydigt positiva. Ett par intervjupersoner upplever att vården, trots att den framhåller sin hbtq-kompetens, har ett normativt bemötande:



Alltså, jag har ju väldigt aktivt själv sökt mig till antingen hbtq- eller hbt-certifierad vård [...] för nu bor [jag] ju i en storstad som har det, där personalen ska vara utbildad och informerad i det här. Tyvärr har det [brustit] väldigt, väldigt mycket. Så när jag till exempel har själv valt att till och med kanske välja privat vård som ska vara hbt-certifierad för att det inte finns någon plats på den vanliga vården, så har de ändå brustit väldigt mycket.

Ickebinär, transperson, pansexuell, 25 år

Personen lyfter att bristerna exempelvis bestått i att personalen haft förutfattade meningar eller gjort antaganden om att personen är heterosexuell, vilket har lett till att rådgivningen blivit felaktig.

Positiva erfarenheter av vårdens bemötande

Det finns även flera exempel där unga upplever att de fått ett bra bemötande från vårdpersonal. De positiva erfarenheterna unga har handlar om att vårdpersonal ställer öppna frågor, anpassar sig efter den ungas önskade namn och pronomen eller partners kön. Det framkommer också exempel på vikten av att inte göra könsidentiteten eller den sexuella läggningen till en stor sak om det inte är anledningen till besöket.

En tjej beskriver exempelvis ett bra bemötande under ett psykologbesök med syfte att bearbeta en händelse på nätet som ung tonåring, där det blev relevant att tjejen inte är heterosexuell.



Så var jag på internet då, och sedan blev jag groomad, jag trodde att det var en tjej jag pratade med, men det var ju inte det. Och det blev en hel grej av det, och då fick jag ju gå till en psykolog, och då pratade jag ju om det. Men där blev jag ju väldigt bra bemött. Blev inte ifrågasatt, eller så. Så det är väl den enda instansen som jag vet 100 procent att [sexuell läggning] kom på tal, för det var relevant. [...] Och det är därför, när jag väl sa det, att [psykologen] inte blinkade, hon bara: "Okej", och sedan fortsatte liksom diskussionen vidare, utan att hon skulle ta upp det, och bara: "Jaså?" Och: "Är du verkligen det?" Och liksom ifrågasätta det, utan att det bara var ett faktum och ingenting mer att, ja, men diskutera så, och att det verkligen var normalt.

Tjej, cisperson, 20 år

En annan intervjuperson berättar om en situation där det krävdes att vårdpersonalen anpassade sig efter situation.



Trots att jag är ickebinär, så känner jag mig inte trans, och jag har inget som tyder på könsöverskridande normer. Men jag vill ändra mitt namn till [namn]. Och eftersom det inte står så i mina papper och på mitt leg, så någonting så enkelt som att be läkaren och sköterskan att kalla mig för [namn]. Och de bara fortsatte så, men de bara kallade mig som [namn]. Helt enkelt som det, de hade inga problem med det. Så någonting så litet som det, så kan jag anta att de kan helt enkelt anpassa för någon som överskrider normer, eller är transperson.

Ickebinär, cisperson, 21 år

I båda exemplen beskriver de unga vårdgivarens förmåga att anpassa sig efter den unga patientens berättelse och behov, utan att göra någon större sak av situationen. Det gör att personens sexuella läggning eller könsidentitet inte tar fokus från anledningen till att den unga sökt vård. Detta kan jämföras med

situationer där unga upplevt att andra lagt mycket fokus på deras sexuella läggning eller könsidentitet utan att det haft någon tydlig relevans.

Ett återkommande positivt exempel i ungas berättelser om vården är besök hos ungdomsmottagningar. Flera beskriver både att de själva haft bra erfarenheter och att de uppfattar ungdomsmottagningarna som generellt bra på att möta hbtqi-personer. En man beskriver:



Alltså, en gång så var det ju direkt relevant [att jag är hbtq-person]. Jag gick till ungdomsmottagningen för jag skulle testa mig för könssjukdomar, men det var liksom inget bekymmer alls. Sjuksköterskan förstod helt och hållet, och det var ingenting konstigt med det, [...] Jag känner att ungdomsmottagningar brukar väldigt ofta vara accepterande för hbtq-människor. De brukar alltid ha ha könsneutrala ordval till exempel, och, de ger gratis könssjukdomstester till ungdomar och sådant, oavsett identitet.

Man, cisperson, gay, 20 år

Sammanfattning av rapportens resultat

Sammanfattningsvis kan konstateras att unga hbtq-personers självskattade psykiska och fysiska hälsa är sämre än unga heterocispersoners självskattade hälsa. Detta gäller på samtliga områden som undersökts i MUCF:s nationella ungdomsenkät, EU:s byrå för grundläggande rättigheter EU LGBTI Survey II och i Folkhälsomyndighetens nationella folkhälsoenkät. I de intervjuer som MUCF genomfört under arbetet med rapporten ges exempel på att både familj, vänner, omgivningen och samhället kan ha en negativ påverkan på unga hbtqi-personers hälsa genom negativa attityder och kränkningar. För unga hbtqi-personer med stödjande familj och vänner fyller dessa i stället ofta en viktig funktion för de ungas välmående. Medan det finns positiva exempel är det tydligt att flera unga hbtqi-personer upplever utmaningar med hälso- och sjukvården. Det gäller såväl bristande kunskap och bemötande inom primärvården och allmänna sjukvården som bristande tillgång till specialiserad vård, såsom könsbekräftande vård och vård för personer med tillstånd som påverkar könsutvecklingen. Dåligt bemötande och bristande tillgång till vård har också lett till negativa konsekvenser för individen, såsom ökad utsatthet, försämrad hälsa eller att individen undviker att söka vård.

Sammanfattning av resultat från enkäter om unga hbtqi-personers hälsa och levnadsvillkor

Resultaten från den nationella ungdomsenkäten och den nationella folkhälsoenkäten visar, i linje med tidigare kunskap, att unga hbtq-personer har en sämre hälsa än unga heterocispersoner. Detta gäller både fysisk och psykisk hälsa men skillnaden är störst vad gäller psykisk hälsa. Bland unga hbtq-personer är det

en klar minoritet som anser sig ha en bra psykisk hälsa eller som är nöjda med densamma.

Resultaten visar att ciskillar har en bättre psykisk hälsa i jämförelse med cistjejer, i linje med tidigare kunskap om psykisk hälsa bland unga. Resultaten från ungdomsenkäten visar att detta även gäller inom hbtq-gruppen, mer specifikt för hbq-ciskillar i jämförelse med hbq-cistjejer och ickebinära.

När det gäller allvarlig psykisk ohälsa visar resultaten även att det är vanligare med diagnostiserad depression, självmordstankar och självmordsförsök bland unga hbtq-personer i jämförelse med unga heterocispersoner. Ungefär var femte ung hbtq-person har någon gång övervägt att ta sitt liv och självmordstankar är ungefär fyra gånger så vanligt bland unga hbtq-personer som bland unga heterocispersoner. Det är relativt vanligt att unga hbtqi-personer har erfarenhet av utmaningar i kontakt med vården. Särskilt vanligt är det bland binära transpersoner och intersexpersoner, medan en lägre andel hbq-ciskillar har mött utmaningar i kontakt med vården.

Det är mindre vanligt bland unga hbtq-personer att känna sig nöjd med sitt liv i sin helhet och att se positivt på framtiden i jämförelse med unga heterocispersoner. Vad gäller dessa frågor har utvecklingen bland unga hbtq-personer varit negativ sedan 2012 och skillnaderna mellan unga hbtq-personer och unga heterocispersoner har ökat. Detta gäller framför allt andelen som är nöjda med livet i sin helhet, där utvecklingen bland unga hbtq-personer visat en stadigt nedåtgående trend i de nationella ungdomsenkäter som MUCF genomfört sedan 2012.

När det handlar om olika riskfaktorer för psykisk och fysisk ohälsa visar resultaten inte på någon skillnad mellan unga hbtq-personer och unga heterocispersoner vad gäller alkoholkonsumtion. Tidigare har unga homo- och bisexuella tjejer i högre utsträckning varit riskkonsumenter av alkohol jämfört med heterosexuella tjejer (Folkhälsomyndigheten, 2014). Däremot är användning av olika droger, till exempel cannabis men även andra droger, vanligare bland unga hbtq-personer än bland unga heterocispersoner.

Faktorer som kan bidra till en god psykisk hälsa är goda relationer med familj, kompisar och även goda romantiska relationer. Resultaten visar att unga hbtq-personer över lag är mindre nöjda med dessa relationer jämfört med unga heterocispersoner. Det är också en lägre andel unga hbtq-personer som känner sig inkluderade i sin familj jämfört med unga heterocispersoner.

När det handlar om djupare relationer och att ha någon att kunna dela sina innersta känslor med är detta relativt ovanligt bland unga, men vanligare bland unga hbtq-personer jämfört med unga heterocispersoner.

Resultaten visar avslutningsvis även att unga hbtq-personer är mer benägna att söka råd och stöd från andra vuxna än familjen gällande sin hälsa. Det gäller både bland unga hbtq-personer med en bra och mindre bra hälsa. Med tanke på att gruppen som helhet på många sätt har en sämre hälsa jämfört med unga heterocispersoner är en högre benägenhet att söka råd och stöd mycket positivt. Att unga söker stöd utanför familjen skulle samtidigt kunna bero på att unga hbtq-personer i lägre utsträckning känner sig inkluderade i den egna familjen.

Sammanfattning av intervjuer och berättelser om unga hbtqi-personers hälsa och levnadsvillkor

I intervjuer med unga hbtqi-personer framgår att de flesta har erfarenhet av psykisk ohälsa och att flera beskriver sin psykiska hälsa som sämre än den fysiska hälsan.

För flera av de unga hbtqi-personerna är vännerna, föräldrarna och ibland syskonen viktiga för deras välmående. Goda och accepterande relationer beskriver de på olika sätt som betydelsefulla. Omvänt är det tydligt att avsaknaden av acceptans och stödjande nära relationer med familj och vänner påverkar de unga negativt. Även avsaknad av acceptans och stöd från samhället i ett bredare perspektiv beskriver framför allt transpersoner som något som påverkar deras psykiska hälsa negativt.

Av de ungas berättelser framgår att den psykiska ohälsan kan hänga samman med både hbtqi-specifika aspekter och andra faktorer. Flera unga beskriver exempelvis att utsatthet för fördomar och oförståelse från familj, vänner och omgivningen får dem att må dåligt. Unga transpersoner beskriver erfarenhet av könsdysfori i kombination med svårtillgänglig vård och unga hbtqi-personer med migrationserfarenhet beskriver ptsd (posttraumatiskt stressyndrom) och annan psykisk ohälsa som är kopplad till utsatthet som hbtqi-person framför allt i andra länder. Unga hbtqi-personer beskriver även annan psykisk ohälsa som är kopplad till funktionsnedsättning eller inte tydligt kan kopplas till faktorer som hänger samman med att vara hbtqi-person.

I intervjuerna med unga hbtqi-personer framkommer två övergripande utmaningar inom hälso- och sjukvården. Dels bristande bemötande från vårdpersonal, dels brister i tillgången till hälso- och sjukvård.

Erfarenheterna av bemötande inom vården är blandade hos intervju-personerna. Det finns positiva exempel på att vårdgivare haft ett öppet och förutsättningslöst bemötande eller snabbt anpassat sig när det framkommit att den unga är hbtqi-person. Samtidigt beskriver flera unga brister i bemötandet. Det kan handla om att vårdgivaren utgår från att personen är heterosexuell eller cisperson, men också ett direkt fördomsfullt bemötande och ifrågasättande av personen. Det finns exempel på att det fått negativa konsekvenser för individen, såsom att den unga valt att avsluta vård eller samtalsstöd eller att den unga undviker att ta del av vård och stöd.

Flera lyfter även att det finns utmaningar med tillgång till vård. Det gäller både allmän vård rörande psykisk hälsa och specialiserad vård gällande könsdysfori. Exempelvis lyfts att det krävs mycket av den enskilda för att få ta del av vård. För transpersoner i behov av könsbekräftande vård lyfts långa väntetider och bristande kunskap utanför den specialiserade vården. Några unga berättar också att de nekats remiss till utredning och att deras könsidentitet ifrågasatts eller inte respekterats. Flera transpersoner beskriver att konsekvenserna av bristande tillgång till vård bidrar till psykisk ohälsa och att de tvingas söka behandling på andra sätt, exempelvis genom privata vårdgivare utomlands, som den unga betalar själv, eller genom att finansiera delar av vården själv i Sverige. Det finns också exempel på att unga transpersoner använder mediciner utan förskrivning och uppföljning på grund av långa väntetider i vården.

Intersexpersoners psykiska och fysiska hälsa

De intersexpersoner som MUCF intervjuat beskriver utmaningar i vården, exempelvis genom att individen förutsätts må bäst av en behandling som strävar efter att individen ska passa in i normen om två binära kön. Detta har inneburit att en person genomgått icke medicinskt nödvändig operation i mycket ung ålder, en annan har känt sig pressad att genomgå behandling och de unga beskriver bristande information om vilka alternativ som finns. Några av svaren på enkäten till unga med tillstånd som påverkar könsutvecklingen tyder på liknande erfarenheter. Samtidigt framkommer också att flera svarande upplever det som påfrestande att inte passa in i normerna för kvinnor respektive män. De unga med tillstånd som påverkar könsutvecklingen som svarat på MUCF:s enkät skattar sin psykiska hälsa lägre än sin fysiska. Medan det inte är möjligt att utifrån enkäten dra slutsatser om hela gruppen unga med tillstånd som påverkar könsutvecklingen, kan det ändå vara relevant att påtala att de svarandes upplevelser av sitt hälsotillstånd har likheter med unga generellt. I enkäten ställdes även frågor om vården. De flesta som svarade var ganska nöjda med vården de fått generellt och kopplat till sitt tillstånd. Samtidigt uppgav en majoritet av de svarande att de inte erbjudits psykosocialt stöd, och ungefär hälften upplevde att de inte haft möjlighet att tycka till om vården under uppväxten.



Referenser

- Arbetsmarknadsdepartementet, (2014). *En strategi för lika rättigheter och möjligheter oavsett sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck*. <https://regeringen.se/informationsmaterial/2014/01/en-strategi-for-lika-rattigheter-och-mojligheter-oavsett-sexuell-laggning-konsidentitet-eller-konsuttryck/>
- Arbetsmarknadsdepartementet, (2021). *Handlingsplan för hbtqi-personers lika rättigheter och möjligheter*. <https://regeringen.se/informationsmaterial/2021/01/handlingsplan-for-hbtqi-personers-lika-rattigheter-och-mojligheter/>
- Bennecke, E., Thyen, U., Grütters, A., Lux, A., & Köhler, B. (2017). Health-related quality of life and psychological well-being in adults with differences/disorders of sex development. *Clinical Endocrinology*, 86(4), 634-643. <https://doi.org/10.1111/cen.13296>
- BO (2021). *Erfarenheter från unga transpersoner samt från barn och unga med intersexvariationer*. Stockholm. Barnombudsmannen.
- Bränström, R. (2018). *Hälsa och livsvillkor bland unga hbtq-personer. Vad vet vi och vilka forskningsbehov finns?* Stockholm. Forte – Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd.
- Bränström, R., Hatzenbuehler, M. L. & Pachankis, J. E. (2016a). Sexual orientation disparities in physical health: age and gender effects in a population-based study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51, 289–301. <https://doi.org/10.1007/s00127-015-1116-0>
- Bränström, R., Hatzenbuehler, M. L., Pachankis, J. E., & Link, B. G. (2016b). “Sexual Orientation Disparities in Preventable Disease: A Fundamental Cause Perspective”. *American Journal of Public Health*, 106(6), 1109-1115. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303051>
- Bränström, R., & Pachankis, J. E. (2018). Validating the Syndemic Threat Surrounding Sexual Minority Men’s Health in a Population-Based Study with National Registry Linkage and a Heterosexual Comparison, *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 78(4), 376-382. <https://doi.org/10.1097>
- Bränström, R., & Pachankis, J. E. (2021). Country level structural stigma, identity concealment, and day to day discrimination as determinants of transgender people’s life satisfaction. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 56, 1537–1545. <https://doi.org/10.1007/s00127-021-02036-6>
- Burgwal, A., Gvianishvili, N., Hård, V., Kata, J., García Nieto, I., Orre, C., Smiley, A., Vidić, J., & Motmans, J. (2019). Health disparities between binary and non binary trans people: A community-driven survey. *International Journal of Transgenderism*, 20(2-3), 218-229. <https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1629370>

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. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2006.087254>

Gorse, M. (2022). Risk and Protective Factors to LGBTQ+ Youth Suicide: A Review of the Literature. *Child Adolescence and Social Work Journal*, 39, 17–28. <https://doi.org/10.1007/s10560-020-00710-3>

Crowley, C., Harré, R., & Lunt, I. (2007). Safe Spaces and Sense of Identity: Views and Experiences of Lesbian, Gay and Bisexual Young People. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy*, 11(1-2), 127-143. https://doi.org/10.1300/J236v11n01_09

de Vries, A., Roehle, R., Marshall, L., Frisé, L., van de Grift, T. C., Kreukels, B. P. C., Bouvattier, C., Köhler, B., Thyen, U., Nordenström, A., Rapp, M., Cohen-Kettenis, P. T., & dsd-LIFE Group. (2019). Mental Health of a Large Group of Adults With Disorders of Sex Development in Six European Countries. *Psychosomatic medicine*, 81(7), 629–640. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000718>

Diamant, A. L., & Wold, C. (2003). Sexual Orientation and Variation in Physical and Mental Health Status among Women. *Journal of Women's Health*, 12(1), 41-49. <https://doi.org/10.1089/154099903321154130>

Europeiska kommissionen (2020). *Legal gender recognition in the EU: the journeys of trans people towards full equality*. Luxembourg. Publications Office of the European Union. <https://data.europa.eu/doi/10.2838/085419>

Falhammar, H., Claahsen-van der Grinten H., Reisch, N., Slowikowska-Hilczler, J., Nordenström, A., Roehle, R., Bouvattier, C., Kreukels, B. P. C., Köhler, B., & dsd-LIFE group. (2018). Health status in 1040 adults with disorders of sex development (DSD): a European multicenter study. *Endocrine Connections*, 7(3), 466–478. <https://doi.org/10.1530/EC-18-0031>

Folkhälsomyndigheten (2014). *Utvecklingen av hälsan och hälsans bestämningsfaktorer bland homo-och bisexuella personer. Resultat från nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor*. Solna. Folkhälsomyndigheten.

Folkhälsomyndigheten (2015). *Hälsan och hälsans bestämningsfaktorer för transpersoner. En rapport om hälsoläget bland transpersoner i Sverige*. Solna. Folkhälsomyndigheten.

Folkhälsomyndigheten (2017). *Metoder för att främja en god hälsa bland hbtq-personer Resultat från en kartläggande litteraturoversikt*. Solna. Folkhälso-myndigheten.

Haas, A. P., Eliason, M., Mays, V. M., Mathy, R. M., Cochran, S. D., D'Au-
gelli, A. R., Silverman, M. M., Fisher, P. W., Hughes, T., Rosario, M., Russell,
S. T., Malley, E., Reed, J., Litts, D. A., Haller, E., Sell, R. L., Remafedi, G.,
Bradford, J., Beautrais, A. L., Clayton, P. J. (2011). Suicide and Suicide Risk in
Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Populations: Review and Recommen-
dations. *Journal of Homosexuality*, 58(1), 10-51. <https://doi.org/10.1080/00918369.2011.534038>

Heck, J. E., & Jacobson, J. S. (2006). Asthma Diagnosis Among Individuals
in Same-Sex Relationships. *Journal of Asthma*, 43(8), 579-584. <https://doi.org/10.1080/02770900600878289>

Johansson Wilén, E., & Lundsten, E. (2019). *Hbtq-personers upplevelser av
bemötande inom hbtq-diplomerade vårdverksamheter i Västra Götalandsregionen*.
Hämtad från Göteborgs universitet/Västra Götalandsregionen: [http://urn.kb.se/
resolve?urn=urn:nbn:se:oru:diva-80407](http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:oru:diva-80407)

Kreukels, B. P. C., Köhler, B., Nordenström, A., Roehle, R., Thyen, U.,
Bouvattier, C., de Vries, A. L. C., Cohen-Kettenis, P. T., & dsd-LIFE group.
(2018). Gender Dysphoria and Gender Change in Disorders of Sex Develop-
ment/Intersex Conditions: Results From the dsd-LIFE Study. *Journal of Sexual
Medicine*, 15(5), 777-785. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.02.021>

Lundberg, T., Roen, K., Kraft, C., & Hegarty, P. (2021). How young people
talk about their variations in sex characteristics: making the topic of intersex
talkable via sex education. *Sex Education*, 21(5), 552-567. <https://doi.org/10.1080/14681811.2021.1911796>

McDermott, E., Roen, K., & Piela, A. (2015). Explaining Self-Harm: Youth
Cybertalk and Marginalized Sexualities and Genders. *Youth & Society*, 47(6),
873-889. <https://doi.org/10.1177/0044118X13489142>

McDermott, E., Roen, K., & Scourfield, J. (2008). Avoiding shame: young
LGBT people, homophobia and self-destructive behaviours. *Culture, Health &
Sexuality*, 10(8), 815-829. <https://doi.org/10.1080/13691050802380974>

Regeringsbeslut A2020/01666/MRB. *Uppdrag till Myndigheten för ungdoms- och
civilsamhällesfrågor att kartlägga och sammanställa kunskap om unga hbtq-perso-
ners levnadsvillkor*. <https://regeringen.se/>

Roen, K. (2016). The Body as a Site of Gender-Related Distress: Ethical
Considerations for Gender Variant Youth in Clinical Settings. *Journal of
Homosexuality*, 63(3), 306-322. <https://doi.org/10.1080/00918369.2016.1124688>

SFS 2017:30 Hälsa- och sjukvårdslag (2017:30).

Sidiropoulou, K., Drydakis, N., Harvey, B., & Paraskevopoulou, A. (2020). Family support, school-age and workplace bullying for LGB people. *International Journal of Manpower*, 41(6), 717-730. <https://doi.org/10.1108/IJM-03-2019-0152>

Siverskog, A., & Måwe, I. (2021). *Hälsa, välmående och livsvillkor bland unga LGBTI-personer i Norden*. Köpenhamn. Nordiska ministerrådet. <http://dx.doi.org/10.6027/temanord2021-527>

Socialstyrelsen (2015a). *God vård för barn och ungdomar med könsdysfori*. *Nationellt kunskapsstöd*. Art.nr. 2015-4-6.

Socialstyrelsen (2015b). *God vård av vuxna med könsdysfori* *Nationellt kunskapsstöd*. Art.nr. 2015-4-7.

Socialstyrelsen (2020a). *Nationell högspecialiserad vård - viss vård vid könsdysfori*. Beslut. Dnr: 13381/2019.

Socialstyrelsen (2020b, april). *Vård och behandling vid tillstånd som påverkar könsutvecklingen ("DSD")*. *Kunskapsstöd med nationella rekommendationer*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2020-4-6695.pdf>

Socialstyrelsen (2021a, 25 mars). *Barn och unga med könsdysfori*. <https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-kunskapsstod/publicerade-kunskapsstod/barn-och-unga-med-konsdysfori/>

Socialstyrelsen, (2021b, 21 september) *Könsdysfori*. <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationell-hogspecialiserad-vard/oversikt/konsdysfori/>

Socialstyrelsen (2021c, mars). *Stöd och utredning vid könsinkongruens hos barn och ungdomar*. *Delvis uppdatering av kunskapsstöd*. Art.nr. 2021-3-7302.

Socialstyrelsen (2022, februari). *Stöd, utredning och hormonbehandling vid könsinkongruens hos barn och ungdomar* *Delvis uppdatering av kunskapsstöd*. Art.nr. 2022-2-7774.

Stubberud, E., Prøitz, L., & Hamidiasl, H. (2018). *Den eneste skeive i bygda? Unge lhbt-personers bruk av kommunale helsetjenester*. Forlaget Nora. <http://hdl.handle.net/11250/2587251>

Thorsteinsson, E. B., Loi, N. M., Sveinbjornsdottir, S., & Arnarsson, A. (2017). Sexual orientation among Icelandic year 10 adolescents: Changes in health and life satisfaction from 2006 to 2014. *Health and Disability*, 58(6), 530-540. <https://doi.org/10.1111/sjop.12402>

Den här länken
fungerar inte

Thyen, U., Ittermann, T., Flessa, S. Muehlan, H., Birnbaum, W., Rapp, M., Marshall, L., Szarras-Capnik, M., Bouvattier, C., Kreukels, B. P. C., Nordenström, A., Roehle, R., & Koehler, B., & dsd-LIFE group. (2018). Quality of health care in adolescents and adults with disorders/differences of sex development (DSD) in six European countries (dsd-LIFE). *BMC Health Services Research*, 18, 527. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3342-0>

van de Grift, T. C., Cohen-Kettenis, P. T., de Vries, A. L. C., & Kreukels, B. P. C. (2018). Body image and self-esteem in disorders of sex development: A European multicenter study. *Health Psychology*, 37(4), 334–343. <https://doi.org/10.1037/hea0000600>

van der Star, A., Pachankis, J. E., & Bränström, R. (2021). Country-Level Structural Stigma, School-Based and Adulthood Victimization, and Life Satisfaction Among Sexual Minority Adults: A Life Course Approach. *Journal of Youth and Adolescence*, 50, 189–201. <https://doi.org/10.1007/s10964-020-01340-9>

Watson, R. J., Wheldon, C. W., Wichstrøm, L., & Russell, S. T. (2015). Cross-national investigation of health indicators among sexual minorities in Norway and the United States. *Social Sciences*, 4(4), 1006–1019.

Yıldız, E. (2018). Suicide in sexual minority populations: A systematic review of evidence-based studies. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(4), 650–659. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.03.003>

Rapporten *"Jag är inte ensam, det finns andra som jag."* Unga hbtqi-personers levnadsvillkor belyser ungas levnadsvillkor utifrån de tematiska områdena; hälsa, utbildning, arbete ekonomi och bostad, fritid och samhällsengagemang, trygghet och utsatthet samt utsatthet för omvändelseförsök. Den finns att läsa och ladda ner på mucf.se eller genom att skanna koden:



HÄR VÄXER KUNSKAP FRAM

På Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor är ungas villkor och civilsamhällets förutsättningar i fokus. Här växer kunskap fram som beslutsfattare använder när de prioriterar insatser för unga och för civilsamhället. Vi sprider kunskapen i mötet med människor, på såväl nationell som europeisk nivå. Vi fördelar också statsbidrag som ger små och stora organisationer möjlighet att genomföra sin verksamhet. Det ger också unga möjlighet att arbeta som volontär, studera eller praktisera i ett annat europeiskt land.

