



Folkhälsomyndigheten

Sexualitet och hälsa bland unga i Sverige

UngKAB15 – en studie om kunskap, attityder
och beteende bland unga 16–29 år



Sexualitet och hälsa bland unga i Sverige

UngKAB15 – en studie om kunskap,
attityder och beteende bland unga 16–29 år

Denna titel kan beställas från:
Folkhälsomyndighetens publikationsservice,
e-post: publikationsservice@folkhalsomyndigheten.se
Den kan även laddas ner från:
www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material

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

© Folkhälsomyndigheten, 2017
Artikelnummer: 01186-2017-1
Version 1

Grafisk form: ETC Kommunikation
Tryck: Taberg Media Group, Taberg

Förord

Den här rapporten handlar om hivprevention och delar av området sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) bland unga i Sverige. Rapporten är baserad på en randomiserad populationsbaserad enkätstudie som utfördes under 2015. Utgångspunkten för studien är Folkhälsomyndighetens arbete med den nationella strategin mot hiv och aids och vissa andra smittsamma sjukdomar (proposition 2005/06:60) och arbetet med preventionsgruppen unga och unga vuxna.

Rapporten riktar sig främst till yrkesverksamma och beslutsfattare inom landsting, kommuner, det civila samhällets organisationer samt relevanta myndigheter och yrkesföreningar. Förhoppningen är att rapporten kan bidra med kunskap för hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete.

Rapporten har utarbetats av utredare Anna-ChuChu Schindele i samarbete med utredarna Charlotte Deogan, Monica Ideström samt Jakob Bergström, under ledning av enhetschefen Louise Mannheimer.

Folkhälsomyndigheten, maj 2017

Anna Bessö
Avdelningschef

Innehåll

Ordlista	5
Sammanfattning	7
Rapportens disposition	11
Summary	13
1. Bakgrund	17
2. Epidemiologisk utveckling och statistik	27
3. Syfte	31
4. Metod	33
5. Bakgrundsvariabler	41
6. Hälsa, relationer och socialt stöd	45
7. Sexualitet	51
8. Preventivmetoder och preventivmedel	61
9. Sexuellt överförda infektioner	67
10. Önskad graviditet och abort	73
11. Ungas kunskaper och behov	77
12. Metoddiskussion	83
13. Resultatdiskussion	87
14. Slutsats	97
Referenser	99
Bilaga 1 Enkäten UngKAB15	113
Bilaga 2 Partiellt bortfall	133
Bilaga 3 Förbrev	137
Bilaga 4 Målsmansbrev	139

Ordlista

Bisexuell: En person som attraheras känslomässigt och/eller sexuellt av personer av motsatt och samma kön. Definitionen bygger på antagandet att det finns två kön.

Cisperson: En person vars könsidentitet och eller könsuttryck stämmer överens med normen för det juridiska kön som personen tilldelades vid födseln.

Diskriminering: Negativ särbehandling eller bristande tillgänglighet utifrån någon av diskrimineringsgrunderna.

Diskrimineringsgrunderna: Lika rättigheter och möjligheter oavsett kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder enligt diskrimineringslagen (2008:567).

HBTQ-personer: Ett paraplybegrepp för homosexuella, bisexuella, transpersoner och personer med queera uttryck och identiteter.

Heteronormativitet: Antagandet att alla är heterosexuella och att män är sexuellt attraherade av kvinnor och vice versa.

Heterosexuell: En person som attraheras känslomässigt och/eller sexuellt av personer av motsatt kön. Definitionen bygger på antagandet att det finns två kön.

Hiv: Humant immunbristvirus.

Homosexuell: Person som attraheras känslomässigt och/eller sexuellt av personer av samma kön. Definitionen bygger på antagandet att det finns två kön.

Incidens: Antalet nya fall av en sjukdom under en viss tidsperiod, oftast ett år.

Intersektionalitet: Ett samhällsvetenskapligt analysverktyg som studerar makt. Det syftar till att synliggöra specifika situationer av över- eller underordning som skapas i skärningspunkter för relationer baserade på exempelvis etnicitet, kön och socioekonomisk status.

Juridiskt kön: Det kön som anges exempelvis i folkbokföringen, i passet och som reglerar utformandet av personnumret. Det finns två juridiska kön i Sverige – man och kvinna.

Jämlikhet: Lika rättigheter och möjligheter för alla människor.

Jämställdhet: Lika rättigheter och möjligheter för kvinnor och män.

Kränkning: Behandling eller bemötande som upplevs nedsättande.

Könsidentitet/könstillhörighet: Det eller de kön en person känner sig som.
Somliga känner sig inte som något kön alls.

Likabehandling: Att alla ska behandlas så att de har lika rättigheter och möjligheter oavsett diskrimineringsgrunderna.

Normkritik: Ett analysverktyg i syfte att studera normer och värden, även kallat normmedvetenhet.

Preventivmedel: Hjälpmedel eller läkemedel som skyddar mot graviditet.

Preventivmetod: Hjälpmedel som skyddar mot sexuellt överförda infektioner och/eller graviditet.

SRHR: Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter.

Stereotyp: I tanken oföränderlig och generaliserad bild av hur någonting ska eller bör vara.

STI: Sexuellt överförd infektion.

Transperson: Ett paraplybegrepp för personer vars könsidentitet och/eller könsuttryck inte stämmer överens med normen för det juridiska kön som de tilldelades vid födseln.

Queer: En teori som analyserar kön och sexualitet. Queerteori ställer sig utanför tvåkönsnormen och antagandet om heteronormativitet.

Ömsesidig sexualitet: Är ett uttryck inom sexualitetsområdet som beskriver ett växelvis och gemensamt utformande av sexuella handlingar på lika villkor, och med respekt för de inblandades viljor, där ett nej alltid respekteras.

Sammanfattning

Utgångspunkten för den här rapporten är Folkhälsomyndighetens uppföljning av det förebyggande arbetet kring hivprevention som riktats till unga och unga vuxna enligt prop. 2005/06:60 och Nationell handlingsplan för klamydiaprevention. Rapporten beskriver ungas sexuella och reproduktiva hälsa. Analyserna är baserade på 7 755 svar från unga i åldern 16–29 år i Sverige. Svarsfrekvensen var 26 procent. Datainsamlingen genomfördes av Statistiska centralbyrån (SCB) och studien är en randomiserad, stratifierad och enkätbaserad befolkningsstudie. Här återges rapportens huvudsakliga resultat och slutsatser.

Bakgrundsvariabler: Analyserna baseras på 50 procent killar, 49 procent tjejer och 1 procent som inte ville kategorisera sig utifrån kön. Totalt var 1 procent transpersoner. Gruppen som inte vill kategorisera sig utifrån kön och gruppen transpersoner överlappar ibland, men inte alltid. En tiondel av de svarande var utrikes födda, huvudsakligen i Asien, Europa utom Norden, följt av Afrika. Det fanns en tendens att tjejer hade något lägre inkomst än killar, och att en högre andel tjejer än killar hade en avslutad universitetsutbildning.

Hälsa, relationer, diskriminering och våld: Totalt ansåg 80 procent att de hade en bra eller mycket bra hälsa, en högre andel killar (82 procent) än tjejer (77 procent) uppgav detta. Totalt uppgav 22 procent att de under de senaste 12 månaderna upplevt att de blivit behandlade eller bemötta på ett sätt så att de känt sig diskriminerade eller kränkta. En högre andel tjejer (29 procent) än killar (15 procent) uppgav att de upplevt någon form av diskriminering eller kränkning. Bland personer som inte vill kategorisera sig utifrån kön var andelen 51 procent (KI: 39,4–63,4)¹. Totalt hade 6 procent varit utsatta för fysiskt våld under de senaste 12 månaderna och den vanligaste platsen där tjejer utsattes för våld var i hemmet (35 procent) medan det för killar var allmän plats (50 procent).

1. För mer information om hur andelar och konfidensintervall presenteras i rapporten se kapitlet Metod.

Sexualitet: Över hälften (56 procent) ansåg att de var ganska eller mycket nöjda med sitt nuvarande sexliv, och 95 procent uppgav att de vid senaste sextillfället hade sex på en trygg plats där de kände sig säkra. 80 procent ansåg att det är viktigt att kunna prata om sex med sin partner – en högre andel tjejer (84 procent) än killar (77 procent) tyckte detta. Totalt² definierade unga sin sexuella identitet enligt följande: heterosexuell (83 procent), brukar inte kategorisera mig sexuellt (5 procent), bisexuell (5 procent), vet ej (3 procent), homosexuell (2 procent), annat (1 procent). En högre andel killar (3 procent) än tjejer (2 procent) hade samkönat sex vid senaste sextillfället. Totalt angav 40 procent att de någon gång hade erfarenhet av en sexuell handling mot sin vilja. En högre andel tjejer (54 procent) än killar (27 procent) hade någon gång varit utsatt för detta. Bland personer som inte vill kategorisera sig utifrån kön hade 53 procent varit utsatta för sex mot sin vilja (KI: 41–65,8). Totalt hade 3 procent erfarenhet av att ha gett eller fått ersättning vid sex. Relativt lika andelar tjejer (3 procent) och killar (2 procent) hade erfarenhet av att ha fått ersättning för sex, men en högre andel killar (5 procent) än tjejer (1 procent) hade gett ersättning för sex.

Preventivmetoder och preventivmedel: Totalt ansåg 89 procent att det är viktigt att skydda sig med preventivmedel om man inte vill bli gravid och lika stor andel angav att det, i en sexuell relation, är viktigt att skydda sig mot en sexuellt överförd infektion. Det skydd högst andel unga kunde tänka sig att använda var kondom (88 procent) följt av p-piller (47 procent) men vanligaste skyddet som använts vid senaste sextillfället var omvänt, hormonellt preventivmetod³ (50 procent) följt av kondom under hela samlaget (25 procent). Vidare beskriver en högre andel killar (4 procent) än tjejer (1 procent) att de inte ville använda kondom och att de blev irriterade om partnern föreslår det. En högre andel 16–19-åriga tjejer (80 procent) kunde tänka sig att använda något hormonellt preventivmedel jämfört med 25–29-åriga tjejer (50 procent). Bland de tjejer som inte hade råd att hämta ut sitt hormonella preventivmedel återfanns högst andel (4 procent) bland 16–19-åringarna.⁴

-
2. På grund av att rapportens totaler inte innehåller decimaler uppgår inte summan till 100 procent.
 3. I enkäten omfattade alternativet hormonell metod: p-piller, minipiller, p-stav, p-ring, p-plåster, spiral.
 4. Även om preventivmedlet som man fått förskrivit var subventionerat och/eller kostnadsfritt kan det ha förekommit egenavgifter vid uthämtning på apotek. År 2015 gällde också andra subventioner för preventivmedel än vad som gäller idag.

Sexuellt överförda infektioner: Totalt uppgav 11 procent att de hade haft klamydia, vilket gjorde den till den vanligaste sexuellt överförda infektionen bland unga. För alla sexuellt överförda infektioner, hiv och hepatit gällde att en högre andel tjejer (67 procent) än killar (40 procent) någon gång hade testat sig. Bland 16–19-åringarna hade tre gånger så hög andel tjejer som killar erfarenhet av att ha testat sig för klamydia. En högre andel tjejer (79 procent) än killar (63 procent) ansåg att det är viktigt att testa sig när man är i en sexuell relation. Av de 53 procent som någon gång testat sig för en sexuellt överförd infektion, hiv eller hepatit hade 49 procent haft ett samtal med en professionell om risker och skydd vid det senaste testtillfället. En högre andel tjejer (51 procent) än killar (46 procent) hade ett sådant samtal, och en högre andel tjejer (60 procent) än killar (45 procent) uppgav att samtalet gjorde dem motiverade att använda skydd.

Oönskad graviditet och abort: Totalt hade 16 procent erfarenhet av att de själva eller deras partner genomgått en abort. Lite mer än hälften (58 procent) av dem uppgav att de själva eller deras partner haft ett samtal med en kurator, barnmorska eller läkare. Av dem som haft ett samtal ansåg 27 procent att de blev motiverade att fundera på hur de skyddar sig i framtiden. En högre andel tjejer (42 procent) än killar (20 procent) ansåg att de efter samtalet hade bättre koll på hur de kunde använda graviditetsskydd.

Kunskaper och behov: Totalt hämtade 70 procent sin information om sexualitet, preventivmedel och könssjukdomar från internet. En högre andel tjejer (52 procent) än killar (36 procent) hämtade sin information från internet via kvalitetssäkrade sidor från hälso- och sjukvården, som via webbsidorna 1177 Vårdguiden och UMO. Totalt ansåg 49 procent att skolan gett dem tillräckliga kunskaper för att ta hand om sin sexuella hälsa, och av dem utgjorde killar en högre andel än tjejer. Bland personer som inte vill kategorisera sig utifrån kön ansåg 32 procent (KI:19,9–43,2) att skolan gett dem tillräckliga kunskaper. Totalt ansåg unga att skolan gett tillräckliga kunskaper inom följande områden: hur man blir gravid (75 procent), kunskaper om kroppen (64 procent) och kunskap om kondomanvändning (62 procent). De områden där skolan gett för lite kunskaper var: genus, relationer och jämställdhet (35 procent), hiv (31 procent) samt normer och HBT-perspektiv (25 procent). Det område där unga främst önskade mer information var inom: hur man får en relation att fungera bra (30 procent). De två främsta områden

där unga ansåg sig ha behov av hälsofrämjande och förebyggande insatser var billigare preventivmedel (46 procent) och gratis kondomer (41 procent).

Slutsats

Resultaten från den här studien visar att unga och unga vuxna i stor utsträckning upplever en god hälsa. Men det finns skillnader i hälsa, sexuell hälsa och faktorer som påverkar sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter mellan grupper av unga, framförallt baserat på kön och könsidentitet. Bortfallet är jämförbart med denna åldersgrupp i andra liknande befolkningsundersökningar, dock bör resultatet hanteras med försiktighet.

Förutsättningarna till god sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter bland unga är ojämlika, eftersom grupper bland tjejer och unga som inte vill kategorisera sig utifrån kön upplever kränkningar, diskriminering, sex mot ens vilja och sexuella övergrepp.

Tjejer och killar tar olika stort ansvar för preventivmedel, preventivmetoder och testning av sexuellt överförda infektioner. De nås också i olika utsträckning av samhällets förebyggande insatser så som exempelvis ungdomsmottagningarnas arbete.

Ojämlika och ojämsställda förhållanden bidrar till skillnader i tillgång och tillgänglighet till hälsofrämjande insatser, och det försvårar ett framgångsrikt arbete med att förebygga sexuellt överförda infektioner, oönskade graviditeter, sex mot någons vilja, sexuella övergrepp och sex mot ersättning. Det försvårar också främjandet av sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter bland alla unga.

Skolan, ungdomsmottagningarna, hälso- och sjukvården samt socialtjänsten är centrala arenor för att vidareutveckla det främjande och förebyggande arbetet inom sexuell och reproduktiv hälsa. Arbetet skulle sannolikt vara mer framgångsrikt om det nådde fler killar och om de kände att insatserna var angelägna och motiverade utifrån dem.

Sammantaget visar studien på ett nationellt, regionalt och lokalt utvecklingsbehov. Verksamheter inom kommuner, landsting och civilsamhälle behöver systematiskt analysera sina insatser, strategier och mål samt göra kontinuerliga uppföljningar som visar områdets utveckling över tid i relation till jämlikhet i hälsa. Utvecklingsarbetet bör utgå från normkritiska och intersektionella perspektiv. Ett sådant strategiskt utvecklingsarbete skulle främja sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter samt hivpreventionen bland unga.

Rapportens disposition

Kapitel 1–2 Bakgrund och epidemiologi

Rapporten inleds med en bakgrund som sätter hivprevention och sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter i ett sammanhang, utifrån policyer, strategier, internationella överenskommelser samt teoretiska perspektiv. Därefter följer en epidemiologisk beskrivning av hiv och sexuellt överförda infektioner och abort.

Kapitel 3–4 Syfte och metod

Kapitlen beskriver de överväganden och beslut som ligger till grund för studiens design, statistiska analys och presentation av resultaten.

Kapitel 5–11 Resultat

Kapitlen återger studiens resultat utifrån enkätens huvudsakliga områden: hälsa, sociala relationer, diskriminering och våld, sexualitet, preventivmedel och preventivmetoder, sexuellt överförda infektioner, oönskad graviditet och abort, kunskap och behov av stöd.

Kapitel 12 Metoddiskussion

Metoddiskussionen belyser styrkor och svagheter i studiedesign, diskuterar några av studiens teoretiska perspektiv samt gör en jämförelse mellan baslinjestudien (UngKAB09) och uppföljningsstudien (UngKAB15).

Kapitel 13 Resultatdiskussion

Utifrån resultaten följer en diskussion om hälsa, diskriminering, preventivmedel och preventivmetoder, sexuellt överförda infektioner, sex mot ens vilja och sex mot ersättning, behov av hälsofrämjande insatser samt rätten till kunskap och information. Diskussionen baseras på rättighets-, jämställdhets- och jämlikhetsperspektiv samt ger förslag på utvecklingsområden.

Kapitel 14 Slutsatser

Rapportens avslutande kapitel sammanfattar rapportens övergripande slutsatser.

Summary

Sexuality and health among young people in Sweden

UngKAB15 – a survey on Knowledge, Attitudes and Behaviour among young people 16–29 years old

The point of departure of this report is the Public Health Agency's follow-up on efforts made to prevent HIV among adolescents and young adults in accordance with the Government bill 2005/06:60 and The National Action Plan against Chlamydia. The report describes young people's sexual health and parts of the research area Sexual and Reproductive Health and Rights (SRHR). The analyses are based on 7,755 responses from young people aged 16–29 years in Sweden. The collection of data was carried out by Statistics Sweden (SCB) and the study is a stratified, randomized and survey-based population study. In this summary the main results and conclusions are presented.

Background variables: The respondents consisted of 50 per cent boys, 49 per cent girls and 1 per cent non-binary gender. A total of 1 per cent were transgender persons. The group of non-binary gender and the group of transgender persons sometimes overlap, but not always. One-tenth of the respondents were born in another country, mainly in Asia, Europe (excluding the Nordic countries) followed by Africa. There was a tendency of girls having a slightly lower income than boys and a higher proportion of girls had a university degree.

Health, relations, discrimination and violence: Eight in ten respondents reported good or very good health, a higher proportion of boys (82 per cent) than girls (77 per cent) reported this. A total of 22 per cent reported that they in the past 12 months had experienced abusive treatment or discrimination. A higher proportion of girls (29 per cent) than boys (15 per cent) reported having experienced some kind of discrimination or abusive treatment. Among non-binary gender persons the proportion was 51 per cent (CI: 39.4–63.4). A total of 6 per cent reported having been subjected to physical violence in the past 12 months. The most common place where girls were subjected to violence was at home (35 per cent) whereas for boys it was in a public place (50 per cent).

Sexuality: A total of 56 per cent reported that they were quite or very satisfied with their present sex life, and 95 per cent reported that their most recent sexual encounter had been in a safe place where they felt secure. 80 per cent of the respondents considered it important to be able to talk about sex with their partner – a higher proportion of girls (84 per cent) than boys (77 per cent) reported this. In total, young people defined their sexual identity as follows: heterosexual (83 per cent), bisexual (5 per cent), I don't usually categorise myself sexually (5 per cent), I don't know (3 per cent), homosexual (2 per cent), and other (1 per cent). A higher proportion of boys (3 per cent) than girls (2 per cent) had their most recent sexual encounter with the same sex. A total of 40 per cent reported that they had experiences of sex against their will and sexual abuse at some point in their lives. A higher proportion of girls (54 per cent) than boys (27 per cent) had at some point been subjected to this. Among non-binary gender persons 53 per cent had been subjected to sex against their will and sexual abuse. (CI: 41–65.8). A total of 3 per cent had experiences of buying or selling sex or other reimbursement for sex. A relatively equal proportion of boys and girls had experiences of being paid for sex. However, a larger share of boys (5 per cent) than girls (1 per cent) reported that they had paid for sex.

Contraceptives: A total of 89 per cent considered it important to use contraceptives to prevent unwanted pregnancies. An equal proportion stated the importance of protection against sexually transmitted infections if necessary. The protection they were most likely to consider using was condoms (88 per cent) followed by contraceptive pills (47 per cent). However, the most common protection used at their most recent act of sexual intercourse was hormonal contraceptives (50 per cent) followed by condom throughout intercourse (25 per cent). Furthermore, a higher proportion of boys (4 per cent) than girls (1 per cent) reported that they did not want to use a condom and that they would be annoyed if their partner suggested it. A higher proportion of girls between the ages of 16 to 19 (80 per cent) were likely to consider using hormonal contraceptives compared to girls between the ages of 25 to 29 (50 per cent). Among those girls who could not afford hormonal contraceptives the highest proportion was found among girls between the ages of 16 to 19 (4 per cent).

Sexually transmitted infections: A total of 11 per cent stated that they had had chlamydia, which makes it the most common sexually transmitted infection among young people. Regarding all sexually transmitted infections, HIV and

hepatitis, a higher proportion of girls (67 per cent) than boys (40 per cent) had at some point been tested. Among adolescents between the ages of 16 to 19 three times as many girls as boys reported having been tested for chlamydia. A higher proportion of girls (79 per cent) than boys (63 per cent) stated that it is important to have themselves tested while being in a sexual relation. Out of the 53 per cent who had at some point been tested for a sexually transmitted infection, HIV or hepatitis 49 per cent had had professional counselling on risks and protection on the occasion of their most recent test. A higher proportion of girls (51 per cent) than boys (46 per cent) had had counselling, and a higher proportion of girls (60 per cent) compared to boys (45 per cent) stated that the counselling had motivated them to use protection.

Unwanted pregnancies and abortion: A total of 16 per cent reported that they had experiences of themselves or their partner having an abortion and over half of the respondents (58 per cent) reported that they or their partner had seen a counsellor, a midwife or a doctor for professional counselling. Of those who had had counselling 27 per cent were motivated to consider how to protect themselves in the future. A higher proportion of girls (42 per cent) than boys (20 per cent) reported that counselling had increased their knowledge of how to protect themselves against unwanted pregnancies.

Knowledge and requirements: A total of 70 per cent obtained their information about sexuality, contraceptives and sexually transmitted infections from the Internet. A higher proportion of girls (52 per cent) compared to boys (36 per cent) obtained their information from quality-assured web pages, such as UMO.se and 1177 Vårdguiden.se. In total, 49 per cent of the respondents reported that school had provided adequate sexual health education, and among those, there was a higher proportion of boys than girls. Among non-binary gender persons the proportion was 32 per cent (CI: 19.9–43.2). In total, the respondents reported that school had provided adequate education within the following fields: how to get pregnant (75 per cent), knowledge of the body (64 per cent) and knowledge of condom usage (62 per cent). The areas where school had provided inadequate education were; gender, relations and equality (35 per cent), HIV (31 per cent) and norms and LGBT-perspectives (25 per cent). The area where young people wanted more information was how to make a relation work well (30 per cent). The two principal areas where young people indicated a need for health-promoting and preventive initiatives were cheaper contraceptives (46 per cent) and free condoms (41 per cent).

Conclusion: The results from this study indicate that adolescents and young adults experience good health to a large extent. There are however differences in health, sexual health and factors that affect sexual and reproductive health and rights (SRHR) between groups of young people, primarily based on gender and gender identity. The response rate is comparable to the same age group in other similar population studies. Nevertheless, the results should be handled with caution.

The preconditions for good sexual and reproductive health and rights among young people are unequal since groups among girls and young non-binary gender persons experience abusive treatment, discrimination and sex against their will and sexual abuse.

Girls and boys do not take on an equal amount of responsibility for contraceptives and testing for sexually transmitted infections. Furthermore, boys and girls are not reached by society's preventive efforts, such as the services of Youth Health Clinics, to the same extent. Gender inequality and inequity in sexual and reproductive health and rights, obstructs successful efforts to prevent sexually transmitted infections, unwanted pregnancies, sexual abuse and young people being reimbursed or paid for sex. It also obstructs the promotion of sexual and reproductive health and rights among all young people.

Schools, Youth Health Clinics, healthcare and social services are important arenas in order to further develop the promoting and preventive work within sexual and reproductive health. The efforts would most likely be more successful if more boys were reached and if they felt that the preventive efforts were motivating and important from their perspectives.

Overall, the study indicates a national, regional and local need for development. Activities within municipalities, county councils and the civil society need to analyse their initiatives, strategies and aims systematically and monitor future progress continuously over time in relation to health equity. The initiatives should proceed from a non-oppressive, norm-critical and intersectional perspective. Such strategic work would promote sexual and reproductive health and rights and HIV prevention among young people.

N.B. The title of the publication is translated from Swedish, however no full version of the publication has been produced in English.

KAPITEL 1

Bakgrund



1. Bakgrund

Varför en studie om sexualitet och hälsa bland unga?

Den här rapporten är en del av Folkhälsomyndighetens uppföljning av arbetet kring sexuell hälsa, hivprevention samt delar av området sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter som riktats till unga 16–29 år i Sverige. Arbetet genomfördes inom ramen för ”Nationell handlingsplan för klamydiaprevention” av landsting, storstadskommuner, det civila samhällets organisationer och myndigheter under 2009–2014 (1, 2). Syftet med uppföljningsarbetet är att göra analyser och ge kunskapsbaserade underlag som kan leda till varaktig förändring i riktning mot bättre hälsa i framtiden (1, 3). Analyserna syftar till att undersöka om hälsan är så god som möjligt och studera i vilken utsträckning den är så jämlikt och jämställd fördelad som möjligt (4).

Den här studien är uppföljningen på baslinjestudien UngKAB09 från 2009 (1). I den processuppföljning av handlingsplanen för klamydiaprevention som Folkhälsomyndigheten gjorde bland kontaktpersonerna inom landsting och storstadskommuner framkom att man ville ha ökat stöd i frågor om sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter. Detta gjorde att 2015 års enkät fick ett bredare frågeområde. Trots att de båda studierna har olika studiedesign och metod möjliggörs en viss uppföljning och jämförelse över tid (se kapitel 12 Metoddiskussion).

Globala och regionala folkhälsopolitiska målsättningar

FN:s hållbarhetsmål, Agenda 2030, innehåller tydliga skrivningar som visar på vikten av ett stärkt arbete med sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter. Inom mål 3, hälsa och välbefinnande, pekar delmål 3.7 på att medlemsländer ska säkerställa allas tillgång till sexuell och reproduktiv hälsovård, inklusive familjeplanering, information och utbildning och att reproduktiv hälsa integreras i nationella strategier och program. Inom mål 5, jämställdhet, tydliggör delmål 5.6 att alla medlemsländer ska säkerställa allmän tillgång till sexuell och reproduktiv hälsa och reproduktiva rättigheter (5). För Sveriges del omfattar detta även sexuella rättigheter.

FN:s politiska deklaration om hiv och aids från 2016 pekar på att det behövs en utveckling av jämställdhetsarbetet inom området sexuell hälsa och hiv-prevention. Deklarationen lyfter fram strategiska områden som bör beaktas i planeringen av hivprevention, som jämställdhet mellan könen och vikten av att förstå maktperspektiv utifrån kön och socioekonomiska faktorer. Deklarationen tydliggör också att alla länder ska säkra att jämställdhetsstrategier också hanterar effekterna av skadliga könsnormer (6).

På regional nivå har WHO Europa antagit en ny handlingsplan för sexuell och reproduktiv hälsa. Handlingsplanens huvudmål är att möjliggöra för alla människor att fatta välgrundade beslut om sin sexuella och reproduktiva hälsa och att deras mänskliga rättigheter respekteras, skyddas och uppfylls. Målet är också att alla människor kan åtnjuta bästa möjliga nivå av välbefinnande i relation till sexuell och reproduktiv hälsa och att utjämna ojämlikheter. Handlingsplanen är nära kopplad till Agenda 2030, främst till delmål 5.6 (7). Inom WHO-samarbetet fokuserar Sverige på följande tre perspektiv:

- *Rättighetsperspektivet:* Att alla människor ska kunna åtnjuta sina rättigheter, inklusive rätten till sexuell hälsa.
- *Jämställdhetsperspektivet:* Att säkerställa att kvinnor och män har samma möjligheter ut ett livstidsperspektiv att uppnå god sexuell hälsa.
- *Jämlikhetsperspektivet:* Att förbättra förutsättningarna för en god och jämlikt fördelad sexuell hälsa och minska skillnader i hälsa (8).

Globalt och regionalt har WHO under lång tid verkat för stärkta analyser och insatser kring jämlik hälsa. Arbetet fick stort genomslag i samband med Marmotkommissionens rapport "Closing the gap in a generation". Rapporten visade på hur ojämlika förhållanden i samhället skapar social utsatthet och leder till ohälsa. Den visade också att samhället inrymmer systematisk ojämlikhet, vilket leder till en ojämna fördelning av makt, välstånd och andra nödvändiga sociala resurser som utgör förutsättningar för hälsa. Kommissionen visade att de ojämlika förutsättningarna är något som går att förändra och förebygga om orsakerna är kända och påverkbara (9). Även om rapporten inte hade ett intersektionellt perspektiv, anger den viktiga vägval när det kommer till frågor om hur hälsoområdet hanterar frågor om kön, makt och fördelning av resurser i relation till befintlig kunskap.

Hälsa 2020 är ett policyramverk som beskriver hur fokuserat ledarskap och strategisk styrning kan skapa förutsättningar för jämlik hälsa. Policy-

ramverket antogs av samtliga WHO:s medlemsländer 2012. Arbetet bygger på visionen om att varje människas grundläggande rättighet är att uppnå bästa möjliga hälsa vilket också är visionen i WHO:s konstitution. De länder som erkänt rätten till hälsa har också åtagit sig att organisera och finansiera sina hälso- och sjukvårdssystem utifrån värdegrunderna universalitet, solidaritet och likvärdig tillgång. Policyramverket innehåller två övergripande, strategiska mål som är kopplade till varandra: att förbättra hälsan för alla och minska ojämlikhet i hälsa samt att förbättra ledarskap och delaktighet i styrning av hälsa. Målet är att uppnå högsta möjliga hälsolivå oavsett etnicitet, kön, ålder, social status eller betalningsförmåga. Dessa värden inbegriper rättvisa, hållbarhet, kvalitet, öppenhet, ansvarsskyldighet, jämställdhet, värdighet och rätten att delta i beslutsfattandet (10). Implementeringen av Hälsa 2020 är nu av högsta prioritet för WHO Europa.

Nationella folkhälsopolitiska målsättningar

I Sverige utgör området hivprevention det hälsofrämjande och förebyggande arbetet kring hiv och sexuellt överförda infektioner. Arbetet utgår från regeringens propositioner ”En förnyad folkhälsopolitik” och ”Nationell strategi mot hiv och aids och vissa andra smittsamma sjukdomar” (fortsatt kallad hivstrategin) (2, 3). Hivstrategin har särskilt lyft fram sju riskutsatta grupper som prioriterade, varav unga och unga vuxna (fortsatt kallad unga) är en av dem. Hivstrategin utgår från FN:s generalförsamlings speciella sessioner om hiv/aids, och de efterföljande dokument och strategier som tagits fram av UNAIDS (11). Målet är att minska överföringen av hiv samt att diskriminering och stigma mot personer som lever med hiv ska upphöra. I Sverige pekar hivstrategin på att hivprevention riktat till unga bör ske tillsammans med det förebyggande arbetet med sexuellt överförda infektioner och oönskade graviditeter. Strategin nämner också att särskilda ansträngningar behövs för att nå ut till unga killar. Det förebyggande arbetet ska ske tvärssektoriellt och tillsammans med det civila samhällets organisationer. Skolan och ungdomsmottagningarna är centrala arenor (2). Strategier och policyer för hivprevention går i vissa länder samman med området sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter, men är i Sverige ett eget område med egen strategi. Det förebyggande arbete som utförs av kommuner och landsting på regional och lokal nivå främjar sexuell hälsa samt förebygger också hiv och andra sexuellt överförda infektioner. Aktiviteterna utförs ofta på samma arenor exempelvis inom skolan och ungdomsmottagningen.

Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter är ett område som omfattar bland annat hivprevention, sexuell hälsa, reproduktiv hälsa samt icke-diskriminering. För Sveriges internationella arbete definieras SRHR på följande sätt: Sexuell hälsa handlar om livskvalitet och personliga relationer, om rådgivning och hälsovård. Sexuella rättigheter innefattar rätten för alla människor att bestämma över sin egen kropp och sexualitet. Reproductiv hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande kring det reproduktiva systemet och alla dess funktioner, och inte bara frånvaro av sjukdom. Reproductiva rättigheter omfattar den enskilda individens rätt att bestämma antalet barn och hur tätt de ska komma (12). Sverige har ännu ingen nationell definition inom SRHR-området. År 2012 fick Socialstyrelsen, Smittskyddsinstitutet och Statens folkhälsoinstitut i uppdrag att utarbeta ett underlag till nationell strategi för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (13). Sedan 2016 är Folkhälsomyndigheten samordnande myndighet för SRHR-frågor och har därmed påbörjat ett utvecklingsarbete inom området för att verka för nationell samordning och kunskapsuppbyggnad samt följa upp utvecklingen på området (14).

Sverige har ett aktivt jämställdhetsarbete där två av delmålen har direkt inverkan på arbete med sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter samt hivprevention (15). Dessa två mål är:

- *Mål 5. Jämställd hälsa:* Kvinnor och män, flickor och pojkar ska ha samma förutsättningar för en god hälsa samt erbjudas vård och omsorg på lika villkor.
- *Mål 6. Mäns våld mot kvinnor ska upphöra:* Kvinnor och män, flickor och pojkar, ska ha samma rätt och möjlighet till kroppslig integritet.

Delmålet jämställd hälsa avser fysisk, psykisk samt sexuell och reproduktiv hälsa, och omfattar både förebyggande folkhälsoarbete och insatser till enskilda personer inom exempelvis hälso- och sjukvård eller via socialtjänst (4).

Sverige har också en nationell strategi för lika rättigheter och möjligheter oavsett sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck. Strategin har som mål att skapa ett öppet och inkluderande samhälle där alla människors lika värde, rättigheter och möjligheter respekteras. Alla människor ska kunna leva sina liv utan att behöva dölja sin sexuella läggning, könsidentitet eller könsuttryck på grund av rädsla för att utsättas för diskriminering, våld eller

andra kränkningar. Strategins fokusområden har direkt koppling till SRHR-området: våld, diskriminering och andra kränkningar, unga HBT-personer, hälsa vård och sociala tjänster, privat- och familjeliv samt kulturområdets roll för ökad öppenhet och mångfald (16).

Ungas sexuella hälsa

Sexualiteten är en av många faktorer i människors liv som påverkar hälsa och välbefinnande. Sexuell hälsa är ett område där både fysiska och psykiska aspekter av sexualiteten beaktas i relation till hälsa. Världshälsoorganisationen (WHO) har tagit fram en definition av sexuell hälsa (17):

”Sexuell hälsa är ett tillstånd av fysiskt, emotionellt, mentalt och socialt välbefinnande i förhållande till sexualitet; det är inte enbart frånvaro av sjukdom, funktionsnedsättning eller lidande. Sexuell hälsa kräver en positiv och respektfull inställning till sexualitet och sexuella relationer, liksom möjligheten att ha njutbara och säkra sexuella erfarenheter fria från tvång, diskriminering och våld. För att sexuell hälsa ska kunna uppnås måste alla människors sexuella rättigheter respekteras, skyddas och uppfyllas.”

Människors sexualitet och sexuella hälsa formas i relation till andra och utifrån de förutsättningar som finns i samhället (18, 19). Genom ett samspel med omgivningen lär sig människor var och hur samt med vem de kan agera sexuellt (20, 20). Biologiska, emotionella, sociala och religiösa faktorer och värderingar påverkar synen på sexualitet i samhället. Värderingar växlar i betydelse och över tid hos enskilda individer, i olika grupper och i samhället. Att ha positiva erfarenheter av sexuella handlingar, liksom omvärldens stödande förhållningssätt och sexualsyn kan påverka ungas sexuella hälsa i en positiv riktning. Förebyggande insatser behövs för att stärka identiteten, självkänslan och förmågan att hantera sexualiteten och relationer till andra (3). I övergången från barndom till ungdom och vuxen provas de egna uppfattningarna av normer och värden samtidigt som erfarenheter från sexuella handlingar samlas in (21). I det hälsofrämjande och förebyggande arbetet är det därför angeläget att tidigt kommunicera med unga om handlingar, normer och värden som främjar hälsa och förebygger ohälsa.

Tidigare studier på befolkningsnivå har visat att genomsnittsåldern för första samlaget har legat stabilt runt 16–17 år under de senast 50 åren (22–24). Det finns inget som talar för att användandet och påverkan av internet och sociala medier bland unga har påverkat den sexuella debutåldern. Under de senaste 20 åren har hormonella preventivmedel varit vanligare än kondom (22, 23, 25). Vidare kan man över tid se att unga vuxna i åldern 20–24 år är mer benägna att ha sex utan kondom jämfört med unga 15–19 år och att killar är mer riskbenägna än tjejer. Under flera år har knappt en fjärdedel av killarna angett att de skulle ha sex utan kondom, även om de utsatte sig för risken att få en sexuellt överförd infektion (25). År 1990 visade en studie bland 17-åringar att 33 procent av killarna och 18 procent av tjejerna inte använt något skydd alls vid senaste sextillfället, samt att 55 procent av tjejerna men endast 26 procent av killarna någon gång hade besökt en ungdomsmottagning (26). I befolkningen som helhet har antalet sexpartner ökat över tid och den relativa ökningen har varit högst bland kvinnor, vilket gör att antalet sexpartner har jämnat ut sig mellan könen (27). Mellan åren 1967 och 1996 kunde det konstateras att p-piller (eller andra hormonella metoder och spiral) ökat lika mycket som användningen av kondom minskat (28).

Över tid är också fler killar än tjejer missnöjda med sitt sexliv, alternativt upplever att de inte kan leva sexuellt som de önskar (22, 25, 29). Unga inom teoretiska eller yrkesförberedande gymnasieprogram har visat sig ha bättre sexuell hälsa jämfört med unga som hoppat av skolan (26). Studier visar också att unga som sålt sex rapporterar sämre sexuell hälsa än övriga unga (29, 30). Unga inom institutionsvård har visat sig ha betydligt sämre sexuell hälsa än övriga unga (31). Sammanfattningsvis har det över tid funnits en stor andel unga som har sex utan kondom. Det har också över tid konstaterats socioekonomiska skillnader i sexuell hälsa och skillnader mellan könen både i inställningen till säkrare sex och i vilken utsträckning tjejer och killar besökt en ungdomsmottagning.

Unga, liksom vuxna, har över tid visat sig ha generellt goda kunskaper om hur hiv överförs och hur man skyddar sig vid sex (27, 29). Trots detta har synen på personer som lever med hiv präglats av fördomar. Fördomarna har varit mer vanligt förekommande bland unga än bland äldre (27). Unga män som har sex med män har lägre kunskap om hiv och testar sig i mindre utsträckning än äldre män som har sex med män (32). Flera undersökningar visar att unga homosexuella och bisexuella upplever mer utsatthet, diskriminering och generell ohälsa än heterosexuella (29, 33). Unga transpersoner uppger sämre allmänt hälsotillstånd och större utsatthet för psykisk ohälsa,

kränkning, diskriminering och våld både jämfört med heterosexuella- och cispersoner samt med äldre transpersoner (34). När det gäller på vilken grund unga blivit kränkta eller diskriminerade visar tidigare studier och mätningar en skillnad mellan tjejer och killar. Vanligast rapporterade orsak bland tjejer är kön eller ålder. Bland killar är de vanligaste orsakerna etnisk tillhörighet, könsidentitet eller sexuella läggning (25, 35). Sammanfattningsvis har utsatthet för kränkning och diskriminering visat sig ha betydelse för ungas sexuella hälsa.

Skyddsfaktorer och riskfaktorer

Sexualiteten har betydelse för välbefinnande och hälsa (36) och sexualiteten är en viktig faktor i människors liv för lust och livsglädje (3). Även om forskningen om riskfaktorer för sexuell ohälsa är mer omfattande, så finns också data om frisk- och skyddsfaktorer som kan öka generell hälsa och välbefinnande. Bland annat har faktorer som självförtroende, optimism och nyfikenhet visat sig ha betydelse men framförallt nära relationer till andra, god relation mellan föräldrar och barn samt emotionellt stöd från omgivningen (37).

Tidigare studier har visat att ungas risktagande, det vill säga de handlingar unga själva styr över, hänger nära samman med riskutsatthet (29, 38). Riskutsatthet är sociala förutsättningar och levnadsvillkor som unga inte lika självklart kan styra över. Riskutsatthet inom sexuell hälsa och hivprevention handlar bland annat om diskriminerande strukturer (39), negativa förväntningar, sämre socioekonomiska förhållanden, kränkande eller diskriminerande behandling i skolan, på arbetet, inom hälso- och sjukvården och i sociala sammanhang (29, 33, 34, 40).

I det förebyggande arbetet diskuteras ofta hur unga förhåller sig till och utsätter sig för risker. I det hivpreventiva arbetet omfattar risktagandet de handlingar som kan leda till överföring av hiv, sexuellt överförda infektioner eller oönskad graviditet (2). Riskfaktorer som kan kopplas till sexuell risktagande är till exempel erfarenhet av sexuella övergrepp, svåra uppväxtvillkor, hopplöshetskänslor, depression och självmordsförsök (31). Även hög konsumtion av alkohol, bruk av droger, att ha haft en sexuellt överförd infektion under de senaste 12 månaderna, sexuell debut före 15 år, erfarenhet av sexuella handlingar mot sin vilja, sex mot ersättning och socioekonomiskt utsatta levnadsförhållanden är riskfaktorer (29, 41). Ökad kunskap om varför unga har oskyddat sex syftar till att föreslå metoder och insatser som kan förebygga sexuellt risktagande och främja sexuell hälsa.

Normer och makt

För att öka förståelsen av ungas skyddsfaktorer och riskfaktorer behövs analysverktyg som granskar kön, makt och normer i relation till sexualitet. Sådana perspektiv och teorier är bland annat jämlikhet, jämställdhet, normkritik och intersektionalitet. Perspektiven och begreppen överlappar varandra och är olika aspekter av mänskliga rättigheter.

Jämlikhet är ett perspektiv som innebär lika rättigheter och möjligheter för alla människor. I jämlikhetsperspektivet ingår rättigheten att inte bli negativt särbehandlad, det vill säga diskriminerad. Jämlikhetsperspektivet syftar främst mot offentliga institutioners maktutövning mot individen men kan också tolkas bredare, som inom folkhälsoområdet där självupplevd diskriminering har visat sig ha ett samband med ohälsa (33, 39, 42). För att stärka jämlikheten har Sverige en lag som syftar till att motverka att offentliga institutioner diskriminerar utifrån följande sju diskrimineringsgrunder: kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnicitet (tidigare ras), religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning och ålder (43). Diskrimineringsgrunderna utgår från FN:s konvention om de mänskliga rättigheterna (44, 45). Inom folkhälsoområdet är rätten till icke-diskriminering central, eftersom tidigare undersökningar visat att de grupper i samhället som är mest utsatta för ohälsa också är de grupper som är mest utsatta för diskriminering (39, 42, 46). Rätten att inte diskrimineras är utgångspunkten i nästan alla internationella fördrag, folkhälsopolitiska mål samt deklarationer och konventioner. Rätten till jämlikt bemötande och icke-diskriminering är också en utgångspunkt i hälso- och sjukvårdslagen, socialtjänstlagen och skollagen (13).

Jämställdhet handlar om jämlikhet mellan kvinnor och män, tjejer och killar, som ska ha samma möjlighet att forma samhället och sina egna liv. Skillnader i kvinnors och mäns hälsa har lyfts återkommande i undersökningar. Men jämställdhetsaspekter handlar inte bara om att konstatera skillnader, utan om strategier och utvecklingsvägar för hur hälsan kan bli mer jämställt fördelad mellan könen (15).

Normkritisk analys syftar till att synliggöra, problematisera och förändra de stereotypa föreställningar om normer som ligger till grund för diskriminerande strukturer (47). Begreppet normkritik skapades som ett alternativ till det tidigare använda begreppet toleransperspektiv. Syftet var att ge större möjlighet att nå målen om jämlikhet, jämställdhet och likabehandling genom att inte bara tolerera den som faller utanför normen (avviker), utan

istället synliggöra alla individers olikheter, positioner och förutsättningar för att på ett verkningsfullt sätt diskutera jämlikhetsfrågor.

Intersektionalitet är en teori och analysmetod som syftar till att synliggöra specifika situationer av över- och underordning som skapas i samband med social interaktion. Analysen tar hänsyn till ett stort antal sociala kategoriseringar, som exempelvis sexuell identitet, etnicitet, kön, funktionsvariation och klass, och sammanför dem i en diskussion och analys kring normer och makt (13, 39). Ett intersektionellt perspektiv riktar uppmärksamheten på hur olika sociala kategoriseringar undanröjer eller förstärker hinder för social utsatthet och knyter ihop flera parallella diskussioner och perspektiv i ett komplext utforskandet av normer och makt (39, 48–51).

KAPITEL 2

Epidemiologisk utveckling och statistik



2. Epidemiologisk utveckling⁵ och statistik

Kapitlet sammanfattar den epidemiologiska utvecklingen⁶ av hiv, sexuellt överförda infektioner och abort.

Hiv

Drygt 7 000 personer i Sverige lever med en diagnostiserad hivinfektion. År 2016 rapporterades totalt 430 fall av hivinfektion i Sverige, och under den senaste femårsperioden har i medeltal 447 nya fall rapporterats varje år. I likhet med övriga länder i Norden är förekomsten av hiv låg i gruppen unga och unga vuxna. I dag finns cirka 550 barn och unga (0–29 år) som lever med hiv i Sverige, varav cirka 400 är över 20 år. Det förekommer idag väldigt få nya fall av hiv bland unga där hiv överförts i Sverige (52).

Den svenska situationen skiljer sig från Östeuropa och världen i stort. I Sverige står över 90 procent av de som lever med hiv på effektiv behandling, vilket gör att risken för överföring av hiv är minimal om kondom används. Den som lever med hiv och har en effektiv behandling kan leva ett långt liv med god livskvalitet (53). Globalt sett är situationen annorlunda, eftersom långt ifrån alla som lever med hiv får tillgång till behandling. Dessutom finns brister i jämlikhet och jämställdhet, vilket skapar sårbara grupper som inte fått tillgång till information, vård och behandling eller saknar makt och egenmakt att skydda sig genom säkrare sex. Sårbara grupper är exempelvis kvinnor, HBT-personer, män som har sex med män, personer som injicerar droger och personer som har sex mot ersättning. Totalt sett har ökningstakten i världen avtagit något men antalet personer som varje år får hiv är cirka 1,9 miljoner. Ett av flera problem i den globala hivpreventionen är att många

5. Läs aktuell statistik om hiv och sexuellt överförda infektioner på www.folkhalsomyndigheten.se

6. Kapitlet innehåller data från 2016. Dessa data kommer under maj 2017 att publiceras i sin helhet, med grafer och epidemiologisk analys på Folkhälsomyndighetens webbplats.

av dem som lever med hiv inte vet om det. Förutom tillgång till prevention och hivbehandling behöver tillgången till testning öka (54, 55).

Klamydia

Från 1997 ökade antalet klamydiafall i Sverige under flera år, men de senaste 10 åren har antalet fall legat stadigt runt cirka 37 000 fall årligen.. Under 2016 rapporterades 36 203 fall av klamydiainfektion (incidens 362 fall per 100 000 invånare), vilket var en minskning med 4 procent jämfört med 2015. Klamydiainfektion överförs vid oskyddat sex och är den vanligast sexuellt överförda infektionen i Sverige som rapporteras i enlighet med smittskyddslagen. Klamydia används som indikator på sexuellt risktagande (56). Vanligaste smittväg är vid olikkönat⁷ sex. Av det totala antalet rapporterade fall är sex av tio kvinnor, men de senaste åren har mer än dubbelt så stor andel kvinnor som män också testats för klamydia. Av dem som testats är andelen som har klamydia (positiva fall) dubbelt så hög bland män som bland kvinnor. Situationen att fler kvinnor än män testas sig, har varit densamma under lång tid. Bland det totala antalet klamydiafall står gruppen 15–29-åringar idag för cirka 80 procent av fallen (57).

Gonorré

Under 2015 anmäldes 1 778 fall av gonorré (incidens 17,8 fall per 100 000 invånare), vilket motsvarade en ökning med 6 procent jämfört med 2015. Antalet fall av gonorré har under senare år ökat bland unga kvinnor från tidigare låga nivåer. Det antas finnas ett mörkertal bland unga män, eftersom det på samma sätt som för klamydia främst är unga kvinnor som testas sig för gonorré. Gonorré är också en infektion som idag till stor del överförs bland män som har sex med män. Under 2016 återfanns hälften av de nya fallen bland män som har sex med män (58).

7. Olikkönat sex benämns ibland som heterosexuell överföringsväg.

Syfilis, hepatit B och hepatit C

Under 2016 rapporterades 349 fall av syfilis (incidens 3,5 fall per 100 000 invånare). Antalet rapporterade fall av syfilis varierar från år till år. Syfilis är vanligare bland män än bland kvinnor, framför allt bland män som har sex med män (59).

År 2016 rapporterades 2 148 fall med hepatit B-infektion. Av dessa hade 94 fall fått sin infektion i Sverige, vilket motsvarar 4 procent. Majoriteten (86 procent), hade fått hepatit B-infektionen utomlands (60).

År 2016 rapporterades 1 889 fall med hepatit C-infektion, vilket är på samma nivå som under den senaste femårsperioden. Majoriteten av de rapporterade fallen hade fått infektionen i Sverige, vilket är en genomgående trend över åren. Av dem som fått infektionen i Sverige utgjordes högst antal (621) av personer som injicerar droger. Av de totala antalet rapporterade fall som fått hepatit C-infektion i Sverige var 18 procent (172 fall) barn och ungdomar mellan 0–24 år. Av dessa hade majoriteten (81 procent), fått infektionen i samband med att de injicerat droger (61).

Abort

Antalet aborter har sedan 2006 varit cirka 37 000 per år.⁸ Högst andel aborter görs bland kvinnor i åldern 20–29 år, följt av kvinnor i åldern 30–44 år. Lägst andel av aborterna sker bland de yngsta upp till 19 år. Även om Sverige idag har den högsta andelen aborter i Norden (62) utgör tonårsaborterna en liten del av de aborter som genomförs. Abort används, liksom klamydia, som en indikator på ungas risktagande (56). Dagens aborter är till största delen medicinska aborter som sker tidigt. Varför aborttalen sjunkit bland tonåringar är inte säkerställt, men antas hänga samman med att tjejer i större utsträckning fått tillgång till effektiva långtidsverkande preventivmedel, som hormonspiral, kopparspiral och p-ring.

8. Läs aktuell epidemiologisk data över aborter på www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikefteramne/aborter

KAPITEL 3

Syfte



3. Syfte

Den här rapporten undersöker ungas sexuella hälsa i relation till hiv och sexuellt överförda infektioner samt faktorer med betydelse för området sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter. Syftet är att följa upp Folkhälsomyndighetens arbete med den nationella strategin mot hiv och aids och vissa andra smittsamma sjukdomar (proposition 2005/06:60) när det gäller arbetet med preventionsgruppen unga och unga vuxna. Rapporten har som mål att bidra med kunskap för hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete inom området sexuell hälsa och hivprevention.

KAPITEL 4

Metod



4. Metod

Studiedesign och utförare av datainsamling

Undersökningen är en enkätbaserad tvärsnittsstudie bland unga i Sverige. Den bygger på ett stratifierat randomiserat urval i befolkningen. Datainsamlingen genomfördes av enkätenheten vid Statistiska centralbyrån (SCB) enligt kvalitetskraven ISO 20252:2012 för marknads-, opinions- och samhällsundersökningar.

Urval

Populationen för undersökningen utgjordes av personer folkbokförda i Sverige i åldern 16–29 år. Urvalsramen skapades med hjälp av data från ”Registret över totalbefolkningen”, version 2015-01-31. Antalet personer i urvalsramen var 1 730 161. Urvalsstorleken bestämdes av Folkhälsomyndigheten i samråd med SCB. Urvalsramen stratifierades på juridiskt kön, ålder och region. I stickprovsberäkningen skapades designvikter som angav hur många personer i populationen varje svarande kunde representera. Stickprovsberäkning för urvalsstorlek baserades på sex regioner som utgick från Folkhälsomyndighetens sex kunskapsnätverk inom arbetet med hivprevention: Norr, Mitt, Stockholm-Gotland, Adlon, Västra Götaland och Skåne. Strata baserades också på tre åldersgrupper: 16–19 år, 20–24 år och 25–29 år, samt de två juridiska kön som finns i SCB:s register; kvinna och man. Totalt bildades 36 strata.

En förväntad andel på 50 procent ja-svar antogs inom varje strata i stickprovsberäkningarna. Andelen 50 procent gav den största stickprovsstorleken och minimerade därför risken att underdimensionera studien med avseende på antalet i urvalet. Vidare justerades det beräknade antalet i urvalet uppåt utifrån ett förväntat bortfall på 70 procent. En precision för den uppskattade andelen ja-svar på 3 procent antogs i beräkningarna. Utifrån stickprovsberäkningen drogs ett stratifierat obundet slumpmässigt urval (OSU) på 29 997 personer från urvalsramen. Innan enkäten skickades ut gjordes en identifikationskontroll av personerna i urvalet mot befolkningsdata för att ta fram aktuella adressuppgifter. Vid kontrollen och under insamlingsfasen

framkom det att 47 personer inte längre tillhörde populationen på grund av att de avlidit eller emigrerat, så kallad övertäckning. Det slutliga urvalet bestod av 29 950 individer.

Enkäten

Folkhälsomyndigheten utformade frågorna i enkätformuläret. Därefter granskades enkätfrågorna av mättekniska enheten på SCB som testade enkäten i en fokusgruppsintervju med ungdomar och unga vuxna. Efter det mättekniska testet justerades frågorna. Den slutliga enkäten bestod av 64 numrerade frågor. Eftersom flera av dem hade delfrågor kunde de svarande totalt få 135 frågor. Eftersom enkäten var erfarenhetsbaserad kunde de svarande också slussas förbi frågor som inte berörde dem. För dem som inte debuterat sexuellt innebar det till exempel att man maximalt behövde besvara 43 frågor.

Enkätens huvudsakliga frågeområden rörde sexuell hälsa indelat i följande huvudområden: hälsa, trygghet och sociala relationer, kränkning, diskriminering och fysiskt våld, sexualitet och relationer, sexuella handlingar, senaste sextillfället, preventivmedel och preventivmetoder, abort och samtalsstöd, sex mot sin vilja, sex mot ersättning, sexuellt överförda infektioner, hiv, testning samt samtalsstöd, kunskapsmätning och behov av hälsofrämjande insatser. Förutom de variabler som samlades in via enkäten hämtades ett antal bakgrundsvariabler som födelseland/region, inkomstgrupp, bidrag, utbildningsnivå och meritvärde från SCB:s register. Detta följde SCB:s praxis genom information i förbrevet, som beskrev att de som besvarade enkäten lämnade sitt samtycke till att studien kunde ske med aidentifierad analys av dessa variabler hämtade ur register.

Datainsamling och svarsfrekvens

Datainsamlingen bestod av ett förbrev som presenterade studien, ett första utskick av enkäten, ett tack-och-påminnelsekort (vykortsformat) och ytterligare en enkätpåminnelse (brev med ny enkät). Samtidigt som förbrevet skickades ut skickades ett så kallat målsmansbrev ut till vårdnadshavarna för personer under 18 år. Målsmansbrevet informerade om syftet med undersökningen, hur datainsamlingen gick till och gav kontaktuppgifter till Folkhälsomyndigheten, dit vårdnadshavarna kunde ringa för att ställa frågor.

I samband med utskicket av enkäten och även i samband med enkätpåminnelse-erna fick uppgiftslämnarna information om att enkäten även gick att besvara på webben. De svarande fick inloggningsuppgifter med användarnamn och ett lösenord med vilka de sedan kunde logga in via SCB:s webbplats. Totalt valde 67 procent att svara via pappersenkät och 33 procent valde att svara på enkäten via webben. De enkäter som kommit in via post registrerades med hjälp av skanning. Bland de svarande utgjorde antalet killar 2 753 och tjejer 4 780 personer⁹. Av de 29 950 unga som ingick i urvalet var det totalt 7 865 personer som besvarade enkäten, det vill säga 26 procent i svarsfrekvens.

Bortfallsanalys och bortfallsjustering

Objektsbortfallet, som innebär att frågeblanketten inte var besvarad alls, uppgick till 22 085 personer. Objektsbortfallet berodde bland annat på att uppgiftslämnaren inte var villig att delta i undersökningen, att uppgiftslämnaren inte gick att nå eller att uppgiftslämnaren var förhindrad att medverka. Det partiella bortfallet, det vill säga att enkäten bara delvis var besvarad, var genomgående relativt litet och beskrivs närmre i listan över partiellt bortfall (bilaga 2). Under de senaste åren har svarsandelen i enkätundersökningar minskat avsevärt. Eftersom man på förhand kunde anta att så även var fallet med den här undersökningen, beslutade Folkhälsomyndigheten att ge SCB i uppdrag att göra en utökad bortfallsanalys. Syftet var att se om vissa grupper i urvalet i högre utsträckning än övriga hade besvarat enkäten. Vid bortfallsanalysen framkom att bortfallet inte var slumpmässigt, utan att det fanns variabler som hade samband med i vilken utsträckning personerna i urvalet svarat på enkäten. Analysen visade att enkäten i lägre utsträckning besvarats av följande grupper: unga med låga meritvärden (betyg i åk 9), unga utan eftergymnasial utbildning, killar, utrikes födda samt bland unga där föräldrar hade låg utbildningsnivå. Dessa variabler som i analysen visade sig påverka bortfallet, användes därefter för att räkna upp, det vill säga kalibrera, designvikterna och justera bortfallets påverkan på de slutsatser om populationen som görs i studien. Skattningar i den här rapporten kan därför på ett säkrare sätt återge förhållanden bland unga 16–29 år i Sverige.

9. Därefter användes kalibreringsvikter för att korrigera så att tjejer och killar fick en representativ fördelning i analysarbetet.

Databearbetning inför vidare analys

SCB genomförde grundläggande kontroller bland annat för att säkerställa att bara valida värden förekommer i materialet. Vid leveransen till Folkhälsomyndigheten hade datafilen 7 865 svarande. Folkhälsomyndigheten genomförde ytterligare en datarensning, som huvudsakligen utgick från kvalitets-säkring av statistikmetoden och sakkunskap inom ämnesområdet. Efter en rensning av orimliga och inkongruenta svar återstod 7 755 personer för vidare analys i rapporten och kommande fördjupningar.

Tolkning av studiens resultat

UngKAB15 gjordes som en stratifierad urvalsundersökning, vilket innebär att varje svarande genom en stickprovsberäkning är utsedd att representera en andel av totalbefolkningen unga 16–29 år i Sverige. I en sådan studiedesign finns alltid en osäkerhet i de skattningar som görs. Osäkerheten beskrivs med ett 95 procentigt konfidensintervall (KI), som visar mellan vilka värden det är 95 procents säkerhet att populationsvärdena i totalbefolkningen 16–29 år ligger. Det gör att skattningar, särskilt när resultat bryts ned i olika grupper, bör tolkas med konfidensintervall.

Analys och presentation av resultat

Rapporten är huvudsakligen deskriptiv och resultaten som presenteras i tabellform är uppdelade utifrån könskategorierna tjejer och killar samt åldersklasserna 16–19 år, 20–24 år och 25–29 år. De enkätfrågor som hade ett kategoriserat svarsalternativ presenteras genomgående i rapporten med andelar (procent). Andelarna som presenteras i resultatdelen i rapporten är skattningar av hur förhållandet ser ut på befolkningsnivå och inte andelar som direkt relaterar till de svarande ($n=7755$). Därför presenteras inte antalet svarande vid varje fråga utan i en lista över partiellt bortfall (bilaga 3). En genomgång och tematisering har gjorts av alla frågor som har öppna svar och där det blir relevant kommenteras det i rapporten. Enkätfrågor där de svarande kunde fylla i siffror presenteras med medelvärde eller median.

Alla resultat i tabellerna presenteras i andelar (procent, %) och med ett 95-procentigt konfidensintervall (KI).

Eftersom gruppen som inte vill kategorisera sig utifrån kön hade relativt få svarande ($n=87$) redovisas den inte i tabeller nedbrutet på ålder och

kön/könsidentitet. Resultaten som visar hur gruppen svarat är istället presenterat i text med andelar följt av konfidensintervall (KI). Konfidensintervallet bör alltid tas i beräkning när resultatet för denna grupp analyseras.

Statistiska samband och skillnader

De statistiska analyser som presenteras i rapporten har utförts i programvaran R. Alla skillnader mellan undergrupper som nämns i rapporten har bedömts utifrån sannolikhetsanalys av 95-procentigt konfidensintervall (överlappar eller inte). För vissa resultat är skillnaderna inom den statistiska felmarginalen och om de skillnaderna ansetts betydelsefulla, så beskrivs de i rapporten med begreppet tendens. I de fallen har skillnaderna ändå bedömts finnas, och att de sannolikt hade varit statistiskt signifikanta med ett större underlag.

Enkäten och inkludering av ett tredje alternativ för kön

Syftet med att ha tre svarsalternativ för kön var att skapa en inkluderande enkät och ge ett alternativ utöver den binära könsnormen kvinna och man. Det finns idag relativt lite dokumenterad erfarenhet med ett tredje alternativ utöver man och kvinna inom andra större undersökningar. Folkhälsomyndigheten har tillsammans med andra myndigheter och SCB:s enhet för mätteknik fört diskussioner om hur man på bästa sätt kan göra inkluderande och icke-normativa frågor om könsidentitet i enkäter.

Avseende frågan ”Är du man eller kvinna?” var enkätens tredje alternativ för kön utöver man och kvinna ”jag vill inte kategorisera mig”. Alternativet är inte heltäckande och troliga anledningar till att de svarande valt alternativet kan vara: att de uppfattar sig varken som kvinna eller man (icke-binär), att de uppfattar sig som kvinna eller man men upplever att kroppen inte stämmer överens med könsidentiteten (transerfarenhet), att de inte vill kategorisera sig som kvinna eller man av principiella eller andra skäl även om de identifierar sig som kvinna eller man, att de inte förstått frågan eller inte uppfattat frågan på det sätt som frågeställaren avsett. Utöver det finns ett möjligt metodproblem, eftersom gruppen som inte vill kategorisera sig utifrån kön inte finns med i SCB:s register och inga design- och kalibreringsvikterna anpassats efter dem.

Sammantaget ansågs metodproblemet som hanterbart och övervägandet att exkludera svarsgruppen från studien uteslöt. Ur ett icke diskrimineringsperspektiv var det viktigt att tillhandahålla ett svarsalternativ utöver

man och kvinna, samt att presentera gruppens resultat i rapporten. Eftersom gruppen är relativt liten presenteras de inte avseende alla variabler och heller inte uppdelat på ålder i tabeller utan i löpande text men med utskrivet konfidensintervall i anslutning.

Etiska överväganden

Innan uppdragets start säkerställdes att ämnesområdet inte stred mot SCBs etiska riktlinjer. Eftersom enkäten innehöll frågor om suicidtankar, suicidförsök och sexuella övergrepp ställde SCB som krav att föräldrar till barn under 18 år skulle få ett eget förbrev med en beskrivning av studien och dess bakgrund och syfte. Brevet kallades målsmansbrev och skulle innehålla en kontaktperson på Folkhälsomyndigheten som kunde besvara eventuella frågor. Dessutom skulle både målsmansbrevet och förbrevet till de svarande innehålla skriftlig information med vidarehänvisningar till institutioner och organisationer som kunde ge svar på frågor eller ge råd och vägledning inom de områden som togs upp i enkäten. Detta säkerställdes och en särskild kontakt togs med Nationella hjälplinjen, som är en del av 1177 Vårdguiden. Enkäten och dess studiedesign prövades och godkändes av den regionala etikprövningsnämnden i Stockholm 9 april 2015 (dnr 2015/5:4).

KAPITEL 5

Bakgrundsvariabler



5. Bakgrundsvariabler

Kapitlet behandlar resultat för bakgrundsvariabler som ålder, kön, utbildning, ekonomi och födelseland/region.

Huvudsakliga resultat

- Analyserna baseras på 50 procent killar, 49 procent tjejer och 1 procent som inte ville kategorisera sig utifrån kön.
- Totalt var 1 procent transpersoner. Gruppen transpersoner överlappar ibland, men inte alltid, med gruppen som inte ville kategorisera sig utifrån kön.
- En tiondel av de svarande var utrikes födda.
- Det fanns en tendens att tjejer hade något lägre inkomst än killar.

Ålder, kön och könsidentitet

Frågan om kön hade följande tre svarsalternativ: *kvinna*, *man* och *jag vill inte kategorisera mig*.¹⁰ I den här rapporten används fortsättningsvis benämningen tjejer och killar i stället för kvinnor och män. Vid en jämförelse av registerdata och enkätsvar framkom att det fanns en tendens att något fler personer med det juridiska könet tjejer än killar, angav att de inte ville kategorisera sig utifrån kön. Analyserna i rapporten baseras därför på 50 procent killar, 49 procent tjejer och 1 procent som inte ville kategorisera sig utifrån kön¹¹.

Andelen personer som inte ville kategorisera sig utifrån kön inom de olika åldersgrupperna var i följande ordning: bland 16–19-åringar 0,4 procent, bland 20–24-åringar 0,5 procent, och bland 25–29-åringar 0,2 procent. För resultattabell utifrån ålder, kön och könsidentitet, se bilaga 1.

10. Läs mer om hur svaren för gruppen hanterats i kapitel 4 Metod.

11. Med utgångspunkt i studiens design har design- och kalibreringsvikter använts för att korrigera så att tjejer och killar får en representativ andel i analysarbetet.

Läs mer i kapitel 4 Metod.

Transerfarenhet

1 procent av de unga ansåg att de är eller hade varit transperson.¹² Bland personer som inte ville kategorisera sig utifrån kön var andelen 38 procent (KI: 26,7–50,1). Gruppen transpersoner överlappar ibland, men inte alltid, med gruppen som inte ville kategorisera sig utifrån kön. Bland killar och tjejer var andelen transpersoner mindre än 1 procent.

Utbildning

Totalt hade de unga följande utbildningsbakgrund: 45 procent hade en avslutad 3–4-årig gymnasie- eller yrkesskoleutbildning, 25 procent hade bara grundskola, 14 procent hade en avslutad universitets- eller högskoleutbildning på 3 år eller längre. Därefter hade 7 procent avslutat en folkhögskoleutbildning eller kvalificerad yrkesutbildning och 5 procent hade avslutat en universitets- eller högskoleutbildning som var kortare än 3 år. 3 procent hade 2-årigt gymnasium eller yrkesskola som högsta avslutade utbildning.

Bland 25–29-åringarna fanns en tendens att en högre andel tjejer (33 procent) än killar (28 procent) hade en universitetsutbildning på 3 år eller längre. Bland personer som inte ville kategorisera sig utifrån kön i åldern 25–29-år var det 23 procent (KI: 0–47) som hade en universitetsutbildning på 3 år eller längre.

Utrikes födda

Bland de svarande var 90 procent födda i Sverige och 10 procent utrikes födda. De vanligaste födelseregionerna för de utrikesfödda var i följande ordning: Asien, Europa utom Norden, Sydamerika, Afrika, Norden utom Sverige, Nordamerika och övriga världen.

12. Transperson är ett samlingsbegrepp som brukar användas för att beskriva personer vars könsidentitet eller könsuttryck tidvis eller alltid skiljer sig från normen för det juridiska kön som registrerades för dem vid födseln.

Ekonomisk situation

80 procent ansåg att deras ekonomi var ganska eller mycket god. Det fanns en tendens att en högre andel tjejer (16 procent) än killar (15 procent) ansåg att de hade dålig ekonomi.¹³ Bland personer som inte ville kategorisera sig utifrån kön ansåg 12 procent (KI: 4–20,6) att de hade dålig ekonomi.

Boende

De vanligaste boendesituationerna var i följande ordning: med föräldrar eller syskon (42 procent), make/maka/sambo eller partner (35 procent), ingen (18 procent), barn (7 procent), andra vuxna (5 procent), kollektiv eller studentkorridor (4 procent).

En högre andel killar (20 procent) än tjejer (15 procent) bodde själva, medan en högre andel tjejer (42 procent) än killar (29 procent) bodde med en make/maka/sambo eller partner. Likaså bodde en högre andel tjejer (10 procent) jämfört med killar (5 procent) med barn.

Bland 25–29-åringarna var det dubbelt så vanligt att killar (12 procent) jämfört med tjejer (6 procent) bodde med föräldrar/syskon.

13. Dålig ekonomi inbegriper de som angett alternativen ”inte särskilt god ekonomi” och ”inte alls god ekonomi”.

KAPITEL 6

Hälsa, relationer och socialt stöd



6. Hälsa, relationer och socialt stöd

Kapitlet behandlar ungas upplevelser och erfarenheter av generell hälsa, nära relationer, socialt stöd, psykisk hälsa, självkänsla, suicid samt självupplevd kränkning och diskriminering.

Huvudsakliga resultat

- Totalt ansåg 80 procent att de hade en bra eller mycket bra hälsa. En högre andel killar (82 procent) än tjejer (77 procent) uppgav detta.
- En högre andel tjejer (88 procent) än killar (81 procent) ansåg att de har någon de kan tala med om sina innersta tankar och känslor. Bland personer som inte ville kategorisera sig utifrån kön utgjorde motsvarande andel 78 procent (KI: 67,7–87,7).
- Bland 16–19-åringarna kände sig en högre andel killar (65 procent) än tjejer (57 procent) glada när de tänkte på sin framtid.
- Totalt ansåg 22 procent att de under de senaste 12 månaderna upplevt att de blivit behandlade eller bemötta på ett sätt så att de känt sig diskriminerade eller kränkta. En högre andel tjejer (29 procent) än killar (15 procent) uppgav att de upplevt någon form av diskriminering. Bland personer som inte ville kategorisera sig utifrån kön var andelen 51 procent (KI: 39,4–63,4).
- Totalt hade 6 procent varit utsatta för fysiskt våld under de senaste 12 månaderna.

Hälsa

Totalt ansåg 80 procent att de hade en bra eller mycket bra hälsa. En högre andel killar (82 procent) än tjejer (77 procent) uppgav att de hade bra eller mycket bra hälsa. Bland personer som inte ville kategorisera sig utifrån kön var motsvarande andel 56 procent (KI:44,3–67,9). Högst andel (85 procent) som mådde bra eller mycket bra fanns bland killar i åldern 16–19 år, och

högst andel (5 procent) som mådde dåligt eller mycket dåligt fanns bland tjejer i åldern 16–19 år.

Nedstämdhet

Totalt svarade 10 procent att de känt sig nere i stort sett varje dag under de senaste 6 månaderna. Andelen var högre bland tjejer (13 procent) än killar (9 procent). Bland personer som inte ville kategorisera sig utifrån kön var motsvarande andel 26 procent (KI: 16,1–35,1).

Läkemedelsanvändning av ej ordinerade läkemedel

Totalt hade 21 procent någon gång utan läkares ordination använt receptbelagda läkemedel, som smärtstillande, lugnande eller sömnmedel. Andelen var högre bland tjejer (23 procent) än killar (18 procent). Bland personer som inte ville kategorisera sig utifrån kön var motsvarande andel 32 procent (KI: 20,2–43,1).

Nära relationer

84 procent ansåg att de hade någon de kunde prata med om sina innersta känslor. Andelen var högre bland tjejer (88 procent) än killar (81 procent). Bland personer som inte ville kategorisera sig utifrån kön var motsvarande andel 78 procent (KI: 67,7–87,7).

Socialt stöd

Totalt ansåg 66 procent att de alltid kunde få hjälp och råd om de hade praktiska problem eller var sjuka. Andelen var högre bland tjejer (68 procent) än killar (65 procent). Bland personer som inte ville kategorisera sig utifrån kön var andelen 58 procent (KI: 46,1–69,5).

Nöjd med sig själv

65 procent ansåg att de i stort sett var nöjda med sig själva. Andelen var högre bland killar (71 procent) än tjejer (58 procent). Bland personer som inte ville kategorisera sig utifrån kön var motsvarande andel 41 procent (KI: 29,2–53,2).

Lika bra som andra

Totalt ansåg 79 procent att de gjorde saker lika bra som de flesta andra. Andelen var högre bland killar (82 procent) än tjejer (76 procent). Bland personer som inte ville kategorisera sig utifrån kön ansåg 66 procent (KI: 54,7–76,5) att de gjorde saker lika bra som andra.

Framtidstro

62 procent ansåg att de kände sig glada när de tänkte på sin framtid. Lika andelar tjejer som killar (62 procent) kände framtidstro. Bland personer som inte ville kategorisera sig utifrån kön angav totalt 37 procent (KI: 24,9–48,7) att de kände sig glada när de tänkte på sin framtid. Bland 16–19-åringarna kände en högre andel killar (65 procent) än tjejer (57 procent) sig glada när de tänkte på sin framtid. Bland 25–29-åringarna var andelen som kände sig glada när de tänkte på sin framtid högst bland tjejer (65 procent).

Känsla av kontroll

Totalt ansåg 66 procent att de kände att de hade kontroll över sitt liv. Andelen var högre bland killar (70 procent) än tjejer (63 procent). Bland personer som inte ville kategorisera sig utifrån kön var andelen 41 procent (KI: 28,9–53,3).

Självupplevd diskriminering eller kränkning

22 procent upplevde att de under de senaste 12 månaderna upplevt att de blivit behandlade eller bemötta på ett sätt så att de känt sig diskriminerade eller kränkta. Bland personer som inte ville kategorisera sig utifrån kön var andelen 51 procent (KI: 39,4–63,4). En högre andel tjejer (29 procent) än killar (15 procent) uppgav att de upplevt någon form av diskriminering.

Den vanligaste orsaken till självupplevd diskriminering eller kränkning, utifrån diskrimineringsgrunderna, var i följande ordning: kön (41 procent), ålder (26 procent), etnicitet (21 procent), sexuell läggning (10 procent), funktionsnedsättning (9 procent), religion (8 procent), könsidentitet/köns-

uttryck (7 procent) och annat¹⁴ (28 procent). Det vanligaste alternativet under svarsalternativet "annat" var utseende och vikt (n=64).

Bland tjejer var den vanligaste orsaken till kränkning och självupplevd diskriminering *kön* (51 procent) medan det för killar var *etnisk tillhörighet* (33 procent). Bland personer som inte ville kategorisera sig utifrån kön var den vanligaste orsaken till kränkning och självupplevd diskriminering *kön* 65 procent (KI: 49,4–80,6), följt av *sexuell läggning* (58 procent) (KI: 41,8–74,8) och därefter *könsidentitet/könsuttryck* (52 procent) (KI: 36–69,2).

Den tre vanligaste arenorna där unga upplevt diskriminering eller kränkning var i följande ordning: skolan eller arbetet (56 procent), allmän plats (29 procent) samt internet och sociala medier (20 procent). Bland personer som inte ville kategorisera sig utifrån kön var erfarenheten av kränkning och diskriminering inom olika samhällsarenor följande: skolan/arbetet 73 procent (KI: 59–86,4) allmän plats 60 procent (KI: 44,8–76) och sociala medier 48 procent (KI: 31,1–63,8).

Fysiskt våld

Totalt hade 6 procent varit utsatta för fysiskt våld under de senaste 12 månaderna. Av dem var andelen tjejer (5 procent) ungefär lika stor som andelen killar (7 procent). Bland personer som inte ville kategorisera sig utifrån kön hade 10 procent (KI 3,7–15,8) varit utsatta för våld under de senaste 12 månaderna.

Den vanligaste platsen för fysiskt våld var i följande ordning: allmän plats/nöjesställe (41 procent), i hemmet av min familj eller släkt (22 procent), skolan eller arbetet (21 procent), i annans bostad/i bostadsområdet (10 procent) samt på eller i anslutning till allmänna kommunikationer (8 procent).

Drygt en femtedel av både tjejerna (23 procent) och killarna (21 procent) angav att våldet skedde i skolan eller på arbetet. Bland personer som inte ville kategorisera sig utifrån kön var andelen med erfarenhet av våld i skolan eller på arbetet 34 procent (KI: 2,4–64,2).

Inom gruppen som utsatts för våld angav en högre andel tjejer (35 procent) än killar (11 procent) att våldet hade skett i hemmet, medan en högre andel killar (50 procent) än tjejer (27 procent) angav att våldet skedde på all-

14. Svarsalternativet "annat" utgör inte en diskrimineringsgrund men fanns som ett alternativ i enkäten.

män plats/nöjesställe. Bland personer som inte ville kategorisera sig utifrån kön var andelen med erfarenhet av våld i hemmet 49 procent (KI: 17–81,2) och andelen som varit utsatta för våld på allmän plats/nöjesställe 56 procent (KI: 24,8–87,8).

Suicid

Totalt hade 36 procent någon gång tänkt på att ta sitt liv¹⁵. En högre andel tjejer (41 procent) än killar (30 procent) hade någon gång tänkt på att ta sitt liv. Bland personer som inte ville kategorisera sig utifrån kön var motsvarande andel 65 procent (KI: 53,4–77,4).

Totalt rapporterade 10 procent att de någon gång försökt ta sitt liv. Bland dem som försökt ta sitt liv under de senaste 12 månaderna var andelen tjejer (5 procent) ungefär lika stor som andelen killar (4 procent). Bland personer som inte ville kategorisera sig utifrån kön var motsvarande andel 9 procent (KI: 1,8–16,7).

15. Enkätfrågan var allmänt formulerad kring om man någon gång *tänkt ta sitt liv* och skiljer sig från exempelvis formuleringen i nationella folkhälsoenkäten där man efterfrågat om man någon gång *allvarligt övervägt* att ta sitt liv.

KAPITEL 7

Sexualitet



7. Sexualitet

Kapitlet presenterar resultat kring frågor om debutålder, antal partner, att bestämma jämlikt, nöjdhet och välbefinnande, sex mot sin vilja samt sex mot ersättning.

Huvudsakliga resultat

- Totalt ansåg 56 procent att de var ganska eller mycket nöjda med sitt nuvarande sexliv.
- 95 procent ansåg att de vid senaste sextillfället hade sex på en trygg plats där de kände sig säkra.
- Åtta av tio ansåg att det är viktigt att kunna prata om sex med sin partner. En högre andel tjejer (84 procent) än killar (77 procent) ansåg det.
- Totalt definierade unga sin sexuella identitet enligt följande: heterosexuell (83 procent), brukar inte kategorisera mig sexuellt (5 procent), bisexuell (5 procent), vet ej (3 procent), homosexuell (2 procent), annat (1 procent).
- Totalt angav 40 procent att de hade erfarenhet av en sexuell handling mot sin vilja. Andelen var högre bland tjejer (54 procent) än killar (27 procent). Bland personer som inte ville kategorisera sig utifrån kön var andelen 53 procent (KI: 41–65,8).
- Andelen unga med erfarenhet av sex mot ersättning var lika stor bland tjejer och killar (3 procent), men en högre andel killar (5 procent) än tjejer hade gett ersättning för sex (1 procent). Ungefär lika stora andelar tjejer (3 procent) och killar (2 procent) hade erfarenhet av att ha *fått* ersättning för sex.

Andel som har haft sex

Totalt hade 81 procent haft sex någon gång. En högre andel tjejer (86 procent) än killar (76 procent) hade debuterat sexuellt. Bland personer som inte ville kategorisera sig utifrån kön var andelen som debuterat sexuellt 67 procent (KI: 55,7–78,1).

Ålder för sexdebut

Medelåldern och medianåldern för sexuell debut med en partner var 16 år. Tjejer debuterade i medeltal vid 16,1 års ålder och killar vid 16,6 år. Bland personer som inte ville kategorisera sig utifrån kön var medelåldern 15,7 år (KI: 15–16,4) och medianen 15 år.

Nöjd med sexlivet

Totalt ansåg 56 procent att de var ganska eller mycket nöjda med sitt nuvarande sexliv. Frågan ställdes till alla i studien oavsett om de debuterat sexuellt med en partner eller inte. En högre andel tjejer (32 procent) än killar (26 procent) var mycket nöjda med sitt sexliv. Bland personer som inte ville kategorisera sig utifrån kön var 24 procent (KI 14,2–34,2) mycket nöjda. I alla åldersgrupper finns en tendens att en högre andel killar än tjejer var ganska eller mycket missnöjda med sitt nuvarande sexliv. I tabell 1 visas hur nöjda tjejer och killar är med sitt nuvarande sexliv.

Tabell 1. Nöjd med sexlivet
Hur nöjd är du med ditt nuvarande sexliv. Fråga 21.

Ålder och kön	Mycket nöjd Andel (95 % KI)	Ganska nöjd Andel (95 % KI)	Varken nöjd eller missnöjd Andel (95 % KI)	Ganska miss- nöjd Andel (95 % KI)	Mycket missnöjd Andel (95 % KI)
Tjejer 16–29 år	31,8 (30,2–33,5)	29,2 (27,7–30,7)	28,1 (26,6–29,5)	7,5 (6,6–8,3)	3,5 (2,8–4,1)
Killar 16–29 år	25,6 (23,8–27,4)	25,9 (24,1–27,7)	31,2 (29,4–33,1)	11 (9,8–12,3)	6,3 (5,2–7,3)

Att kunna prata om sex

80 procent ansåg att det är viktigt att kunna prata om sex med sin partner. Andelen var högre bland tjejer (84 procent) än killar (77 procent). Frågan ställdes till alla i studien oavsett om de debuterat sexuellt med en partner eller inte. Bland personer som inte ville kategorisera sig utifrån kön tyckte 80 procent (KI: 70,6–88,8) att det var viktigt att kunna prata om sex med sin partner. Högst andel (28 procent) som uppger alternativet *ingen åsikt/vet inte* fanns bland de yngsta killarna i åldern 16–19 år.

Att bestämma lika mycket om sex

78 procent ansåg att det är viktigt att båda parter bestämmer lika mycket när det gäller hur och var man ska ha sex. Andelen var högre bland tjejer (83 procent) än killar (74 procent). Frågan ställdes till alla i studien oavsett om de debuterat sexuellt med en partner eller inte. Bland personer som inte ville kategorisera sig utifrån kön tyckte 80 procent (KI: 70,4–89,2) att det är viktigt att man bestämmer lika mycket om hur och var man har sex. Andelen som tyckte det var högst bland tjejer i åldern 25–29 år (85 procent) och lägst bland killar i åldern 20–24 år (74 procent). Högst andel (25 procent) som uppgav alternativet *ingen åsikt/vet inte* fanns bland de yngsta killarna i åldern 16–19 år.

Trygg och säker plats vid senaste sextillfället

Totalt rapporterade 95 procent av alla att de vid senaste sextillfället hade sex på en trygg plats där de kände sig säkra. Andelen bland tjejer var 96 procent och bland killar 95 procent. Bland personer som inte ville kategorisera sig utifrån kön var andelen som haft sex på en trygg och säker plats 85 procent (74,1–96,2). Högst andel (4 procent) som inte kände sig säkra och trygga vid senaste sextillfället fanns bland killar i åldern 20–24 år.

Sex på ett sätt som jag själv ville

90 procent tyckte att de hade sex på ett sådant sätt som de själva ville vid senaste sextillfället. Andelen var högre bland tjejer (92 procent) än killar (89 procent). Bland personer som inte ville kategorisera sig utifrån kön var motsvarande andel 82 procent (KI: 71,3–94). Högst andel (93 procent) fanns bland tjejer i åldern 25–29 år och lägst andel (87 procent) fanns bland killar i åldern 20–24 år.

Sexuella handlingar

Bland dem som debuterat med en partner var de vanligaste sexuella handlingarna vid det senaste sextillfället: vaginalt samlag (91 procent), smeksex (63 procent), oralsex (oralsex 57 procent), användning av sexleksaker (9 procent), analt samlag (6 procent) och online sex (1 procent). Vaginalt samlag var den vanligaste sexuella handlingen bland både tjejer (92 procent) och

killar (91 procent). Bland personer som inte ville kategorisera sig utifrån kön hade 74 procent (KI: 60,9–86,9) vaginalt samlag vid det senaste sextillfället.

En högre andel killar (7 procent) än tjejer (5 procent) hade haft analsex vid senaste sextillfället. Bland personer som inte ville kategorisera sig utifrån kön var andelen 9 procent (KI 1,1–17,2). En högre andel killar (60 procent) än tjejer (54 procent) hade också haft oralsex vid senaste sextillfället. Bland personer som inte ville kategorisera sig utifrån kön var motsvarande andel 68 procent (KI: 53,6–82,6). Det fanns också en tendens att en högre andel killar och personer som inte ville kategorisera sig utifrån kön hade haft online-sex. Det vanligaste öppna svaret om sexuella handlingar var att man använt glidmedel (n=14) följt av BDSM (n=10)¹⁶.

Sexuell identitet

Totalt definierade unga sin sexuella identitet enligt följande¹⁷: *heterosexuell* (83 procent), *brukar inte kategorisera mig sexuellt* (5 procent), *bisexuell* (5 procent), *vet ej* (3 procent), *homosexuell* (2 procent), *annat* (1 procent). Frågan ställdes till alla i studien oavsett om de debuterat sexuellt med en partner eller inte. I tabell 2 redovisas svaren per ålder och kön.

Lika stora andelar tjejer och killar (2 procent) betraktade sig som homosexuella. Bland personer som inte ville kategorisera sig utifrån kön var andelen homosexuella 3 procent (KI: 0–6,1). En högre andel tjejer (7 procent) än killar (3 procent) betraktade sig som bisexuella. Bland personer som inte ville kategorisera sig utifrån kön var andelen bisexuella 68 procent (KI: 10,7–30,3).

En högre andel killar (87 procent) än tjejer (80 procent) betraktade sig som heterosexuella. Bland personer som inte ville kategorisera sig utifrån kön var andelen heterosexuella 26 procent (KI: 15,2–37,3).

När det gäller frågan om sexuell identitet hade de svarande lämnat ett stort antal beskrivningar i de öppna svarsfältet. Den vanligaste beskrivningen som nämndes var pansexuell (n=36), vilket innebär att en person kan

16. BDSM är en förkortning av en grupp erotiska och sexuella tekniker som utgår från begreppen *Bondage*, *Disciplin*, *Sadism* och *Masochism* (BDSM). I BDSM bestämmer deltagarna i förväg särskilda regler som garanterar att de är helt överens om omständigheterna samt att BDSM genomförs av fri vilja för de inblandade i syfte att uppnå gemensam njutning.

17. På grund av att rapportens totaler inte innehåller decimaler uppgår inte summan till 100 procent.

bli sexuellt attraherad av personer/personligheter oavsett könstillhörighet. Pansexualitet ses ibland som en form av bisexualitet eller en queer livsstil. Andra sexuella identiteter som angavs var exempelvis gray-asexual, omni-sexuell, metrosexuell, bicurious och heteroasexuell.

Tabell 2. Sexuell identitet
Betraktar du idag som:... Påstående i fråga 20.

Ålder och kön	Bisexuell % (95 % KI)	Homosexuell % (95 % KI)	Jag brukar inte katego- risera mig sexuellt % (95 % KI)	Heterosexuell % (95 % KI)	Annat % (95 % KI)
16-19 år - tjejer	7,7 (6,2-9,2)	1,3 (0,7-1,9)	5,1 (3,9-6,4)	77,8 (75,4-80,1)	2,4 (1,5-3,2)
16-19 år - killar	2,8 (1,7-3,8)	2 (1,1-2,9)	3,8 (2,5-5,1)	87,5 (85,3-89,7)	1,2 (0,5-1,9)
20-24 år - tjejer	8,2 (6,6-9,8)	2,9 (2-3,9)	6 (4,7-7,4)	78,2 (75,8-80,6)	1 (0,4-1,7)
20-24 år - killar	4,7 (3,1-6,2)	2,2 (1,2-3,3)	5,8 (3,9-7,6)	84,4 (81,6-87,1)	1 (0,2-1,8)
25-29 år - tjejer	6,5 (5-7,9)	1,2 (0,6-1,9)	6 (4,5-7,5)	83,2 (80,8-85,5)	0,8 (0,3-1,3)
25-29 år - killar	1,6 (0,7-2,4)	1,9 (1-2,8)	4,1 (2,5-5,6)	88,6 (86,1-91)	0,4 (0-0,7)

Partner vid senaste sextillfället

Över 95 procent bland tjejer och killar i alla åldersgrupper hade vid senaste sextillfället, sex med någon av motsatt kön. 3 procent av killarna och 2 procent av tjejerna hade samkönat sex vid senaste sextillfället. Bland personer som inte ville kategorisera sig utifrån kön var det vanligast att den senaste sexpartner var en kille (52 procent) (KI: 37,5-67). Högst andelar som hade haft samkönat sex fanns bland killar i åldern 20-24 år (4 procent) följt av killar i åldern 16-19 (2 procent). 1 procent av killarna och 0,3 procent av tjejerna hade sex med fler än en person vid senaste sextillfället.

Antal partner under det senaste året

Bland dem som debuterat sexuellt var medeltalet antalet partner under de senaste 12 månaderna 2 och medianen var 1. 51 procent av de som hade debuterat sexuellt med en partner hade endast haft 1 partner under de senaste 12 månaderna. 26 procent hade inte haft någon partner alls under det senaste året.

En högre andel tjejer (57 procent) än killar (45 procent) hade haft 1 partner under de senaste 12 månaderna. Bland personer som inte ville kategorisera sig utifrån kön hade 40 procent (KI: 28,4-52,2) haft 1 partner under det senaste 12 månaderna.

En högre andel killar (33 procent) än tjejer (19 procent) hade inte haft någon partner alls under de senaste 12 månaderna. Bland personer som inte vill kategorisera sig utifrån kön hade 45 procent (KI: 32,4–56,3) inte haft någon partner under det senaste året.

Totalt hade 2 procent haft 10 eller fler sexpartner de senaste 12 månaderna. Det var ungefär lika stora andelar tjejer (2 procent) som killar (3 procent) som haft 10 sexpartner eller fler under de senaste 12 månaderna. Bland personer som inte ville kategorisera sig utifrån kön hade 3 procent (KI: 0–7) 10 partner eller fler. Tabell 3 visar fördelningen av antalet partner per åldersgrupp.

Tabell 3. Antal partner senaste året
Hur många personer har du haft sex med de senaste 12 månaderna?
Gör en uppskattning om du är osäker. Fråga 28.

Antal partner senaste året (12 månaderna)	16–19 år % (95 % KI)	20–24 år % (95 % KI)	25–29 år % (95 % KI)
Inga	54,6 (52,5–56,8)	22,5 (20,5–24,4)	10,9 (9,4–12,5)
1 partner	25,5 (23,7–27,4)	49,9 (47,6–52,1)	67,5 (65,3–69,7)
2 partner	9,3 (8–10,5)	10,4 (9–11,7)	8,5 (7,2–9,8)
3 partner	4,2 (3,4–5,1)	6,6 (5,5–7,7)	4,5 (3,6–5,5)
4 partner	2,9 (2,1–3,6)	3,7 (2,8–4,5)	3,7 (2,8–4,6)
5 partner	1,5 (1–2)	3,3 (2,5–4,1)	2,5 (1,8–3,2)
6–10 partner	0,9 (0,5–1,3)	0,4 (0,2–0,7)	0 (0–0,1)
10 eller fler partner	1,1 (0,6–1,6)	3,2 (2,4–4)	2,3 (1,6–3)

Oskyddat sex¹⁸

Totalt hade unga haft oskyddat vaginalt eller analt samlag med i medeltal 1 sexpartner under de senaste 12 månaderna (median 1).

En högre andel tjejer (48 procent) än killar (39 procent) uppgav att de hade haft oskyddat vaginalt eller analt samlag med 1 partner under de senaste 12 månaderna. Bland personer som inte ville kategorisera sig utifrån kön var andelen 40 procent (KI: 42,4–67,3).

18. I UngKAB15 inkluderades en fråga om 15 sexuella handlingar som kan överföra hiv eller andra sexuellt överförda infektioner (STI) och medföra graviditet. De mest riskfyllda handlingarna är oskyddade anala och vaginala samlag. Risk för överföring av STI finns också vid oralsex/munsex. I UngKAB15 efterfrågades bara erfarenheterna av oskyddade vaginala och anala samlag. Totalt sett beräknas ändå frågan kunna tillföra viktig information och redovisas därför.

Likaså hade en högre andel tjejer (3 procent) än killar (2 procent) oskyddat vaginalt eller analt samlag med 6–10 partner under de senaste 12 månaderna. Lika andelar tjejer och killar (1 procent) hade 10 eller fler partner. Bland personer som inte ville kategorisera sig utifrån kön hade 0 procent (KI: 0) haft oskyddade vaginala eller anala samlag med 6–10 partner, och 0 procent (KI: 0) hade haft oskyddade vaginala eller anala samlag med 10 partner eller fler under de senaste 12 månaderna.

Den åldersgrupp med högst andel oskyddade sexuella kontakter var 20–24-åringarna, där 4 procent hade 6–10 partner med vilka de hade oskyddade vaginala eller anala samlag under de senaste 12 månaderna (tabell 4).

Tabell 4. Antal sexpartner med vilka man haft oskyddat sex. Hur många sexpartner har du haft oskyddat analt eller vaginalt samlag med de senaste 12 månaderna? Gör en uppskattning om du är osäker. Fråga 49.

Antal oskyddade kontakter de senaste 12 månaderna)	16–19 år % (95 % KI)	20–24 år % (95 % KI)	25–29 år % (95 % KI)
Inga	64 (61,9–66,2)	36 (33,9–38,2)	24,8 (22,8–26,8)
1 partner	21,8 (19,9–23,6)	40,3 (38,2–42,5)	58,3 (56–60,5)
2 partner	5,8 (4,7–6,8)	8,9 (7,6–10,1)	7,3 (6–8,5)
3 partner	3,2 (2,4–4)	5,4 (4,3–6,4)	2,7 (2–3,4)
4 partner	1,7 (1,1–2,3)	2,4 (1,8–3,1)	2,8 (2–3,5)
5 partner	1,5 (1–2,1)	2 (1,4–2,6)	1,7 (1,1–2,3)
6–10 partner	1,5 (1–2,1)	3,7 (2,8–4,5)	1,7 (1,1–2,3)
10 eller fler partner	0,4 (0,1–0,8)	1,3 (0,7–1,8)	0,8 (0,4–1,2)

Alkohol och droger i samband med senaste sextillfället

19 procent hade använt alkohol i samband med senaste sextillfället. Bland övriga droger dominerade hasch, marijuana eller cannabis (2 procent), medan en mindre andel (0,6 procent) hade använt amfetamin, kokain eller annan nättdrog. Totalt hade (0,1 procent) injicerat droger.

En högre andel killar (22 procent) än tjejer (17 procent) hade druckit alkohol vid senaste sextillfället. Likaså hade en högre andel killar (3 procent) än tjejer (1 procent) använt hasch marijuana eller cannabis. När det gällde användning av övrig narkotika som exempelvis amfetamin, kokain, heroin eller andra nättdroger användes de av lika stora andelar killar som tjejer (1 procent) vid det senaste sextillfället. Likaså hade en lika stor andel bland både tjejer och killar injicerat droger i samband med senaste sextillfället (0,1 procent). Bland personer som inte vill kategorisera sig utifrån kön fanns en tendens

till lägre andelar som använt alkohol och droger jämfört med tjejer och killar, exempelvis hade 10 procent (KI: 1,6–18,1) använt alkohol och 2 procent (KI: 0–7) använt hasch eller marijuana samt att 0 procent använt nättdroger.

Sex mot ens vilja

Totalt svarade 40 procent att det någon gång hänt, att någon gjort en sexuell handling mot deras vilja. Andelen var högre bland tjejer (54 procent) än killar (27 procent). Bland personer som inte vill kategorisera sig utifrån kön var andelen 53 procent (KI: 41–65,8).

De vanligaste sexuella handlingarna mot ens vilja var i följande ordning: att någon rört ens kön eller bröst (29 procent), att någon blottat sig (16 procent), vaginalt samlag (13 procent), oralsex/munsex (11 procent), onanerat åt någon (8 procent), analt samlag (5 procent), att någon har lagt ut nakenbilder på en (2 procent) samt att själv men mot ens vilja lagt ut nakenbilder (2 procent). Tabell 5 visar andelarna uppdelat på kön.

Mer än dubbelt så hög andel tjejer (42 procent) jämfört med killar (16 procent) har varit med om att någon berört deras kön eller bröst mot deras vilja. Bland tjejer hade 18 procent erfarenhet av vaginalt samlag mot sin vilja. En högre andel tjejer (3 procent) än killar (1 procent) hade erfarenhet av att någon, mot deras vilja, lagt ut nakenbilder av dem på nätet.

Bland personer som inte ville kategorisera sig utifrån kön hade 40 procent (KI: 28,3–52,3) erfarenhet av beröring av kön eller bröst mot deras vilja, 17 procent (KI: 7,7–26,2) hade haft vaginalt samlag mot sin vilja och 5 procent (KI: 0,1–8,9) hade haft analt samlag mot sin vilja.

Tabell 5. Sex mot ens vilja
Har det mot din vilja hänt dig att: ... Fråga 47.

Vanligast rapporterade händelse mot ens vilja	Tjejer 16–29 år % (95 % KI)	Killar 16–29 år % (95 % KI)
1	Någon har berört ditt kön eller dina bröst 42,4 (40,8–44,1)	Någon har berört ditt kön eller dina bröst 16,2 (14,6–17,7)
2	Någon har blottat sig för dig 21,4 (20–22,8)	Någon har blottat sig för dig 10,1 (8,8–11,4)
3	Du har haft vaginalt samlag 18,4 (17–19,8)	Du har haft vaginalt samlag 7,4 (6,3–8,6)
4	Du har haft oralsex/munsex 13,6 (12,3–14,8)	Du har haft oralsex/munsex 7,2 (6,1–8,3)
5	Du har onanerat åt någon 10,4 (9,4–11,5)	Du har onanerat åt någon 5,9 (5–6,9)
6	Du har haft analt samlag 7,2 (6,3–8,2)	Du har haft analt samlag 2,4 (1,7–3,1)
7	Någon annan har lagt ut nakenbilder av dig på internet 2,8 (2,1–3,4)	Du har själv lagt ut nakenbilder 1,3 (0,8–1,8)
8	Du har själv lagt ut nakenbilder 2,1 (1,6–2,7)	Någon annan har lagt ut nakenbilder av dig på internet 1,2 (0,7–1,6)

Sex mot ersättning

Totalt 3 procent av de unga hade någon gång gett ersättning för sex. Andelen var högre bland killar (5 procent) än tjejer (1 procent). Högst andel (8 procent) som gett ersättning för sex fanns bland killar 25–29 år. Bland personer som inte vill kategorisera sig utifrån kön var andelen som gett ersättning 3 procent (KI: 0–7,1).

Andelen unga som *fått* ersättning för sex var 3 procent. Andelen bland tjejer var 3 procent och 2 procent bland killarna. Bland personer som inte ville kategorisera sig utifrån kön var andelen 5 procent (KI: 3 (0–7,1). I tabell 6 presenteras resultaten utifrån ålder och kön.

Tabell 6. Sex mot ersättning. Har du någon gång gett eller fått någon ersättning/betalat för en sexuell tjänst? Fråga 48a och b.

Ålder och kön % (95 % KI)	Gett ersättning för sex % (95 % KI)	Fått ersättning för sex % (95 % KI)
16–19 år - tjejer	1,2 (0,6–1,9)	2,4 (1,5–3,3)
16–19 år - killar	1,1 (0,4–1,8)	1,3 (0,6–2)
20–24 år - tjejer	0,7 (0,2–1,2)	2,8 (1,8–3,9)
20–24 år - killar	3,8 (2,4–5,2)	2,1 (1–3,2)
25–29 år - tjejer	0,4 (0,2–0,8)	3,4 (2,2–4,5)
25–29 år - killar	8,3 (6,3–10,3)	2,1 (1–3,2)

KAPITEL 8

Preventivmedel och preventivmetoder



8. Preventivmetoder och preventivmedel

Kapitlet presenterar ungas attityd, erfarenhet och eventuella hinder kring preventivmetoder och preventivmedel. Med preventivmetoder avses här kondom, vaginal-kondom (även kallat femidom), säkra perioder (tidigare kallat naturlig familjeplanering som idag kan stödjas av datorbaserad applikation) och avbrutet samlag. Med preventivmedel avses alla övriga som listats i enkäten.

Huvudsakliga resultat

- Totalt ansåg 89 procent att det är viktigt att skydda sig med preventivmedel om man inte vill bli gravid. Lika stor andel angav att det är viktigt att skydda sig mot en sexuellt överförd infektion om det behövs i en sexuell relation.
- Det skydd högst andel kunde tänka sig använda var kondom (88 procent), följt av p-piller (47 procent). Men det vanligaste skyddet som använts vid det senaste samlaget var hormonell metod¹⁹ (50 procent), följt av kondom under hela samlaget (25 procent).
- En högre andel killar (4 procent) än tjejer (1 procent) ville inte använda kondom, och angav att de blev irriterade om partnern föreslog det.
- En högre andel tjejer i åldern 16–19 år (80 procent) kunde tänka sig att använda något hormonellt preventivmedel jämfört med tjejer i åldern 25–29 år (50 procent).
- Högst andel (4 procent) som inte hade råd med sitt hormonella preventivmedel utgjordes av tjejer 16–19 år.

19. I enkäten omfattade alternativet hormonell metod: p-piller, minipiller, p-stav, p-ring, p-plåster, spiral.

Är det viktigt med preventivmedel och preventivmetoder?

Totalt ansåg 89 procent att det är viktigt att skydda sig med preventivmedel om man inte vill bli gravid. Frågan ställdes till alla i studien oavsett om de debuterat sexuellt med en partner eller inte. En högre andel tjejer (91 procent) än killar (86 procent) uppgav att graviditetsskydd är viktigt. Bland personer som inte ville kategorisera sig utifrån kön ansåg 81 procent (KI: 72,2–90,2) att detta var viktigt. Högst andel (13 procent) som inte visste om det är viktigt med graviditetsskydd i en sexuell relation fanns bland killar i åldern 16–19 år.

Totalt ansåg 89 procent att det är viktigt att skydda sig mot en sexuell överförd infektion om det behövs i en sexuell relation. Andelen var högre bland tjejer (92 procent) än killar (86 procent). Bland personer som inte ville kategorisera sig utifrån kön var andelen 88 procent (KI: 80,4–95,2). Även den här frågan ställdes till alla i studien oavsett om de debuterat sexuellt med en partner eller inte.

Tänkbara preventivmetoder och preventivmedel

Vid en rangordning av tänkbara preventivmedel och preventivmetoder kom kondom på första plats (88 procent) följt av p-piller (47 procent), minipiller (39 procent), så kallade ”säkra perioder” (38 procent), spiral (38 procent), p-stav (31 procent), p-ring (23 procent), p-plåster (21 procent), vaginal-kondom även kallat femidom (16 procent) och som sista alternativ pessar (13 procent).

Högst andel (80 procent) som kunde tänka sig att använda p-piller fanns bland tjejer i åldern 16–19 år, och högst andel (95 procent) som kunde tänka sig att använda kondom fanns bland killar i åldern 16–19 år. Bland personer som inte ville kategorisera sig utifrån kön angav 39 procent (KI: 58–61,7) att de kunde tänka sig att använda p-piller och 90 procent (KI: 82,8–97,4) att de kunde tänka sig att använda kondom.

Använda preventivmetoder och preventivmedel

De preventivmetoder och preventivmedel som faktiskt användes vid senaste sextillfället var hormonell metod (50 procent), kondom under hela samlaget (25 procent), avbrutet samlag (8 procent), kondom som sattes på strax före utlösning (4 procent), kopparspiral (4 procent) och säkra perioder (3 procent).

Totalt använde en liten grupp vaginal-kondom (0,3 procent) och pessar (0,1 procent). 8 procent använde inte något skydd, eftersom de hade sex på ett sådant sätt att de inte behövde skydd. Vidare angav 7 procent att de använde annat skydd än de alternativ som gavs i enkäten. De öppna svaren visade att det vanligaste skyddet som inte listats i enkäten men som används av de svarande var p-dator. En p-dator registrerar kroppstemperaturen och bygger på principen som säkra perioder, det vill säga att man undviker att ha samlag dagarna kring ägglossning.

En högre andel tjejer (53 procent) än killar (48 procent) svarade att de använt hormonell metod vid senaste sextillfället. Omvänt var det en högre andel killar (30 procent) än tjejer (20 procent) som svarade att de använde kondom vid senaste sextillfället. Bland tjejer utgjorde åldersgruppen 16–19-åringar den grupp som i högst uträkning (52 procent) använde hormonell metod vid senaste sextillfället. Bland killar utgjorde åldersgruppen 16–19-åringar den grupp som i högst uträkning (30 procent) använde kondom vid senaste sextillfället.

Attityd till kondom

De svarande angav följande attityd och inställning till kondom: *En sexpartner som föreslår kondom är ansvarfull och omtänksam* (69 procent), *Det är bra eftersom man inte behöver oroa sig efteråt* (51 procent), *Använder gärna kondom själv och tycker därför det är bra om en partner föreslår det* (46 procent). Frågan ställdes till alla i studien oavsett om de debuterat sexuellt med en partner eller inte.

En högre andel tjejer (73 procent) än killar (66 procent) tyckte att en partner som föreslår kondom är ansvarfull och omtänksam. Bland personer som inte ville kategorisera sig utifrån kön var motsvarande andel 68 procent (56,6–78,5). Lika stor andelar tjejer och killar (10 procent) ansåg att en partner som föreslår kondom, utgår från att någon av dem har en sexuellt överförd infektion. En högre andel killar (4 procent) än tjejer (1 procent)

vilde inte använda kondom och angav att de blir irriterade om partnern föreslår det. En högre andel killar (13 procent) än tjejer (9 procent) ansåg också att kondom inte behövdes om man kände partnern sedan tidigare.

Hur användes kondom vid senaste sextillfället?

Kondom är en preventivmetod som behöver användas på rätt sätt för att uppnå ett säkert skydd. Som redan nämnts uppger totalt en fjärdedel (25 procent) att de använde kondom under hela samlaget. Bland personer som inte ville kategorisera sig utifrån kön använde 33 procent (18,9–47,7) kondom under hela det senaste sextillfället.

När det gäller killars kondomanvändning (se tabell 7) vid senaste sextillfället fanns högst andel (40 procent) som använt kondom under hela sextillfället bland 16–19-åringarna.

Tabell 7. Hur kondom användes vid senaste sextillfället
Använde du/ni något av följande skydd eller preventivmedel vid senaste sextillfället?
Fråga 33.

Ålder och kön	Kondom under hela samlaget % (95 % KI)	Kondom strax före utlösning % (95 % KI)
16–19 år – killar	39,7 (34,6–44,9)	3,3 (1,3–5,3)
20–24 år – killar	33,5 (29,7–37,2)	3,7 (2,2–5,2)
25–29 år – killar	25,3 (22–28,6)	3,6 (2,1–5,1)

Orsaker till att inte använda hormonella preventivmedel

Tjejer som inte använt hormonella preventivmedel de senast 12 månaderna angav följande orsaker: *inte aktuellt* (40 procent), *vilde inte använda hormonella metoder* (25 procent), *orolig för biverkningar* (23 procent), *använder kondom istället* (18 procent), *vill bli gravid* (12 procent) *avrådd av sjukvården* (4 procent), *har inte råd* (3 procent), *har inte hunnit hämta ut receptet* (3 procent).

Högst andel (6 procent) som inte hunnit hämta ut sitt hormonella preventivmedel fanns bland 16–19-åringarna. Även högst andel (4 procent) som inte hade råd med sitt hormonella preventivmedel fanns bland 16–19-åringarna. Bland 25–29-åringar angav högst andel (25 procent) rädsla för biverkningar eller ovilja till hormoner (30 procent).

Vid genomgång av enkätens öppna svar framkom att de två vanligaste anledningarna till att tjejer inte hade använt hormonella preventivmedel de senast 12 månaderna var att de upplevt biverkningar (n= 60) eller varit gravid eller ammat (n= 48).

KAPITEL 9

Sexuellt överförda infektioner



9. Sexuellt överförda infektioner

Kapitlet behandlar ungas erfarenhet av att ha haft eller levt med en sexuellt överförd infektion, hiv eller hepatit. Kapitlet behandlar också erfarenhet av samtal i samband med testning.

Huvudsakliga resultat

- Totalt hade 11 procent haft klamydia. Klamydia var därmed den vanligaste sexuellt överförda infektionen bland unga.
- En högre andel tjejer (79 procent) än killar (63 procent) ansåg att det är viktigt att testa sig när man är i en sexuell relation.
- En högre andel tjejer (67 procent) än killar (40 procent) hade någon gång testat sig för en sexuellt överförd infektion, hiv eller hepatit. Bland 16–19-åringarna hade tre gånger så stor andel tjejer som killar testat sig för klamydia.
- Av de 53 procent som någon gång testat sig hade 49 procent haft ett samtal om risker och skydd vid det senaste testtillfället. En högre andel tjejer (51 procent) än killar (46 procent) hade ett sådant samtal. Dessutom uppgav en högre andel tjejer (60 procent) än killar (45 procent) också att samtalet motiverade dem att använda skydd.

Sexuellt överförda infektioner, hiv och hepatit

Den vanligaste sexuellt överförda infektionen som de unga rapporterar att de har eller har haft är klamydia (11 procent), kondylom (4 procent), könsherpes (2 procent), gonorré (0,4 procent), hepatit B (0,2 procent), hepatit C (0,2 procent) och syfilis (0,1 procent).

En högre andel tjejer (15 procent) än killar (7 procent) uppgav att de har eller hade haft klamydia. Bland personer som inte kategoriserade sig utifrån kön var andelen med klamydia 4 procent (KI: 0–8,6).

När det gäller gonorré fanns en tendens att en högre andel killar (1 procent) än tjejer (0 procent) hade eller hade haft gonorré. Men bland 25–29-åringarna fanns lika stor andel killar (1 procent) som tjejer (1 pro-

cent) som haft gonorré. Bland personer som inte kategoriserade sig utifrån kön var andelen med gonorré 0 procent. Vidare uppgav en högre andel tjejer (4 procent) än killar (1 procent) att de hade könsherpes.

Bland killar hade 0,2 procent haft syfilis, medan ingen av tjejerna eller personer som inte kategoriserade utifrån kön hade haft det (0 procent). Det fanns en tendens att killar hade högre andel hepatit B (0,4 procent) än tjejer (0,1 procent). När det gäller hepatit C var andelarna nästan lika stora mellan tjejer (0,1 procent) och killar (0,2 procent). Bland killar hade 0,1 procent hiv, medan det inte fanns någon som levde med hiv bland tjejer och personer som inte kategoriserade sig efter kön (0 procent). Tabell 8 redovisar de fyra vanligaste sexuellt överförda infektionerna uppdelat på ålder och kön.

Tabell 8. Klamydia, kondylom, könsherpes och gonorré.

Har du eller har du haft någon av följande infektioner? Fråga 50 a, b och d samt fråga 51b.

Ålder och kön	Klamydia % (95 % KI)	Kondylom % (95 % KI)	Könsherpes % (95 % KI)	Gonorré % (95 % KI)
16–19 år – tjejer	3,1 (2,1–4,2)	0,4 (0–0,7)	0,5 (0,1–0,9)	0,1 (0–0,2)
16–19 år – killar	0,8 (0,2–1,4)	0,2 (0–0,5)	0 (0–0)	0,3 (0–0,7)
20–24 år – tjejer	14,7 (12,7–16,8)	3,2 (2,2–4,2)	3,3 (2,4–4,3)	0 (0–0)
20–24 år – killar	6,8 (5–8,6)	1,6 (0,8–2,5)	0,5 (0–1,1)	0,4 (0–0,8)
25–29 år – tjejer	21,1 (18,6–23,5)	8,4 (6,8–10)	5,8 (4,3–7,2)	0,6 (0,1–1,1)
25–29 år – killar	11 (8,8–13,2)	5,1 (3,7–6,6)	1,3 (0,6–2)	0,7 (0,1–1,4)

Är det viktigt att testa sig?

71 procent ansåg att det är viktigt att testa sig när man är i en sexuell relation. Andelen var högre bland tjejer (79 procent) än killar (63 procent). En högre andel killar (13 procent) än tjejer (5 procent) ansåg att det inte var viktigt att testa sig. Den högsta andelen (14 procent) som inte ansåg att det är viktigt med testning finns bland killar i åldern 25–29 år. Det var också en högre andel killar (24 procent) än tjejer (15 procent) som inte visste eller hade någon åsikt. Frågan ställdes till alla i studien oavsett om de debuterat sexuellt med en partner eller inte.

Erfarenhet av testning

Totalt hade 53 procent någon gång testat sig²⁰ för en sexuellt överförd infektion, hiv eller hepatit. För alla sexuellt överförda infektioner, hiv och hepatit gällde att en högre andel tjejer (67 procent) än killar (40 procent) någon gång hade testat sig.

Det var vanligast att ha testat sig för klamydia (49 procent) följt av hiv (23 procent), gonorré (23 procent), kondylom (21 procent), könsherpès (20 procent), hepatit B (18 procent), hepatit C (18 procent) och syfilis (17 procent). Frågan ställdes till alla i studien oavsett om de debuterat sexuellt med en partner eller inte.

Skillnaden mellan tjejers och killars erfarenhet av testning för en sexuellt överförd infektion, hiv eller hepatit var störst när det gäller klamydia och hiv. Där har nästan dubbelt så stor andel tjejer testat sig jämfört med killar. 64 procent av tjejerna och 31 procent av killarna hade testat sig för klamydia, och 35 procent av tjejerna och 17 procent av killarna hade testat sig för hiv. Störst skillnad fanns i testningen för klamydia bland 16–19-åringar, där tre gånger så hög andel tjejer (28 procent) som killar (9 procent) hade testat sig.

Var testade man sig vid senaste testtillfället?

De sex vanligaste platserna där de svarande senast testade sig för en sexuellt överförd infektion, hiv eller hepatit var ungdomsmottagning (46 procent), vårdcentral eller husläkare (20 procent), barnmorskemottagning (13 procent), beställde test via internet (7 procent), venerolog, gynekolog, eller sex- och samlevnadsmottagning (7 procent) och infektionsklinik (7 procent). Som nämnts tidigare är det en betydligt högre andel tjejer som testat sig än killar. Av de som någon gång testat sig hade ungefär lika stora andelar tjejer (46 procent) och killar (45 procent) varit på en ungdomsmottagning vid det senaste testtillfället. Dubbelt så hög andel killar (30 procent) som tjejer (15 procent) testade sig på en vårdcentral eller hos en husläkare. 21 procent av tjejerna testade sig på en barnmorskemottagning. En högre andel killar (10 procent) än tjejer (6 procent) hade beställt ett test på internet, och en högre andel killar (3 procent) än tjejer (1 procent) hade testat sig på en infektions-

20. För vissa av dessa sexuellt överförda infektioner gäller undersökning och inte enbart testning. För enkelhetens skull används i rapporten begreppet testning.

linik. Lika stor andel tjejer som killar (7 procent) hade testat sig vid andra kliniker, som venerolog-, gynekolog-, eller sex- och samlevnadsmottagning.

Samtal om skydd

Totalt hade 49 procent av dem som testat sig för en sexuellt överförd infektion, hiv eller hepatit, ett samtal om skydd vid det senaste testtillfället. En högre andel tjejer (51 procent) än killar (46 procent) hade ett sådant samtal. Bland personer som inte ville kategorisera sig utifrån kön var andelen som haft ett samtal 32 procent (KI: 13,1–50,2). Högst andel (71 procent) som haft samtal fanns bland tjejer i åldern 16–19 år, och lägst andel (38 procent) fanns bland killar i åldern 25–29 år.

Upplevelse av samtalet

De flesta (81 procent) ansåg att de blev respektfullt bemötta vid det samtal de hade i samband med testning av en sexuellt överförd infektion, hiv eller hepatit. Det fanns ingen skillnad mellan tjejer och killar. Bland personer som inte ville kategorisera sig utifrån kön var det 61 procent (KI: 28,4–94,5) som upplevde sig respektfullt bemötta. Totalt ansåg drygt hälften (55 procent) att de blev motiverade att använda preventivmedel. Andelen var högre bland tjejer (60 procent) än killar (45 procent).

På frågan om samtalet hade förändrat beteendet uppgav 46 procent att de efter samtalet använder kondom eller annat preventivmedel. Andelen var högre bland tjejer (52 procent) än killar (34 procent). Totalt uppgav 19 procent att samtalet gjorde att de inte hade oskyddat sex, och även där var andelen högre bland tjejer (22 procent) än killar (14 procent).

Varför testar sig inte unga för sexuellt överförda infektioner eller hiv?

I syfte att utforska eventuella hinder kring testning ställdes ett antal frågor till dem som debuterat sexuellt men som inte testat sig. Frågan ställdes till alla som angett att de inte testat sig för någon sexuellt överförd infektion, eller hiv. De vanligaste orsakerna till varför de svarande inte testat sig var: *Jag har inte tänkt på det* (50 procent), *Jag har inte haft oskyddat sex* (46 procent), *Vet inte var jag kan testa mig* (7 procent), *Rädd att bli igenkänd av personalen eller andra besökare* (4 procent), *Litar inte på tystnadsplikten*

(3 procent), *Öppettiderna passar inte mig* (2 procent), *Svårt att ta mig till en mottagning* (2 procent) eller *Blev nekad ett test trots att jag ville* (1 procent).

En högre andel killar (52 procent) än tjejer (45 procent) svarade att anledningen till att de inte testat sig var att de inte tänkt på det. Resultaten visade också att 6 procent av tjejerna och 8 procent av killarna inte visste var de kunde testa sig.

KAPITEL 10

Oönskad graviditet och abort



10. Oönskad graviditet och abort

Kapitlet behandlar frågor om oönskad graviditet och abort samt de samtal som unga haft i samband med abort.

Huvudsakliga resultat

- Totalt hade 16 procent erfarenhet av att de själva eller deras partner genomgått en abort.
- Bland dem som uppgett att de själva eller deras partner genomgått en abort angav 58 procent att de själva eller deras partner haft ett samtal med en kurator, barnmorska eller läkare i samband med aborten.
- Av dem som haft ett samtal ansåg 27 procent att de blev motiverade att fundera på hur de skyddar sig i framtiden. En högre andel tjejer (42 procent) än killar (20 procent) hade bättre koll på hur de kunde använda graviditetsskydd efter samtalet.

Akut p-piller²¹ efter senaste samlaget

Totalt svarade 1 procent att de använt akut p-piller efter senaste sextillfället. Bland personer som inte ville kategorisera sig utifrån kön hade 4 procent (KI:0–9,2) använt akut p-piller efter senaste sextillfället. Bland tjejerna fanns högst andel (3 procent) bland 16–19-åringar.

Erfarenhet av abort

16 procent svarade att de själva eller deras partner genomgått en abort. Andelen tjejer (16 procent) var ungefär lika stor som andelen killar (15

21. Akut p-piller innehåller ett hormon som gör att ägglossningen uteblir eller skjuts fram. Akut p-piller avbryter alltså inte en graviditet och betraktas därför inte som abort.

procent). Bland personer som inte ville kategorisera sig utifrån kön hade 6 procent (KI:0–13,1) erfarenhet av abort. 5 procent av killarna visste inte om deras partner genomgått en abort.

Vilka mottagningar hade de unga kontakt med i samband med aborten?

De vanligaste mottagningarna unga haft kontakt med i samband med abort var kvinnoklinik vid ett sjukhus (40 procent), ungdomsmottagning (33 procent), barnmorskemottagning (31 procent), vårdcentral (13 procent), hälso-mottagning inom socialtjänst eller beroendevård (16 procent).

Samtal i samband med abort

Av de som genomgått en abort hade 58 procent haft ett samtal med en kurator, barnmorska eller läkare i samband med aborten. En högre andel tjejer (69 procent) än killar (46 procent) angav att de själva eller deras partner hade ett samtal. Bland 16–19-åringarna angav tre gånger så många tjejer (72 procent) som killar (24 procent) att de själva eller deras partner haft ett samtal i samband med aborten. En högre andel killar (26 procent) än tjejer (5 procent) angav att de inte visste om deras partner haft ett samtal i samband med aborten. Den högsta andelen killar (53 procent) som inte visste om de själva eller deras partner haft ett samtal fanns bland 16–19-åringarna.

Upplevelse av samtal i samband med abort

De som haft ett samtal angav följande: *Bättre koll på graviditetsskydd* (35 procent), *Jag började inte fundera på hur jag skyddar mig eller val av preventivmedel* (29 procent), *Jag funderar men det har inte påverkat mitt val av preventivmetod* (21 procent). En högre andel tjejer (42 procent) än killar (20 procent) ansåg att de efter samtalet hade bättre koll på hur de kunde använda graviditetsskydd.

46 procent ansåg att de upplevde sig respektfullt bemötta i samband med samtalet. Andelen var högre bland tjejer (63 procent) än killar (24 procent). 27 procent ansåg att de blev motiverade att fundera på hur de skyddar sig i framtiden. Andelen var högre bland tjejer (37 procent) än killar (15 procent).

KAPITEL 11

Ungas kunskaper och behov



11. Ungas kunskaper och behov

Kapitlet behandlar resultat kring kunskaper om klamydia och hiv, varifrån unga hämtar sin information och deras behov av hälsofrämjande insatser.

Huvudsakliga resultat

- Killar i alla åldersgrupper hade lägre kunskap om sexuellt överförda infektioner och hiv än tjejer och personer som inte ville kategorisera sig utifrån kön.
- Totalt hämtade majoriteten (70 procent) sin information om sexualitet, preventivmedel och könssjukdomar från internet. En högre andel tjejer (52 procent) än killar (36 procent) hämtade sin information från internet via kvalitetssäkrade sidor från hälso- och sjukvården, som 1177 Vårdguiden och UMO.
- 49 procent ansåg att skolan gett dem tillräckliga kunskaper för att ta hand om sin sexuella hälsa. Andelen var högre bland killar än tjejer. Bland personer som inte ville kategorisera sig utifrån kön ansåg 32 procent (KI:19,9–43,2) att skolan gett dem tillräckliga kunskaper.
- Skolan hade gett tillräckliga kunskaper om: hur man blir gravid (75 procent), kunskaper om kroppen (64 procent) och kunskap om kondomanvändning (62 procent). Skolan hade gett för lite kunskaper om: genus, relationer och jämställdhet (35 procent), hiv (31 procent) samt normer och HBT-perspektiv (25 procent).
- De tre främsta områden unga vill ha mer information om var hur man får en relation att fungera bra (30 procent), hur det är att leva med hiv idag (28 procent), hur man hittar någon att ha en relation med (21 procent). De två främsta områden där unga hade behov av hälsofrämjande och förbyggande insatser var billigare preventivmedel (46 procent) och gratis kondomer (41 procent).

Kunskaper

Baserat på en rad påståenden fick de unga markera vad de kände till om klamydia och hiv. Högst kännedom hade de unga om vad kondom skyddar mot, där 88 procent svarade att om man använder kondom varje gång man har sex minskar risken att få klamydia. Likaså ansåg 87 procent att om man använder kondom varje gång man har sex, minskar risken att hiv överförs.

En högre andel tjejer (80 procent) än killar (67 procent) hade kunskap om att det är viktigt att testa sig innan man slutar använda kondom med en ny partner. Bland personer som inte ville kategorisera sig utifrån kön var motsvarande andel 71 procent (KI: 59,7–82,6).

En högre andel tjejer (56 procent) än killar (46 procent) hade kunskap om att personer som lever med hiv och får behandling kan leva ett lika långt liv som andra.

Huvudsaklig informationskälla

Totalt fick unga sin huvudsakliga information om relationer, sexualitet, preventivmedel och könssjukdomar på följande sätt: internet (70 procent), kompisar och vänner (60 procent), undervisning om jämställdhet, sexualitet, kön och relationer i skolan (55 procent), ungdomsmottagningen (47 procent) webbplatserna 1177 Vårdguiden och UMO (44 procent), tv, tidningar och radio (32 procent), partner (24 procent), mamma (22 procent) tryckt information (12 procent), pappa (11 procent), mottagningar inom hälso- och sjukvården (10 procent) syskon (10 procent) elevhälsan (8 procent), annat (3 procent) vårdnadshavare (1 procent).

En högre andel killar (72 procent) än tjejer (66 procent) hämtade huvudsakligen information om sexualitet, preventivmedel och könssjukdomar från internet. Bland personer som inte ville kategorisera sig utifrån kön var andelen 78 procent (KI: 66,1–86,7).

När det gäller information på nätet var det en högre andel tjejer (52 procent) än killar (36 procent) som hämtade kvalitetssäkrad information från hälso- och sjukvården genom exempelvis 1177 Vårdguiden och UMO. Bland personer som inte vill kategorisera sig utifrån kön var andelen 50 procent (KI: 38–62,7).

En högre andel tjejer (66 procent) än killar (54 procent) fick huvudsakligen information från kompisar och vänner. Det var också en högre andel tjejer (59 procent) än killar (36 procent) som huvudsakligen fick information från ungdomsmottagningen. Bland personer som inte vill kategorisera sig utifrån kön var andelen 39 procent (KI: 27,6–51,1).

Omvänt fick en högre andel killar (59 procent) än tjejer (52 procent) sin information genom skolans undervisning om relationer och sexualitet. Bland personer som inte vill kategorisera sig utifrån kön var andelen 59 procent (KI: 46,4–70,8).

Det var också en högre andel killar (10 procent) än tjejer (7 procent) som huvudsakligen fick sin information från elevhälsan. Bland personer som inte vill kategorisera sig utifrån kön var andelen 10 procent (KI 2,4–17,6).

Skolan

Totalt ansåg 49 procent att de fått tillräckliga kunskaper för att ta hand om sin sexuella hälsa, medan 44 procent ansåg att de fått för lite kunskaper. 7 procent uppgav att de inte fått någon undervisning alls. En högre andel killar (58 procent) än tjejer (41 procent) ansåg att skolan gett dem tillräckliga kunskaper. Bland personer som inte ville kategorisera sig utifrån kön tyckte 32 procent (KI:19,9–43,2) att skolan gett dem tillräckliga kunskaper.

De tre områden som ansågs blivit mest belysta i undervisningen och som gett tillräckliga kunskaper var: hur man blir gravid (75 procent), kunskaper om kroppen (64 procent), kunskap om kondomanvändning (62 procent). De tre områden som blivit minst belysta i undervisningen var: genus, relationer och jämställdhet (35 procent), hiv (31 procent) samt normer och HBT-perspektiv (25 procent).

En högre andel tjejer (79 procent) än killar (72 procent) ansåg att de fått tillräckliga kunskaper om hur man blir gravid. En högre andel killar (49 procent) än tjejer (33 procent) ansåg sig ha fått tillräckliga kunskaper om könssjukdomar. Vidare ansåg en högre andel killar (45 procent) än tjejer (27 procent) att de fått tillräckliga kunskaper om genus, relationer och jämställdhet. När det gäller HBT-perspektivet angav en högre andel killar (34 procent) än tjejer (16 procent) att de fått tillräckliga kunskaper i skolan.

Vad unga tycker att de behöver kunskap om

De unga efterlyste mer kunskaper om hur man får en relation att fungera bra (30 procent), hur det är att leva med hiv idag (28 procent), hur man hittar någon att ha en relation med (21 procent), hur könssjukdomar överförs (20 procent), hur man flirtar och raggar (20 procent), preventivmedelsanvändning (19 procent), hur hiv överförs (17 procent), hur man undviker att kondomen går sönder (16 procent), hur man kan prata om sex med en partner (16 procent), olika sätt att ha säkrare sex på (14 procent), hur man undviker oönskad graviditet (11 procent), hur man kan prata om preventivmedel med en sexpartner (9 procent) och kondomanvändning (7 procent). Dessutom angav 32 procent att de inte hade behov av nya kunskaper.

En högre andel killar (25 procent) än tjejer (17 procent) ville ha mer kunskap om hur man hittar någon att ha en relation med. Bland personer som inte ville kategorisera sig utifrån kön var motsvarande andel 39 procent (KI: 26,6–51,1).

Lika stor andel killar som tjejer (31 procent) ville ha mer kunskap om hur man får en relation att fungera bra. Bland personer som inte ville kategorisera sig utifrån kön var motsvarande andel 48 procent (KI: 35,5–60,6).

Ungefär lika stora andelar tjejer (15 procent) som killar (16 procent) vill ha mer kunskap om hur de kan prata om sex med en partner och lika stora andelar tjejer som killar (7 procent) vill ha mer kunskap om kondomanvändning.

Ungas behov av främjande och förebyggande insatser

När det gäller hälsofrämjande och förebyggande insatser efterfrågar unga främst billigare preventivmedel (46 procent), gratis kondomer (41 procent), mer kunskap om fertilitet och graviditet (30 procent), mer kunskap om könssjukdomar (29 procent), mer kunskap om kroppen (24 procent), kunskap om hur man beställer klamydiatest på nätet (23 procent), möjlighet att samtala med någon om sexualitet och relationer (21 procent) samt helgöppna mottagningar för testning och rådgivning (21 procent).

En högre andel killar (45 procent) än tjejer (37 procent) ansåg att de hade behov av gratis kondomer. Bland personer som inte ville kategorisera sig utifrån kön hade 49 procent (KI: 36,4–60,9) behov av gratis kondomer. Ungefär lika stor andel tjejer (24 procent) som killar (23 procent) ville få kunskap om hur man beställer ett klamydiatest på nätet.

En högre andel tjejer (55 procent) än killar (33 procent) ansåg att de hade behov av billigare preventivmedel. Bland personer som inte ville kategorisera sig utifrån kön ansåg 44 procent (KI 31,9–56,5) att de behövde billigare preventivmedel.

En högre andel tjejer (25 procent) än killar (17 procent) ansåg att de hade behov av att samtala med någon om sexualitet och relationer. Bland personer som inte ville kategorisera sig utifrån kön ansåg 46 procent (KI: 33,6– 58,4) att de hade behov av att samtala med någon om sexualitet och relationer.

KAPITEL 12

Metoddiskussion



12. Metoddiskussion

Studiedesign och bortfall

Resultaten i UngKAB15 baseras på 7 755 svarande och på en analys av de som inte deltog i studien. Svarsandelen 26 procent var förväntad och är jämförbar med denna åldersgrupp i andra liknande befolkningsundersökningar (63, 64). Vid en jämförelse med det populationsbaserade urvalet i UngKAB09 (24 procent) är svarsandelen i UngKAB15 något högre (29). Problemet med sjunkande svarsfrekvenser finns bland fler kvantitativa studier i Sverige och globalt. Möjligheten att koppla svaren till befolkningsdata i register gör att enkätstudier på befolkningsnivå i Sverige fortfarande har relevans och ger möjligheter till fördjupade analyser.

Den studiedesign som valdes ansågs ge bäst kvalitetssäkring i flera av metodstegen, vilket är av stor betydelse. SCB:s tillgång till en stor mängd registerdata med hjälpinformation som kan skapa förståelse för resultaten både i svarsgruppen och i bortfallet ansågs öka validiteten avsevärt. Även om datainsamlingen via SCB erbjöd kvalitetsgranskning i flera metodsteg och möjlighet att koppla registerdata till studien fanns brister i genomförandet. Ett förbättringsområde för framtida studier är att erbjuda de svarande möjlighet att svara via mobilanpassade webbenkäter, appar eller liknande. Detta kunde inte erbjudas och i UngKAB15 var den digitala enkäten bara anpassad för att fyllas i via dator. Enkäten kunde fyllas i via mobilen men var då inte anpassad på ett optimalt sätt, vilket kan ha lett till större bortfall. En förbättring av den digitala enkäten skulle troligtvis öka svarsandelarna.

Även om studiedesignen har möjliggjort korrigering för bortfall utifrån kön, ålder (vid årets slut), födelseland, region, utbildningsnivå, föräldrars utbildningsnivå, och slutbetyg i årskurs 9 är det ändå sannolikt att bortfallsjusteringen inte kan justera alla aspekter. Eftersom bortfallsjusteringen vägs in i de svar som redan lämnas kan det finnas svar som inte blir aktuella. Det är därför möjligt att UngKAB15 får en tendens att i vissa avseenden beskriva unga som har en relativt god socioekonomisk status och är relativt delaktiga i samhället. Utifrån detta antagande blir det av vikt att komplettera UngKAB15 med fördjupningsstudier.

Gruppen som inte vill kategorisera sig utifrån kön

I resultatet presenteras gruppen med individer som inte ville kategorisera sig utifrån kön. Som tidigare nämnts (se kapitel 4 Metod) är det tredje alternativet på frågan om könsidentitet inte heltäckande och troliga anledningar till att de svarande valt alternativet kan vara att de uppfattar sig som icke-binära, queera eller att de inte förstått frågan på det sätt som enkäten avsåg. Dessutom har en viss andel inte velat kategorisera sig utifrån kön på grund av att de är eller har varit transpersoner. Men data visar inga indikationer på att dessa individer inte förstått frågan, eftersom inga större skillnader i utbildningsnivå, inkomst eller födelseland kan noteras mellan dem som inte ville kategorisera sig utifrån kön och övriga unga. Generella slutsatser kan inte dras baserat på denna kategorisering, och resultatet bör tolkas med försiktighet.

Självupplevd diskriminering

Frågorna om diskriminering byggdes upp utifrån kunskapen om att diskriminerande strukturer utifrån diskrimineringsgrunderna påverkar hälsan. Perspektivet utgår från det treåriga samverkansprojektet "Diskriminering och hälsa" (42). Resultaten från projektet visade att diskriminering sker både medvetet och omedvetet, att det sker överallt i samhället samt att sambanden med ohälsa är starka. Skälet är att de grupper som upplevde sig mest diskriminerade också hade högst andelar ohälsa. Projektet kom fram till att det är värdefullt att följa självupplevd diskriminering utifrån diskrimineringsgrunderna, men att det också finns metodproblem förenat med detta. Frågan om självupplevd diskriminering fångar dem som upplevt sig diskriminerade men inte dem som inte haft en sådan upplevelse men ändå kan ha varit utsatta för diskriminering. Slutsatsen var också att det är möjligt att använda ett förhållningssätt som utgår från att alla former av diskriminering, oavsett om det begås av individer eller institutioner, är strukturellt betingade, det vill säga att de bottenar i rådande samhällsstrukturer. Diskriminerande strukturer som fångas genom självrapporterad diskriminering rör relationer kring makt inom och mellan grupper i samhället (42, 65). Diskrimineringsgrunderna utgör inte ett heltäckande perspektiv på jämlikhetsfrågor, eftersom det kan finnas ytterligare orsaker till att människor känner sig diskriminerade eller kränkta. Men de utgör ett verktyg för att fånga områden där rättighetsperspektivet synliggörs och kan diskuteras utifrån områden som enligt riksdagen är särskilt viktiga att beakta i relation till jämlikhet.

Jämförelse UngKAB09 och UngKAB15

De båda studierna UngKAB09 och UngKAB15 är olika i sin studiedesign, men har väl överensstämmande resultat på de frågor som är exakta upprepningar (se kapitel 13 Resultatdiskussion). Jämförbarheten mellan de två studierna finns mestadels inom området sexuellt överförda infektioner och säkrare sex.

Resultaten i de båda studierna tyder på att det totalt sett finns en hög kunskapsnivå om sexuellt överförda infektioner och att det går att skydda sig med kondom. Båda studierna visar vidare att kondomanvändningen är låg. Som nämndes tidigare angav de unga i UngKAB09 också att man inte såg klamydia som ett allvarligt problem. Denna fråga upprepades inte i UngKAB15, men en rad av de andra frågorna som rör kondomanvändning, säkrare sex och testning talar för att unga fortsatt inte tycker att klamydia är en allvarlig infektion.

Det hivpreventiva arbetet har ett behov av att diskutera ungas risktagande och deras attityd till risker. Det kan vara värt att reflektera över i vilken mån dessa frågor är formulerade ur ett vuxenperspektiv och inte utgör perspektiv som känns angelägna för unga. Det som vuxenvärlden ibland ser som en risk utgör snarare en chans till närhet, njutning och bekräftelse (23, 31, 38). De båda UngKAB-studierna pekar på att när det gäller kunskapsfrågor är den högsta andelen unga intresserade av hur de kan få en relation att fungera bra och hur de kan hitta någon att ha en relation med. I kommande studier kan det vara av vikt att fördjupa sig i frågor om relationer och samlevnadsperspektiv. Detta kan ge ny kunskap om ungas förhållningssätt till sexuellt risktagande och hur samhällets förebyggande insatser för säkrare sex kan bli relevanta för dem.

I fråga om studiedesign och metod kan de båda undersökningarna tillsammans ge input till kommande studier. UngKAB09 hade en tvådelad metod med ett självselekerat urval (5 606 svarande) och ett obundet slumpmässigt urval (9 329 svarande). Styrkan blev en studie med ett stort antal svarande, men det självselekerade urvalet visade sig vara svårbedömt. Dessutom saknade det slumpmässiga urvalet kalibreringsvikter samt att ingen bortfallsanalys gjordes. Lärdomarna blev att trots det stora underlaget med 15 000 svarande blev det svårt att leda studiens hypoteser i bevis. Som nämnts tidigare är studiedesignen i UngKAB15 mycket olik detta. 2015 års undersökning innehåller en rad av de kvalitetskrav som behövs för befolkningsundersökningar.

KAPITEL 13

Resultatdiskussion



13. Resultatdiskussion

Åtta av tio unga uppger att de har bra eller mycket bra hälsa och resultaten stöds av tidigare studier (25, 35, 66). Upplevelsen av god hälsa ökar välbefinnandet och kan motivera till fortsatta hälsosamma val (34).

Resultaten i UngKAB15 visar att det inom den yngsta åldersgruppen 16–19-åringar förekommer mer psykisk ohälsa än i de äldre grupperna. I den yngsta gruppen rapporterar en högre andel tjejer och personer som inte vill kategorisera sig utifrån kön mer ohälsa, så som psykisk ohälsa, suicidtankar, känsla av att inte vara lika bra som andra och att inte ha kontroll över sitt liv. Den grupp som genomgående upplever generellt sämre hälsa och självkänsla är unga som inte vill kategorisera sig utifrån kön. Drygt fem av tio av dem upplevde bra eller mycket bra hälsa.

Totalt rapporterar 22 procent att de upplevt diskriminering eller kränkning under de senast 12 månaderna. UngKAB15 visar att tjejer och personer som inte vill kategorisera sig utifrån kön har upplevt kränkande behandling inom en rad områden i högre utsträckning än killar. Detta tyder på att normer kring kön skapar utsatta positioner för tjejer och personer som inte vill kategorisera sig utifrån kön. Att killar upplever diskriminering utifrån etnicitet och sexuell identitet tyder på att normer inom dessa områden skapar utsatta positioner bland dem. Andelen unga som upplever någon form av diskriminering pekar i samma riktning som i 2015 års folkhälsoenkät, då 28 procent av 16–29-åringarna upplevde att de blivit behandlade eller bemötta så att de känt sig diskriminerade eller kränkta. Andelen unga som upplevt diskriminering och kränkning var högre jämfört med alla övriga åldrar och andelen tjejer var högre än killar (35).

Våld, sexuellt våld och övergrepp

I de båda UngKAB studierna har mer än fyra av tio varit med om sexuella handlingar mot sin vilja. En högre andel tjejer och personer som inte vill kategorisera sig utifrån kön har varit utsatta för dessa övergrepp jämfört med killar (29). Att det finns skillnader mellan unga tjejer och killars utsatthet för sexuella handlingar mot sin vilja har visats i tidigare studier (28, 30). Alla sexuella handlingar mot någons vilja är ett övergrepp (67). Övergrepp

och sexuellt våld kan vara allt från att hota eller tjata sig till sex, till att tvinga någon att utföra olika typer av sexuella handlingar eller våldtäkt (68). Kunskap inom området visar att det finns brister, framför allt bland killar, i förmåga att bedöma var gränserna går för sexuella övergrepp och att tjatsex eller övertalning till sexuella handlingar är vanligt (49). Det förebyggande arbetet kring sexuellt våld behöver utformas så att det når unga oavsett kön eller könsidentitet och perspektivet att killar också utsätts för sex mot sin vilja behöver ingå.

UngKAB15 visade att bland de som utsatts för fysiskt våld (6 procent) hade tre gånger så många tjejer (35 procent) som killar (11 procent) erfarenhet av våld i hemmet. Forskning visar att tjejer med erfarenhet av fysiskt våld har både sämre psykisk och sexuell hälsa än de som inte utsatts för våld (68). UngKAB15 visar också att nästan dubbelt så många killar (50 procent) som tjejer (27 procent) hade erfarenhet av fysiskt våld på allmän plats, vilket är resultat som ligger i linje med tidigare studier (35, 70). Störst andel av de fysiska våldet i det offentliga rummet är nöjesrelaterade misshandelsbrott där både gärningsperson och offer är alkoholpåverkade unga män, som inte har en nära relation.

Sex mot ersättning

Andelen unga som har erfarenhet av sex mot ersättning är 3 procent i de båda UngKAB-studierna²² (29). Unga med erfarenhet av sex mot ersättning är ofta socialt utsatta eller har erfarenhet av diskriminerande strukturer (31, 34, 71).

Inom UngKAB15 har ännu inga sambandsanalyser genomförts som kan visa på samvariation mellan sex mot ersättning och andra variabler. År 2009 visade resultaten att unga med låg självkänsla, de som debuterat före 15 års ålder samt högkonsumenter av alkohol, cannabis eller andra droger, i större utsträckning än andra hade fått ersättning för sex (29). Tidigare studier visar att en stor andel av unga med erfarenhet av sex mot ersättning utgörs av unga HBT-personer (34, 71).

Befintlig kunskap lyfter fram utmaningen med att nå fram med ett hälsofrämjande och förebyggande arbete till unga som lever i riskutsatthet eller är utsatta för diskriminerande strukturer (38, 71). Unga som har sex mot

22. I UngKAB09 avsåg de 3 procenten dem som fått ersättning för ett år sedan eller längre tillbaka medan i UngKAB15 gällde frågan om de någon gång fått ersättning för sex.

ersättning söker inte alltid hjälp, men de har oftare än andra haft kontakter med socialtjänsten (72).

Den kunskap som finns inom området visar att den genomsnittliga åldern när unga började sälja sex är 15 år bland killar och 16 år bland tjejer. Bland killar är det vanligare att köparen är av samma kön, medan tjejer nästan uteslutande uppger köpare av motsatt kön. Den vanligaste ersättningsformen är pengar, men också alkohol, cigaretter och kläder (72).

Säkrare sex

Ungas förstahandsval av skydd var kondom, men det skydd som i högst utsträckning kom till användning vid det senaste sextillfället var hormonella metoder. Detta stämmer överens med resultat från tidigare studier (22, 25, 26). Kondomanvändning är en situationsberoende preventivmetod och därför komplex, vilket stöds av tidigare forskning som undersökt skillnaden mellan avsikt och handling (73).

Resultaten i UngKAB15 visar att över 85 procent har kunskap om vad kondom skyddar mot. Det tyder på att det som behöver utvecklas är förmågan till samtal och handlingsstrategier för säkrare sex. Detta framgår även i UngKAB09, där endast hälften använde kondom vid senaste sextillfället med en ny/tillfällig partner samtidigt som nio av tio hade goda kunskaper om att kondom skyddar mot sexuellt överförda infektioner (29).

UngKAB15 visar att flertalet, men inte alla (3 procent), av tjejerna har råd och tillgång till hormonella preventivmedel. Bland de tjejer som inte använt hormonella metoder under de senaste 12 månaderna angav 25 procent att orsaken var att de inte ville använda hormoner. En nästan lika stor andel anger att de är rädda för biverkningar. Oviljan mot hormoner och oron för biverkningar ska tas på allvar och orsakerna behöver studeras ytterligare och följas i framtida studier.

Utifrån den skillnaden mellan avsikt och handling som visats mellan det tänkta skyddet och det som används behöver ungas förmåga att i olikknade sexuella möten ha dubbelt skydd (både kondom och ett hormonellt preventivmedel) stärkas. Att så få använde kondom vid senaste sextillfället i relation till incidensen av klamydia och gonorré i ungdomsgruppen pekar på att skydd mot oönskad graviditet med hormonell metod, inte räcker. Det förebyggande arbetet behöver ge förutsättningar för att killar ska bli mer delaktiga och ansvariga för att skydda sig och sin partner mot sexuellt överförda infektioner och om det behövs, även mot oönskad graviditet.

Samtal om preventivmedel och preventivmetoder behöver i högre utsträckning involvera killar (56, 74). Samtalen behöver också leda till att killar upplever sig motiverade att ta ansvar för kondom användning i framtiden. Syftet med att involvera killar är att stärka deras förmåga att fatta egna beslut som leder till säkrare sex och främjar sexuell hälsa.

De hälsofrämjande insatser som de unga i studien efterfrågar är främst subventionerade eller gratis kondomer och preventivmedel. Det finns idag exempel på att de landsting som gett unga möjlighet att få subventioner på ett större urval av långtidsverkande preventivmedel har minskat antalet aborter (75, 76). Från 2017 utökas subventionerna upptill 21 års ålder (77). Resultaten i UngKAB15 visar att unga i åldern 20–24 år har högst andel oskyddade sexuella kontakter, vilket gör att det är angeläget att även de i framtiden nås av subventioner. Tillgänglighet till hälso- och sjukvård för preventivmedel och samtal måste också nå killar. Deras tillgång till subventionerade kondomer behöver diskuteras. UngKAB15 visar också att unga i åldern 20–29 år behöver tillgång till hälso- och sjukvård i alla SRHR-frågor.

Antalet sexpartner har ökat över tid (22, 27). I UngKAB15 hade 20–24-åringar, högst antal oskyddade kontakter. Bland dem hade 4 procent haft 6–10 oskyddade sexkontakter (antal partner) under det senaste året. De som har oskyddat sex med många partner behöver nås av det förebyggande arbetet eftersom antalet partner kan påverka risken för sexuellt överförda infektioner (41). Samtal om antalet partner och sexuell hälsa ska innehålla ett utforskande och en öppenhet om hur personen lever sexuellt, om den har det antal partner som den själv vill ha och om den använder skydd mot hiv, sexuellt överförda infektioner och oönskad graviditet i den utsträckning som behövs (78).

Att kunna samtala om sex underlättar ett jämställt och jämlikt sexliv, där de inblandade kan uppnå ömsesidighet, öka förståelsen för varandras vilja och känna sig trygga med att ett nej alltid respekteras. Fler tjejer än killar anger att det är viktigt att kunna prata om sex i en sexuell relation. Även en högre andel tjejer än killar tycker det är viktigt att bestämma jämlikt. Resultaten avspeglar rådande normer kring sexualitet och att tjejer bär det huvudsakliga ansvaret för kommunikationen. Att kunna prata om sex med sin partner ger förutsättning för att tillsammans ta beslut om till exempel preventivmetoder, preventivmedel och sexuella praktiker. Det är också en faktor som ökar chanserna att känna sig

nöjd och uppnå välbefinnande. Resultaten i UngKAB15 visar att unga, särskilt killar, behöver stärkas i att kunna ha sådana samtal med sin partner.

Testning

Andelen unga som uppger att de någon gång haft klamydia är drygt 11 procent i de båda UngKAB-studierna. Det preventiva arbetet med klamydia bygger idag på att tjejer nästan rutinmässigt testas vid preventivmedelsrådgivning (79). Resultaten i UngKAB15 visar på stor skillnad i erfarenhet av testning för klamydia mellan könen – 65 procent av tjejerna har testat sig men bara 35 procent av killarna. Störst skillnad finns bland 16–19-åringar, där mer än tre gånger så många tjejer har testat sig jämfört med killar.

Eftersom klamydia är en sexuellt överförd infektion som huvudsakligen överförs mellan killar och tjejer är skillnaderna i testning ett problem för det preventiva arbetet. Att det råder ojämställda förhållanden kring testning av klamydia har varit känt under en längre tid (56, 80).

En högre andel killar behöver nås av ungdomsmottagningarnas och hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete med sexuellt överförda infektioner. Resultaten i UngKAB15 visar att färre killar än tjejer har ett samtal om risker och skydd i samband med att de testar sig för en sexuellt överförd infektion. Det framkommer också att killar i lägre utsträckning än tjejer upplever att samtalet påverkat dem att använda kondom eller annat preventivmedel. Det kan innebära att vägledande samtal och rådgivningssituationer utgår från stereotypa synsätt på tjejers och killars sexualitet, och att killar inte involveras utan upplever ett utanförskap eller möts av oförståelse (81). Killar behöver bättre möjligheter att söka råd och vård om sexuell hälsa. De behöver få ett individanpassat bemötande där utgångspunkten är deras egna frågor (49). Vidare behöver hälso- och sjukvårdspersonal bemöta killar och tjejer på ett jämlikt sätt, genom att i större utsträckning erbjuda och genomföra samtal om risker och skydd med killar i samband med testning.

Rätten till kunskap och information

UngKAB15 visar att bara hälften av de unga upplever att de fått tillräckliga kunskaper i undervisningen för att ta hand om sin sexuella hälsa. UngKAB15 visar också att skolan i stor utsträckning förmedlar kunskap om kroppen, vilket är en bra grund för fortsatt kunskapsinhämtning om sexuell och repro-

duktiv hälsa och rättigheter, hiv och sexuellt överförda infektioner. För att få tillgång till handlingsstrategier och egenmakt behöver undervisningen också beröra frågor om normer och rättigheter. UngKAB15 visar att unga fått minst kunskaper om HBT-perspektiv, jämställdhet och normer. Resultatet pekar på att de flesta skolor behöver utveckla sitt arbete. Undervisning om jämställdhet, sexualitet, kön och relationer är obligatoriskt i svensk skola och ska nå alla unga. Kunskapsområdet ska tas upp i flera av kurs-, ämnes och ämnesområdesplanerna (82–87). Undervisningen i skolan utgör grunden för ett rättighetsbaserat, jämlikt och jämställt hälsofrämjande perspektiv på sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter bland unga i Sverige. Att frågor om rättigheter, normer och kön tas upp för lite har påvisats tidigare (88). Skolverket har tagit fram en rad stödmaterial för undervisningen, och förhoppningen är att fler rektorer och lärare ska bedriva den ämnesintegrerade undervisningen som i och med 2011 års läroplan är obligatorisk i många ämnen. Materialen tydliggör också att skolan ska motverka traditionella könsmonster (89–91).

Båda UngKAB-studierna visar att skolan är särskilt viktig för killar. Eftersom tidigare studier tydliggör att killar idag bara utgör 10–15 procent av besökarna på ungdomsmottagningen, är skolan ett möjligt utvecklingsområde för att tillgodose killars behov av kunskap, information och hälsofrämjande insatser (92–95). Tjejer kan i stor utsträckning komplettera skolans information vid besök på ungdomsmottagningen, men denna möjlighet når inte de flesta killar. Ett utvecklingsområde är därför elevhälsans arbete där frågor om sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter skulle kunna bli mer omfattande (94).

Utvecklingsområden

För att nå målen om jämlika och jämställda förutsättningar för unga behövs nya perspektiv på det hälsofrämjande och förebyggande arbetet. Skolan, elevhälsan, ungdomsmottagningarna, hälso- och sjukvården, socialtjänsten samt barn- och ungdomspsykiatrien behöver i större utsträckning ha ett normkritiskt och intersektionellt perspektiv på arbetet. Undervisningsmetoder, kunskapsområden och bemötandefrågor behöver genomlysas, så att diskriminering och kränkningar inte förekommer. Alla unga behöver ha tillgång till information, kunskap, vägledande samtal, testning och vård oavsett kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder.

Alla som arbetar med unga behöver ha kunskap och en medvetenhet om den utbredda erfarenheten av sexuella övergrepp, sexuellt tvång och våld bland unga. Det behövs också ökade kunskaper om negativa stereotypa maskulinitetsnormer, heteronormen och andra maktstrukturer kring kön och sexualitet. Sådan kunskap kan utveckla metoder, insatser och verksamheter och förebygga att tjejer, personer som inte vill kategorisera sig utifrån kön, transpersoner samt homo- eller bisexuella inte ska diskrimineras eller hamna i utsatta positioner, våld och ohälsa. Att i större utsträckning se ungas sexuella hälsa utifrån normer och makt kan stärka ungas personliga och kroppsliga integritet och sexuella hälsa, samt främja ungas hälsa i stort.

Att diskriminering och ohälsa hör samman behöver uppmärksammas och åtgärdas. Resultaten i UngKAB15 visar att 14 procent av alla unga betraktar sig som något av följande: bisexuell, brukar inte kategorisera mig sexuellt, homosexuell eller som något annat än vad alternativen i enkäten beskrev. Mångfalden av sexuella identiteter, samt gruppen unga som inte vill kategorisera sig utifrån kön och gruppen transpersoner, ställer krav på samhället att ha god kunskap kring HBTQ-frågor. Heteronormativa antaganden om ungas livssituation behöver genomlysas ur normkritiska och intersektionella perspektiv. Frågor om mänskliga rättigheter och icke-diskriminering behöver vara centrala i utformningen av verksamheter, metoder och projekt som vänder sig till unga.

Ungdomsmottagningarnas arbete behöver utvecklas så att de når alla unga. Idag når det främjande och förebyggande arbetet i huvudsak unga tjejer. UngKAB15 visar att det inte räcker. För att alla unga ska få förutsättning till en god sexuell hälsa så måste både tjejer och killar nås och uppleva att insatserna är angelägna utifrån deras behov. Alla unga behöver få kunskap och redskap för att kunna möta andra i ömsesidiga relationer. De ojämsställda förutsättningarna, där killar inte nås av hälsofrämjande insatser behöver alltså åtgärdas, så att killar i större utsträckning involveras och ses som delaktiga i preventionen. Detta skulle stärka killar att skydda sig och sin partner mot sexuellt överförda infektioner och om det behövs, även mot oönskad graviditet.

Killar har också rätt att få information och få diskutera utifrån de frågor de själva har och utifrån sina förutsättningar, på ett liknande sätt som tjejer får vid preventivmedelsrådgivning. Sådana samtal kan motverka negativa stereotypa maskulinitetsnormer. Dessutom behöver hälso- och sjukvården (inklusive ungdomsmottagningarna) utveckla de rådgivande samtalen om dubbelt skydd, och då särskilt involvera killar. Det är avgörande att nå killar och unga män för att bryta den pågående klamydiaepidemin bland unga. Hälso- och

sjukvården (inklusive ungdomsmottagningarna) behöver öka andelen killar som i samband med att de testar sig för en sexuellt överförd infektion har ett vägledande samtal där de blir motiverade att använda kondom.

De subventioner som unga efterfrågar har antagligen störst betydelse för socioekonomiskt utsatta unga och unga som saknar stöd hemifrån att prioritera utgifter för preventivmetoder och preventivmedel. Detta är angeläget ur ett jämlikhetsperspektiv. Så länge tjejer bär det största ansvaret för preventivmedel och preventivmetoder och samtidigt har lägre inkomster än killar, är det särskilt angeläget att det inte är en ekonomiska fråga för dem att ha möjlighet till ett skydd som passar.

En vidareutveckling av skolan som arena med fler och nya uppdrag till elevhälsan skulle kunna stärka hälsofrämjande och förebyggande arenorna för killar. På elevhälsan arbetar ofta sjuksköterskor med utbildning i ungas kroppsliga och mentala utveckling, men det krävs att yrkesgrupper som arbetar i skolan får kunskaper om sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter i sin grundutbildning. Framför allt behöver kunskaperna ingå i yrkesutbildningar för förskollärare, lärare och personal inom elevhälsan (sjuksköterskor, psykologer, läkare och socionomer) och vara en del av den återkommande kompetensutvecklingen för lärare. Det skulle öka möjligheterna för unga att få jämlika förutsättningar.

KAPITEL 14

Slutsats



14. Slutsats

Resultaten från den här studien visar att unga och unga vuxna i stor utsträckning upplever en god hälsa. Men det finns skillnader i hälsa, sexuell hälsa och faktorer som påverkar sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter mellan grupper av unga, framförallt baserat på kön och könsidentitet. Bortfallet är jämförbart med denna åldersgrupp i andra liknande befolkningsundersökningar, dock bör resultatet hanteras med försiktighet.

Förutsättningarna till god sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter bland unga är ojämlika, eftersom grupper bland tjejer och unga som inte vill kategorisera sig utifrån kön upplever kränkningar, diskriminering, sex mot ens vilja och sexuella övergrepp.

Tjejer och killar tar olika stort ansvar för preventivmedel, preventivmetoder och testning av sexuellt överförda infektioner. De nås också i olika utsträckning av samhällets förebyggande insatser så som exempelvis ungdomsmottagningarnas arbete. Ojämlika och ojämställda förhållanden bidrar till skillnader i tillgång och tillgänglighet till hälsofrämjande insatser, och det försvårar ett framgångsrikt arbete med att förebygga sexuellt överförda infektioner, oönskade graviditeter, sex mot någons vilja, sexuella övergrepp och sex mot ersättning. Det försvårar också främjandet av sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter bland alla unga.

Skolan, ungdomsmottagningarna, hälso- och sjukvården samt socialtjänsten är centrala arenor för att vidareutveckla det främjande och förebyggande arbetet inom sexuell och reproduktiv hälsa. Arbetet skulle sannolikt vara mer framgångsrikt om det nådde fler killar och om de kände att insatserna var angelägna och motiverade utifrån dem.

Sammantaget visar studien på ett nationellt, regionalt och lokalt utvecklingsbehov. Verksamheter inom kommuner, landsting och civilsamhälle behöver systematiskt analysera sina insatser, strategier och mål samt göra kontinuerliga uppföljningar som visar områdets utveckling över tid i relation till jämlikhet i hälsa. Utvecklingsarbetet bör utgå från normkritiska och intersektionella perspektiv. Ett sådant strategiskt utvecklingsarbete skulle främja sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter samt hivpreventionen bland unga.

Referenser



Referenser

1. Socialstyrelsen. Nationell handlingsplan för klamydiaprevention med fokus på ungdomar och unga vuxna 2009–2014. [Internet]. Stockholm: 2009. [citerad 25 januari 2017]. Hämtad från: <http://www.lafa.nu/Documents/Styrdokument/Nationell%20handlingsplan%20f%C3%B6r%20klamydiaprevention.pdf>.
2. Regeringens proposition 2005/06:60. Nationell strategi mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar. [Internet]. Stockholm: Regeringen, 2005. [citerad 1 juni 2016]. Hämtad från: <http://www.regeringen.se/rattsdokument/proposition/2005/12/prop.-20050660/>.
3. Regeringens proposition 2007/08:110. En förnyad folkhälsopolitik. [Internet]. Stockholm: Regeringen, 2007. [citerad 10 april 2016]. Hämtad från: <http://www.regeringen.se/rattsdokument/proposition/2008/03/prop.-200708110/>.
4. Socialdepartementet. Mål och myndighet - En effektiv styrning av jämställdhetspolitiken (SOU 2015:86). [Internet]. Stockholm: Regeringen, 2015. [citerad 24 januari 2017]. Hämtad från: <http://www.regeringen.se/rattsdokument/statens-offentliga-utredningar/2015/10/sou-201586/>.
5. The United Nations (UN). Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. [Internet]. New York: The General Assembly, United Nations, 2015. A/RES/70/1. Hämtad från: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E.
6. The United Nations (UN). Political Declaration on HIV and AIDS: On the Fast-Track to Accelerate the Fight against HIV and to End the AIDS Epidemic by 2030. [Internet]. New York: The United Nations General Assembly, 2016. A/RES/70/266. [citerad 15 september 2016]. Hämtad från: <http://www.unaids.org/en/resources/documents/2016/2016-political-declaration-HIV-AIDS>.

7. World Health Organisation (WHO). Action Plan for Sexual and Reproductive Health. Towards achieving the 2030 Agenda for Sustainable Development in Europe – leaving no one behind. [Internet]. Denmark: 2016. [citerad 20 januari 2017]. Hämtad från: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/publications/2016/action-plan-for-sexual-and-reproductive-health-towards-achieving-the-2030-agenda-for-sustainable-development-in-europe-leaving-no-one-behind-2016>.
8. Regeringen. Strategy for Swedens cooperation with the World Health Organization (WHO) 2016 - 2019. [Internet]. Stockholm: Regeringen, 2016. [citerad 10 mars 2017]. Hämtad från: <http://www.regeringen.se/contentassets/66457497b8ee435182874f0a03ddca86/who-strategi-2016-grafisk-service-19-jan.pdf>.
9. World Health Organisation (WHO). Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. [Internet]. Geneva: 2008. [citerad 1 augusti 2016]. Hämtad från: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43943/1/9789241563703_eng.pdf.
10. Folkhälsomyndigheten. Hälsa 2020: Ett policyramverk för sektorsövergripande insatser för hälsa och välbefinnande i WHO:s Europaregion. [Internet]. Solna: Folkhälsomyndigheten, 2015. [citerad 10 januari 2017]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/19768/Halsa-2020-Sektorsovergripande-policyramverk-insatser-halsa-valbefinnande-15008.pdf>.
11. The United Nations General Assembly (UN). Declaration of commitment of HIV/AIDS. The United Nations General Assembly special session on HIV/AIDS, 25 - 27 June 2001. [Internet]. New York: United Nations, 2001. [citerad 8 december 2016]. Hämtad från: http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/aidsdeclaration_en_0.pdf.
12. Utrikesdepartementet. Sveriges internationella politik för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter. [Internet]. Stockholm, 2006. [citerad 3 oktober 2016]. Hämtad från: <http://www.regeringen.se/informationsmaterial/2006/02/sveriges-internationella-politik-for-sexuell-och-reproduktiv-halsa/>.

13. Socialstyrelsen Folkhälsomyndigheten. Underlag till nationell strategi för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter. [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen, 2014. [citerad 6 augusti 2016]. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2014/2014-10-26>.
14. Regeringen. Förordning om ändring i förordningen (2013:1020) med instruktion för Folkhälsomyndigheten; utfärdad den 11 februari 2016. [Internet]. Stockholm: Regeringen, 2016. [citerad 10 september 2016]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/documents/om-myndigheten/uppdrag-styrdokument/sfs-2016-89-paragraf-3-folkhalsomyndigheten-instruktion.pdf>.
15. Socialdepartementet. Makt, mål och myndighet – feministisk politik för en jämställd framtid (Regeringen skrivelse 2016/17:10). [Internet]. Stockholm: Regeringen, Regeringskansliet, 2016. Hämtad från: <http://www.regeringen.se/rattsdokument/skrivelse/2016/11/skr.-20161710/>.
16. Arbetsmarknadsdepartementet. En strategi för lika rättigheter och möjligheter oavsett sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck. [Internet]. Stockholm: Regeringen, 2014. [citerad 7 oktober 2017]. Hämtad från: <http://www.regeringen.se/informationsmaterial/2014/01/en-strategi-for-lika-rattigheter-och-mojligheter-oavsett-sexuell-laggning-konsidentitet-eller-konsuttryck/>.
17. World Health Organisation (WHO). Sexual health [Internet]. Geneva 2016 [uppdaterad 2016; citerad 9 september]. Hämtad från: http://www.who.int/topics/sexual_health/en/.
18. Forsberg M. Brunetter och blondiner: om ungdom och sexualitet i det mångkulturella Sverige [Doktorsavhandling, Göteborg]. Göteborg: Göteborgs universitet; 2005 [citerad 10 oktober 2016]. Hämtad från: <http://gup.ub.gu.se/publication/31004>.
19. Plantin L, Månsson S-A. Sexualitetsstudier. Malmö: Liber förlag AB; 2012.
20. Löfgren-Mårtensson L. Sexualitet. Malmö: Liber AB; 2013.
21. Helmius G. Manus för mognad. Om kärlek, sexualitet och socialisation i ungdomsåren. Smedjebacken: Mimers Brunn Kunskapsförlaget; 2000.
22. Lewin B, redaktör. Sex i Sverige. Om sexuallivet i Sverige 1996 Stockholm: Folkhälsinstitutet; 1998.

23. Forsberg M. Ungdomar och sexualitet. En forskningsöversikt år 2005. [Internet]. Stockholm: Statens folkhälsinstitut, 2005. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/21519/r200618Undomarochsex0605.pdf>.
24. Utbildningsdepartementet. Om sexuallivet i Sverige. Stockholm. Värderingar, normer, beteenden i sociologisk tolkning 1969. [citerad 7 augusti 2016]. Hämtad från: http://www.zetterberg.org/Books/b69_Sex/b1969_dir/bok_009.htm.
25. Folkhälsomyndigheten. Folkhälsomyndighetens specialrapport från Ungdomsbarometern - Ungdomar och sexualitet 2014/15. [Internet]. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2015 [uppdaterad 2015; citerad 8 september 2016]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/documents/sexualitet-halsa/Ungdomsbarometern-2014.pdf>.
26. Skolöverstyrelsen. SAM 73-90 : Skolöverstyrelsens sex- och samlevnadsundersökning bland 17-åringar Stockholm: Skolöverstyrelsen, Elevvård och hälsoprogrammet, 1991.
27. Smittskyddsinstitutet. Hiv i Sverige – Kunskaper, attityder och beteenden hos allmänheten 1987–2011 [Internet]. Stockholm: Smittskyddsinstitutet, 2013. [citerad 8 augusti 2016]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/h/Hiv-i-Sverige--Kunskaper-attityder-och-beteenden-hos-allmanheten-19872011/>.
28. Sundström K, Centerwall, E, Nilsson, A, Nordenmark, L. Hur göra dom andra? Om sexualitet och samlevnad på 1990-talet. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2000.
29. Tikkanen R, Abellson, J, Forsberg, M. UngKAB09 - Kunskap, attityder och sexuella handlingar bland unga. [Internet]. Göteborg: Göteborgs universitet, 2011. [citerad 2 september 2016]. Hämtad från: <https://gupea.ub.gu.se/handle/2077/25017>.
30. Stiftelsen allmänna barnhuset. Unga sex och Internet – i en föränderlig värld. [Internet]. Stockholm: Stiftelsen allmänna barnhuset, Linköpings universitet, Barnafriid Lunds universitet,, 2015. [citerad 4 juni 2016]. Hämtad från: http://www.allmannabarnhuset.se/wp-content/uploads/2015/11/Unga_sex_internet_2015_slutlig.pdf.

31. Lindroth M. Utsatthet och sexuell hälsa. En studie om unga på statliga ungdomshem [Doktorsavhandling, internet]: Malmö högskola; 2013 [citerad 15 augusti 2016]. Hämtad från: <http://dspace.mah.se/handle/2043/15887>.
32. Johansson K, El-Khatib, Z. Killar som har sex med killar. En studie i Sverige om sexuell hälsa och hiv bland internetaktiva unga killar som har sex med killar - fördjupade analyser på MSMenkäten 2013 i åldersgruppen 15-25. [Internet]. Umeå universitet, 2016. [citerad 3 januari 2017]. Hämtad från: <http://umu.diva-portal.org/smash/get/diva2:927934/FULLTEXT01.pdf>.
33. Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (MUCF). Hon, hen, han. En analys av hälsosituationen för homosexuella och bisexuella ungdomar samt för unga transpersoner. [Internet]. Stockholm: Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (MUCF), 2010. [citerad 9 januari 2017]. Hämtad från: <http://www.mucf.se/publikationer/hon-hen-han>.
34. Folkhälsomyndigheten. Hälsan och hälsans bestämningsfaktorer för transpersoner. En rapport om hälsoläget bland transpersoner i Sverige. [Internet]. Solna: Folkhälsomyndigheten, 2015. 13 oktober 2016. Report No. [citerad 9 september 2016]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/20250/halsan-halsans-bestamningsfaktorer-transpersoner-15038-webb.pdf>.
35. Folkhälsomyndigheten. Hälsa på lika villkor - nationella folkhälsoenkäten. Folkhälsodata [Internet]. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2015 [uppdaterad 2015; citerad 20 september 2016]. Hämtad från: http://fohm-app.folkhalsomyndigheten.se/Folkhalsodata/pxweb/sv/B_HLV/?rxid=53104188-6c24-46db-826d-5c6f68d4c583.
36. Statens folkhälsoinstitut. Sex, hälsa och välbefinnande. [Internet]. Östersund: 2012. [citerad 3 september 2016]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12779/R2012-01-Sex-halsa-och-valbefinnande.pdf>.
37. Andershed H, Andershed, A. Normbrytande beteende i barndomen. Vad säger forskningen? Stockholm: Socialstyrelsen och Ghotia Förlag AB; 2008.

38. Lindroth M. Sexual chance taking: a qualitative study on sexuality among detained youths. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2013;Volume 18(Issue 5):Pages 335-42. DOI: 10.3109/13625187.2013.814770. Epub 2013 Jul 24.
39. Statens folkhälsoinstitut. Särbehandlad och kränkt – en rapport om sambanden mellan diskriminering och hälsa. [Internet]. Stockholm: 2005. 2005:49. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/21503/r200549sarbehandlad0602.pdf>.
40. Folkhälsomyndigheten. Rätten till hälsa. Hur normer och strukturer inverkar på transpersoners upplevelser av sexuell hälsa. [Internet]. Solna: Folkhälsomyndigheten, 2016. [citerad 1 november 2016]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/24232/ratten-halsa-16045-webb.pdf>.
41. Hammarstrom S, Tikkanen R, Stenqvist K. Identification and risk assessment of Swedish youth at risk of chlamydia. *Scand J Public Health*. 2015;43(4):399-407. DOI:10.1177/1403494815572722.
42. Statens folkhälsoinstitut. Diskriminering - ett hot mot folkhälsan. Slutrapport från projektet Diskriminering och hälsa. [Internet]. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut, 2006. [citerad 10 januari 2017]. Hämtad från: <http://docplayer.se/14603501-Diskriminering-ett-hot-mot-folkhalsan-slutrapport-fran-projektet-diskriminering-och-halsa.html>.
43. Riksdagen. Diskrimineringslag. Svensk författningssamling (SFS) 2008:567 [Internet]. Stockholm. [citerad 10 december 2016]. Hämtad från: http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/diskrimineringslag-2008567_sfs-2008-567.
44. The United Nations (UN). The Universal Declaration of Human Rights. [Internet]. Paris: 1948. Resolution 217 A. [citerad 7 december 2016]. Hämtad från: <http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/index.html>.
45. Regeringen. FN:s konventioner om Mänskliga rättigheter. [Internet]. Stockholm: Regeringen, 2013. [citerad 15 september 2016]. Hämtad från: <http://www.regeringen.se/contentassets/d6d5653029e14e338a4b86f5f4b34c6b/fns-konventioner-om-manskliga-rattigheter>.

46. World Health Organisation (WHO). Sexual health, human rights and the law. [Internet]. Geneva: 2015. [citerad 9 januari 2017]. Hämtad från: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/sexual-health-human-rights-law/en/.
47. Kumashiro K. Troubling Education: Queer Activism and Anti-Oppressive Pedagogy. New York: Routledge; 2002.
48. Matsson T. Intersektionalitet i socialt arbete. Malmö: Gleerups Utbildning AB; 2010.
49. Socialdepartementet. Män och jämställdhet SOU 2014:6. [Internet]. Stockholm: Regeringen, 2014. [citerad 9 januari 2017]. Hämtad från: <http://www.regeringen.se/49b70d/contentassets/6e2024c9c99948bfa052224089272c0e/man-och-jamstalldhet-fran-missiv-till-bilaga-8-sou-20146>.
50. Kulturdepartementet. Bortom Vi och Dom. Teoretiska reflektioner om makt, integration och strukturell diskriminering. [Internet]. Stockholm: Regeringen, 2005. [citerad 2 december 2016]. Hämtad från: <http://www.regeringen.se/rattsdokument/statens-offentliga-utredningar/2005/06/sou-200541/>.
51. Bredström A. Safe Sex, Unsafe Identities: Intersections of 'Race', Gender and Sexuality in Swedish HIV/AIDS Policy [Internet]. Linköping: Linköpings universitet; 2008 [citerad 2 februari 2017]. Hämtad från: <http://liu.diva-portal.org/smash/get/diva2:17781/FULLTEXT01.pdf>.
52. Folkhälsomyndigheten. Hivinfektion [Internet]. 2016 [uppdaterad 2015; citerad 10 januari 2017]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/sjukdomsstatistik/hivinfektion/>.
53. Folkhälsomyndigheten och Referensgruppen för Antiviral terapi (RAV). Smittsamhet vid behandlad hivinfektion. Kunskapsunderlag från Folkhälsomyndigheten och Referensgruppen för Antiviral terapi (RAV). [Internet]. Solna: Folkhälsomyndigheten, 2014. [citerad 10 januari 2017]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/s/Smittsamhet-vid-behandlad-hivinfektion/>.
54. The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Prevention gap report. [Internet]. Geneva: The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), 2016. [citerad 31 januari 2017]. Hämtad från: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2016-prevention-gap-report_en.pdf.

55. ECDC. HIV/AIDS surveillance in Europe 2015. [Internet]. The European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) and The WHO Regional Office for Europe, 2016. [citerad 6 januari 2017]. Hämtad från: <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/HIV-AIDS-surveillance-Europe-2015.pdf>.
56. Statens folkhälsoinstitut. Målområde 8. Sexualitet och reproduktiv hälsa. Kunskapsunderlag för folkhälsopolitisk rapport 2010. [Internet]. Östersund: 2011. [citerad 9 januari 2017]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12538/R2011-02-Sexualitet-och-reproduktiv-halsa.pdf>.
57. Folkhälsomyndigheten. Klamydiainfektion [Internet]. 2016 [uppdaterad 2015; citerad 10 januari 2017]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/sjukdomsstatistik/klamydiainfektion/?t=com>.
58. Folkhälsomyndigheten. Gonorré [Internet]. 2016 [uppdaterad 2015; citerad 10 januari 2017]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/sjukdomsstatistik/gonorre/?t=com>.
59. Folkhälsomyndigheten. Syfilis [Internet]. 2016 [uppdaterad 2015; citerad 10 januari 2017]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/sjukdomsstatistik/syfilis/?t=com>.
60. Folkhälsomyndigheten. Hepatit B [Internet]. 2016 [uppdaterad 2015; citerad 10 januari 2017]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/sjukdomsstatistik/hepatit-b/?t=com>.
61. Folkhälsomyndigheten. Hepatit C [Internet]. 2016 [uppdaterad 2015; citerad 10 januari 2017]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/sjukdomsstatistik/hepatit-c/?t=com>.
62. Socialstyrelsen. Statistik om aborter 2015. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016 [uppdaterad 2016; citerad 9 September 2016]. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikefteramne/aborter>.

63. Statistiska centralbyrån (SCB). Teknisk Rapport. Beskrivning av genomförande och metoder. [Internet]. Solna: Folkhälsomyndigheten, 2015. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/documents/statistik-uppfoljning/enkater-undersokningar/nationella-folkhalsoenkaten/tekniska-rapporter/teknisk-rapport-nationellt-urval-inklusive-bilagor-2015.pdf>.
64. Statistiska centralbyrån (SCB). Teknisk Rapport. Beskrivning av genomförande och metoder. [Internet]. Solna: Folkhälsomyndigheten, 2016. [citerad 5 januari 2017]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/documents/statistik-uppfoljning/enkater-undersokningar/nationella-folkhalsoenkaten/2016/Teknisk-rapport-inkl-bilagor-nationellt-urval-2016.pdf>.
65. Statistiska centralbyrån (SCB). Vad innebär diskriminering? Jämförelser mellan olika gruppers uppfattningar och med närliggande begrepp. Samverkansprojektet ”Diskriminering och hälsa” U/MET, SCB. En kvalitativ undersökning. Örebro: Mättekniska laboratoriet, 2006. [citerad 2 februari 2017]. Hämtad från: http://euroquality.se/pdf/rapporter/scb_rapport_diskriminering_halsa.pdf.
66. Ungdomsstyrelsen. FOKUS07. En analys av ungdomars hälsa och utsatthet. [Internet]. Stockholm: 2007. [citerad 15 februari 2017]. Hämtad från: https://www.mucf.se/sites/default/files/publikationer_uploads/fokus_07.pdf.
67. UMO. Våldtäkt och andra sexuella övergrepp [Internet]. Stockholm: Stockholms läns landsting, UMO.se; 2017 [citerad 1 mars 2017]. Hämtad från: <http://www.umo.se/Vald--krankningar/Valdtakt-och-andra-sexuella-overgrepp/>.
68. Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK). Sexuellt våld [Internet]. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK); 2016 [citerad 1 mars 2017]. Hämtad från: <http://nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/sexuellt-vald/sexuellt-vald/>.
69. Palm A. Studies on routine inquiry about violence victimization and alcohol consumption in youth clinics. [Doktorsavhandling, Internet]. Uppsala: Uppsala universitet; 2016 [citerad 9 januari 2017]. Hämtad från: <http://uu.diva-portal.org/smash/get/diva2:1049232/FULLTEXT01.pdf>.

70. Brottsförebyggande rådet (Brå). Nationella trygghetsundersökningen (NTU), Om utsatthet, otrygghet och förtroende. [Internet]. Stockholm: 2017. Hämtad från: <https://www.bra.se/bra/publikationer/arkiv/publikationer/2017-01-10-nationella-trygghetsundersokningen-2016.html>.
71. RFSL. Osynliga synliga aktörer. HBT-personer med erfarenhet av att sälja och/eller köpa sexuella tjänster. [Internet]. Stockholm: Riksförbundet för homosexuellas bisexuellas transpersoners och queeras rättigheter (RFSL), 2011. [citerad 8 januari 2016]. Hämtad från: <https://alfresco.rfsl.se/share/s/40M0ziL6TcOP-iECiQTvWg>.
72. Jonsson L, Engvall, C. Unga som har sex mot ersättning. En kunskapsöversikt till stöd och hjälp. Stockholms stad, 2014. [citerad 15 januari 2017]. Hämtad från: <http://www.stockholm.se/Fristaende-webbplatser/Fackforvaltningssajter/Socialtjanstforvaltningen/Utvecklingsenheten/Utvecklingsprojekt/Barn-och-unga-som-har-sex-mot-ersattning/?oversatt=>.
73. Fridlund V, Stenqvist K, Nordvik MK. Condom use: the discrepancy between practice and behavioral expectations. *Scand J Public Health*. 2014;42(8):759-65. DOI:10.1177/1403494814550518.
74. Makenzius M. Unintended Pregnancy, Abortion and Prevention Women and Men's Experiences and Needs [Doktorsavhandling, Internet]. Uppsala: Uppsala universitet; 2012 <http://uu.diva-portal.org/smash/get/diva2:543885/FULLTEXT01.pdf>.
75. Isaksson A. Gratis preventivmedel gav färre aborter. [Internet]. Luleå: Norrbottens Kuriren,; 2016 [uppdaterad 15-03-2016]. Hämtad från: <http://www.kuriren.nu/nyheter/lulea/gratis-preventivmedel-gav-farre-aborter-8178940.aspx>.
76. Socialstyrelsen. Tonårsaborterna minskar 2016 [uppdaterad 2016-05-17; citerad 9 januari 2017]. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2016/tonarsaborternaminskar>.
77. Socialdepartementet. Särskilda satsningar på ungas & äldres hälsa. [Internet]. Stockholm: Regeringen, 2016. [citerad 3 januari 2017]. Hämtad från: http://www.regeringen.se/4af7f7/contentassets/ee9477d0121045b9996534c35ab0adfd/sarskilda-satsningar-pa-ungas-och-aldres-halsa-ds2015_59.pdf.

78. Folkhälsomyndigheten. Motiverande samtal - Metodstöd i arbetet för säkrare sex [Internet]. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2014 [uppdaterad 2015; citerad 1 september 2016]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/motiverande-samtal-om-sexuell-halsa/>.
79. Carré H. Who's at risk of catching Chlamydia trachomatis? Identifying factors associated with increased risk of infection to enable individualized care and intervention [Doktorsavhandling, Internet]. Umeå: Umeå universitet; 2010 [citerad 4 november 2016]. Hämtad från: <http://umu.diva-portal.org/smash/get/diva2:370776/FULLTEXT01.pdf>.
80. Christianson M. What's behind sexual risk taking? exploring the experiences of chlamydia-positive, HIV-positive, and HIV-tested young women and men in Sweden [Doktorsavhandling, Internet]. Umeå: Umeå universitet; 2006 [citerad 9 januari 2017]. Hämtad från: <http://umu.diva-portal.org/smash/get/diva2:145213/FULLTEXT01.pdf>.
81. Stockholms läns landsting. "Because he's worth it". Utvärdering av Järva mansmottagning, en hälsofrämjande sex- och samlevnadsmottagning för män. Stockholm: Stockholms läns landsting, Lafa, 2009. [citerad 9 januari 2017]. Hämtad från: http://www.lafa.nu/Documents/Rapporter/Because_hes_worth_it.pdf.
82. Utbildningsdepartementet. Förordning om läroplan för grundskolan, förskoleklassen och fritidshemmet (SKOLFS 2010:37) [Internet]. Stockholm: Regeringen, 2010. [citerad 10 januari 2017]. Hämtad från: <http://www.skolverket.se/skolfs?id=1636>
83. Utbildningsdepartementet. Förordning om läroplan för sameskolan samt för förskoleklassen och fritidshemmet i vissa fall (SKOLFS 2010:251). [Internet]. Stockholm: Regeringen, 2010. [citerad 10 januari 2017]. Hämtad från: <http://www.skolverket.se/publikationer?id=2600>.
84. Utbildningsdepartementet. Förordning om läroplan för grundsärskolan (SKOLFS 2010:255). [Internet]. Stockholm: Regeringen, 2010. [citerad 10 januari 2017]. Hämtad från: <http://www.skolverket.se/skolfs?id=2073>
85. Utbildningsdepartementet. Förordning om läroplan för specialskolan samt för förskoleklassen och fritidshemmet i vissa fall (SKOLFS 2010:250). [Internet]. Stockholm: Regeringen, 2010. [citerad 10 januari 2017]. Hämtad från: <http://www.skolverket.se/publikationer?id=2697>.
86. Utbildningsdepartementet. Förordning om läroplan för gymnasieskolan (SKOLFS 2011:144). [Internet]. Stockholm: Regeringen, 2011. Hämtad från: <http://www.skolverket.se/publikationer?id=2705>.

87. Utbildningsdepartementet. Förordning om läroplan för gymnasiesärskolan (SKOLFS 2013:148). [Internet]. Stockholm: 2013. [citerad 10 januari 2017]. Hämtad från: <http://www.skolverket.se/publikationer?id=3068>.
88. Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (MUCF). Fokus 15, del 1 - Rätten till kunskap. Ungas sexuella och reproduktiva rättigheter. [Internet]. Stockholm: Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (MUCF), 2015. [citerad 9 januari 2017]. Hämtad från: <http://www.mucf.se/publikationer/fokus-15-del-1-ratten-till-kunskap>.
89. Skolverket. Sex och samlevnadsundervisning i gymnasieskolan. Sexualitet, relationer och jämställdhet i de gymnasiegemensamma ämnena. Stockholm: Skolverket; 2013.
90. Skolverket. Sex- och samlevnadsundervisning i grundskolans tidigare år. Jämställdhet, sexualitet och relationer i ämnesundervisningen. [Internet]. Stockholm: Skolverket, 2014. [citerad 9 januari 2017]. Hämtad från: http://www.skolverket.se/polopoly_fs/1.202694!/Sex_och_samlevnad_grundskolans_styrdokument_2.pdf.
91. Skolverket. Sex- och samlevnadsundervisning i grundskolans senare år. Jämställdhet, sexualitet och relationer i ämnesundervisningen. Årskurserna 7-9. [Internet]. Stockholm: Skolverket, 2013. [citerad 10 januari 2017]. Hämtad från: <http://www.skolverket.se/skolutveckling/vardegrund/likabehandling/sex-och-samlevnad>.
92. Smittskyddsinstitutet. Att förebygga hiv och STI. Kunskapsunderlag och vägledning för förebyggande arbete bland ungdomar och unga vuxna. Stockholm: Smittskyddsinstitutet, 2011. [citerad 1 juni 2016]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12839/forebygga-hiv-sti-2011-1-2.pdf>.
93. Socialstyrelsen. Att förebygga oönskade graviditeter. Kartläggning, beskrivning och analys av verksamheters arbete med unga och unga vuxna. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
94. Socialdepartementet. Bättre förutsättningar för det förebyggande arbetet - idépromemoria från Socialdepartementets arbetsgrupp för förebyggande av oönskade graviditeter. [Internet]. Stockholm: Regeringen, 2009. [citerad 9 januari 2017]. Hämtad från: <http://www.regeringen.se/49b6ce/contentassets/e3a4cca53b3c4b18bde19cf2a9165baf/battre-forutsattningar-for-det-forebyggande-arbetet>.

95. Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar (FSUM). Ni är grymma. Keep up the good work. [Internet]. Järfälla: 2014. [citerad 17 september 2016]. Hämtad från: <http://www.fsum.org/fsum/wp-content/uploads/2011/02/statistik.pdf>.

BILAGA 1

Enkäten UngKAB15



BILAGA 1 Enkäten UngKAB15

Här kommer först några frågor om dig och din bakgrund.

1. Vilket år är du född? År: 1 9
2. Är du man eller kvinna? ☐ Man ☐ Kvinna ☐ Jag vill inte kategorisera mig
3. Är du eller har du varit transperson? <i>Transperson är ett samlingsbegrepp som brukar användas för att beskriva personer vars könsidentitet och/eller könsuttryck tidvis eller alltid skiljer sig från normen för det kön som registrerades för dem vid födseln.</i> ☐ Ja ☐ Nej
4. Vilken är din högsta avslutade utbildning? ☐ Grundskola eller motsvarande ☐ 2-årigt gymnasium eller yrkesskola ☐ 3-4 årigt gymnasium ☐ Folkhögskola, kvalificerad Yrkesutbildning (KY och YH) eller motsvarande ☐ Universitet eller högskola <u>kortare</u> än 3 år ☐ Universitet eller högskola 3 år eller längre
5. Med vem delar du bostad? <i>Det vill säga vem du bor med större delen av veckan. Du kan markera flera svarsalternativ.</i> ☐ Ingen ☐ Föräldrar/syskon ☐ Make/maka/sambo/ partner ☐ Andra vuxna ☐ Barn ☐ I kollektiv eller studentkorridor
6. Hur skulle du beskriva din/ditt hushålls ekonomi? ☐ Mycket god ☐ Ganska god ☐ Inte särskilt god ☐ Inte alls god ☐ Vet inte

Nu kommer frågor om din hälsa, trygghet och sociala relationer.

7. Hur bedömer du din hälsa? ☐ Mycket bra ☐ Bra ☐ Någorlunda ☐ Dålig ☐ Mycket dålig				
8. Vilket av följande påståenden beskriver dig bäst? ☐ Jag har ett <u>oproblematiskt</u> förhållande till mat och ätande ☐ Jag har ett <u>problematiskt</u> förhållande till mat och ätande				
9. Har du någon du kan prata med om dina innersta känslor? ☐ Ja ☐ Nej				
10. Kan du få hjälp av någon eller några personer om du har praktiska problem eller är sjuk? <i>Till exempel få råd, låna saker och flytt hjälp.</i> ☐ Ja, alltid ☐ Ja, för det mesta ☐ Nej, för det mesta inte ☐ Nej, aldrig ☐ Vet inte				
11. Om du tänker på de senaste 6 månaderna, hur ofta har du då haft följande besvär?				
	Någon gång i månaden eller mer sällan	Någon gång i veckan	I stort sett varje dag	
a.	Huvudvärk	☐	☐	☐
b.	Ont i magen	☐	☐	☐
c.	Ont i ryggen	☐	☐	☐
d.	Känt mig nere	☐	☐	☐
e.	Varit irriterad eller på dåligt humör	☐	☐	☐
f.	Känt mig nervös	☐	☐	☐
g.	Haft svårt att somna	☐	☐	☐
h.	Känt mig yr	☐	☐	☐

12. Har du någon gång, utan läkares ordination, använt receptbelagda läkemedel, såsom smärtstillande, lugnande eller sömnmedel?

- ☐ Nej
☐ Ja
☐ Vet inte

Nu kommer frågor om diskriminering och fysiskt våld

13. Har du under de senaste 12 månaderna blivit behandlad/bemött på ett sätt så att du känt dig diskriminerad eller kränkt?

- ☐ Ja
☐ Nej → Gå till fråga 16

14. Hade den diskriminerande eller kränkande behandlingen samband med något av följande? Du kan markera flera svarsalternativ.

- ☐ Etnisk tillhörighet
☐ Kön
☐ Sexuell läggning
☐ Ålder
☐ Funktionsnedsättning
☐ Religion
☐ Könsidentitet och/eller könsuttryck
☐ Annat:

15. Var blev du diskriminerad eller kränkt? Du kan markera flera svarsalternativ.

- ☐ I skolan, på arbetsplatsen/i arbetet
☐ I hemmet av familj och/eller släkt
☐ I annans bostad/i bostadsområdet
☐ På allmän plats
☐ På eller i anslutning till tåg, buss, spårvagn/tunnelbana
☐ Internet och sociala medier
☐ Hälso- och sjukvård
☐ Nattklubb, restaurang
☐ Socialtjänst/HVB-hem/institutionsvård
☐ Polis
☐ Kriminalvård
☐ Religiösa trossamfund, kyrka, moské
☐ Föreningsliv/organisation (inräknat idrottsrörelser)
☐ Annan myndighet eller samhällsfunktion

☐ Annat:

16. a) Har du under de senaste 12 månaderna varit utsatt för fysiskt våld?

☐ Ja

☐ Nej → *Gå till fråga 17*

b) Var skedde våldet
Du kan markera flera svarsalternativ.

☐ I skolan/på arbetsplatsen/i arbetet

☐ I hemmet av min familj och/eller släkt

☐ I annans bostad/i bostadsområdet

☐ På allmän plats/på nöjesställe

☐ På eller i anslutning till tåg, buss, tunnelbana/spårvagn

☐ Någon annanstans:

c) Hade det samband med diskriminering?

☐ Ja

☐ Nej

17. Hur väl stämmer följande påståenden in på dig?

		Instämmer helt	Instämmer inte	Osäker
a.	Jag är i stort sett nöjd med mig själv	☐	☐	☐
b.	Jag kan göra saker lika bra som de flesta andra	☐	☐	☐
c.	Jag känner mig glad när jag tänker på min framtid	☐	☐	☐
d.	Jag har kontroll över mitt liv	☐	☐	☐

18. Har du någon gång tänkt på att ta ditt liv?

☐ Nej → *Gå till fråga 20*

☐ Ja

19. Har du försökt ta ditt liv?

☐ Nej

☐ Ja, under de senaste 12 månaderna

☐ Ja, någon gång för mer än 12 månader sen

Nu kommer frågor om sexualitet och relationer

20. Betraktar du dig idag som:			
☐ Heterosexuell			
☐ Homosexuell			
☐ Bisexuell			
☐ Jag brukar inte kategorisera mig sexuellt			
☐ Jag vet inte			
☐ Annat:			
21. Hur nöjd är du med ditt nuvarande sexliv?			
☐ Mycket nöjd			
☐ Ganska nöjd			
☐ Varken nöjd eller missnöjd			
☐ Ganska missnöjd			
☐ Mycket missnöjd			
22. Är du omskuren eller könsstympad?			
☐ Nej, jag är inte omskuren eller könsstympad			
☐ Ja, jag är omskuren eller könsstympad och det påverkar inte mitt välbefinnande eller min sexuella hälsa			
☐ Ja, och det påverkar mitt välbefinnande och min sexuella hälsa			
23. Vad är viktigt för dig, i en sexuell relation?			
	Ja	Nej	Ingen åsikt/ Vet inte
a. Att jag kan prata om sex	☐	☐	☐
b. Att vi har lika mycket intresse för sex	☐	☐	☐
c. Att vi bestämmer lika mycket hur och var vi har sex	☐	☐	☐
d. Att vi, om det behövs, skyddar oss mot sexuellt överförda infektioner	☐	☐	☐
e. Att, om vi inte vill bli gravida/få barn, skyddar oss med preventivmedel	☐	☐	☐
f. Att vi har testat oss för sexuellt överförda infektioner	☐	☐	☐

24. När du har sex med en ny partner som vill använda kondom vid samlag, hur reagerar du då?
Du kan markera flera svarsalternativ.

- ☐ Jag tycker personen verkar vara omtänksam/ansvarsfull
- ☐ Det skulle kännas som att personen kanske har en könssjukdom eller tror att jag har det
- ☐ Jag vill gärna använda kondom själv och tycker det är bra om min partner föreslår det
- ☐ Jag tycker det är bra eftersom jag då inte behöver oroa mig efteråt
- ☐ Jag vill inte använda kondom och blir störd om min partner föreslår det
- ☐ Jag tycker att det är bra eftersom det blir enklare att ha sex med kondom
- ☐ Om jag känner personen sedan tidigare tycker jag inte det behövs
- ☐ Vet inte
- ☐ Inte aktuellt, jag har inte samlag när jag har sex

Här kommer frågor om samlag och andra sexuella aktiviteter

25. Har du någon gång haft sex?

- ☐ Ja
- ☐ Nej → *Gå till fråga 47*

26. Hur gammal var du första gången du hade sex med någon annan?
Om du är osäker så ange ungefär.

Jag var år

27. Med hur många personer har du totalt haft sexuell kontakt med?
Gör en uppskattning om du är osäker.

personer

28. Hur många personer har du haft sex med de senaste 12 månaderna?
Gör en uppskattning om du är osäker.

personer

29. Har du någon gång varit i en fast relation och haft sexuella kontakter utanför den relationen?

- ☐ Nej
- ☐ Ja

Här kommer frågor om senaste gången du hade sex

30. Om du tänker på den senaste gången du hade sex, stämmer följande påståenden in på det tillfället?			
	Ja	Nej	Kan/vill inte svara
a. Jag hade sex på ett sådant sett som jag ville	☐	☐	☐
b. Jag kände att jag kunde föreslå och använda kondom eller annat preventivmedel om jag ville	☐	☐	☐
c. Jag hade sex på en trygg plats där jag kände mig säker	☐	☐	☐

31. Vem eller vilka hade du sex med vid detta tillfälle?
☐ Med en kille
☐ Med en tjej
☐ Med en person som inte kategoriserar sig utifrån sitt kön
☐ Med flera personer

32. Gjorde/anhvände ni något av följande den senaste gången du hade sex tillsammans med någon annan?	
<i>Du kan markera flera svarsalternativ.</i>	
☐ Smeksex/gnidsex/petting	
☐ Oralsex/munsex	
☐ Online sex/sex över internet	
☐ Vaginalt samlag	
☐ Analt samlag	
☐ Sexleksaker/hjälpmiddel	
☐ Annat:	

33. Använde du/ni något av följande skydd eller preventivmedel vid senaste sextillfället? <i>Du kan markera flera svarsalternativ.</i> ☐ P-pillar, minipiller, p-stav, p-ring, p-plåster, spiral (hormonell metod) ☐ Kondom som användes under hela samlaget/sextillfället ☐ Kondom, som sattes på strax före utlösning ☐ Kopparspiral ☐ Ja, Vagi-anal kondom (även kallat femidom) ☐ Pessar ☐ Avbrutet samlag ☐ Använde naturlig familjeplanering (så kallat säkra perioder) ☐ Akut-p-pillar ☐ Det behövdes inte eftersom vi hade sex på ett sätt där kondom eller andra preventivmedel inte behövs. ☐ Vi använde inget skydd, men det hade behövts ☐ Osäker, vet inte ☐ Annat:
OM DU/NI INTE ANVÄNDE KONDOM: 34. Vad var det viktigaste skälet till det? <i>Du ska bara markera ett svarsalternativ.</i> ☐ Vi hade ingen kondom till hands ☐ Använde annat graviditetsskydd (p-pillar, spiral eller liknande) ☐ Jag var påverkad av alkohol ☐ Jag tycker det är skönare utan ☐ Vi hade testat oss och visste att ingen av oss hade en könssjukdom, hiv eller hepatit ☐ Annat:
35. Hade du druckit alkohol den senaste gången du hade sex tillsammans med någon annan? ☐ Nej ☐ Ja ☐ Vill/kan inte svara
36. Använde du hasch eller marijuana (cannabis) den senaste gången du hade sex tillsammans med någon annan? ☐ Nej ☐ Ja ☐ Vill/kan inte svara

37. Använde du någon annan narkotika än hasch eller marijuana (till exempel: amfetamin kokain, heroin, ecstasy, LSD, Spice eller andra nättdroger) den senaste gången du hade sex tillsammans med någon annan?

☐ Nej

☐ Ja

☐ Vill/kan inte svara

38. Hade du injicerat droger (använt spruta för att ta droger) den senaste gången du hade sex tillsammans med någon?

☐ Nej

☐ Ja

☐ Vill/kan inte svara

Nu kommer några frågor om abort och preventivmedel

39. Kan du tänka dig att använda någon av följande preventivmetoder?

	Ja	Nej	Vill eller kan inte svara	Inte aktuellt
a. Minipiller (p-piller utan östrogen)	☐	☐	☐	☐
b. P-piller	☐	☐	☐	☐
c. P-ring	☐	☐	☐	☐
d. P-stav	☐	☐	☐	☐
e. P-plåster	☐	☐	☐	☐
f. Spiral	☐	☐	☐	☐
g. Pessar	☐	☐	☐	☐
h. Vagi-anal kondom/femidom	☐	☐	☐	☐
i. Kondom	☐	☐	☐	☐
j. Naturlig familjeplanering (säkra perioder)	☐	☐	☐	☐

40. Vilket/vilka preventivmedel har du använt senast 12 månaderna?

Du kan markera flera svarsalternativ.

- ☐ Har inte använt någon preventivmetod
- ☐ P-piller
- ☐ Minipiller (p-piller utan östrogen)
- ☐ P-ring
- ☐ P-stav
- ☐ P-plåster
- ☐ Spiral
- ☐ Pessar
- ☐ Inte aktuellt med något av ovanstående
- ☐ Vagi-anal kondom/femidom
- ☐ Kondom
- ☐ Inte aktuellt med kondom/femidom

☐ Annat:

Om du betraktar dig som man → Gå till fråga 42

41. Om du som kvinna inte har använt hormonella preventivmedel under de senaste 12 månaderna. Vad är orsaken?

Du kan markera flera svarsalternativ.

- ☐ Jag har inte hunnit hämta ut receptet
- ☐ Jag har inte råd
- ☐ Jag vill bli gravid
- ☐ Jag är orolig för biverkningar
- ☐ Jag vill inte använda hormonella preventivmedel
- ☐ Jag använder kondom istället
- ☐ Jag har blivit avrättad av sjukvården
- ☐ Inte aktuellt

☐ Annat:

42. Har du eller en partner genomgått en abort?

- ☐ Ja
- ☐ Nej → Gå till fråga 47
- ☐ Vet inte → Gå till fråga 47

Frågorna 43-46 besvaras av dig som svarat att du/din partner gjorde abort. Övriga går vidare till fråga 47.
Om du varit med om flera aborter så tänk på den senaste.

43. Vilken/vilka mottagningar hade du eller din partner kontakt med i samband med aborten? <i>Du kan markera flera svarsalternativ.</i> ☐ Elevhälsoteamet på skolan (skolkurator, skolpsykolog eller skolsköterska) ☐ Vårdcentral ☐ Ungdomsmottagning ☐ Sex- och samlevnadsklinik (SESAM) ☐ Kvinnoklinik vid ett sjukhus ☐ Barnmorskemottagning eller mödrahälsovård ☐ Studenthälsomottagning ☐ Hälsomottagning i kriminalvård, statlig institutionsvård (SIS) ☐ Hälsomottagning inom asyl/flyktingmottagning ☐ Hälsomottagning inom socialtjänsten/beroendevård ☐ Vet inte
44. Hade du/din partner ett samtal med en kurator, läkare eller barnmorska i samband med aborten? ☐ Ja ☐ Nej → Gå till fråga 47 ☐ Vet inte
45. Gjorde samtalet att du funderade mer kring preventivmetoder och preventivmedel? ☐ Ja, jag funderar, men det har inte påverkat mitt val av preventivmetod ☐ Ja, jag har bättre koll på hur jag kan använda graviditetsskydd ☐ Nej, jag började inte fundera på hur jag skyddar mig eller val av preventivmedel ☐ Jag deltog inte i samtalet
46. Vad av följande stämmer för dig när det gäller samtalet i samband med aborten? <i>Du kan markera flera svarsalternativ.</i> ☐ Du kände dig respektfullt bemött ☐ Du blev motiverad att fundera på hur du kan skydda dig i framtiden ☐ Du kände dig dåligt behandlad och kränkt av samtalet ☐ Samtalet påverkade dig inte ☐ Jag deltog inte i samtalet

Nu kommer några frågor om att ha sex mot sin vilja eller sex mot ersättning.

47. Har det mot din vilja hänt dig att ...		Ja	Nej, det har inte hänt	Vill inte svara
a.	...någon blottat sig för dig?	☐	☐	☐
b.	...någon har berört ditt kön eller dina bröst?	☐	☐	☐
c.	...du har onanerat åt någon?	☐	☐	☐
d.	...du har haft vaginalt samlag?	☐	☐	☐
e.	...du har haft oralsex/munsex?	☐	☐	☐
f.	...du har haft analt samlag?	☐	☐	☐
g.	...någon har lagt ut nakenbilder av dig på internet?	☐	☐	☐
h.	...du själv lagt ut nakenbilder?	☐	☐	☐
i.	Annat:	☐	☐	☐

48. Har du någon gång...		Nej	Ja	Vill inte svara
a.	...gett någon ersättning/betalat för en sexuell tjänst?	☐	☐	☐
b.	...fått någon ersättning/betalat för en sexuell tjänst?	☐	☐	☐

Här kommer några frågor om könssjukdomar, HIV och testning.

49. Hur många sexpartner har du haft oskyddat analt eller vaginalt samlag med de senaste 12 månaderna?	
Gör en uppskattning om du är osäker.	
	personer

50. Har du eller har du haft någon av följande infektioner?		Nej	Ja	Vet inte
a.	Klamydia	☐	☐	☐
b.	Kondylom	☐	☐	☐
c.	Syfilis	☐	☐	☐
d.	Gonorré	☐	☐	☐

51. Har du någon av följande infektioner?			
	Nej	Ja	Vet inte
a. Hiv	☐	☐	☐
b. Könsherpes	☐	☐	☐
c. Hepatit B	☐	☐	☐
d. Hepatit C	☐	☐	☐

52. Har du någon gång testat eller undersökt dig för någon eller några av följande infektioner?			
	Nej, aldrig	Ja	Vill inte svara
a. Klamydia	☐	☐	☐
b. Könsherpes	☐	☐	☐
c. Gonorré	☐	☐	☐
d. Syfilis	☐	☐	☐
e. Kondylom	☐	☐	☐
f. Hiv	☐	☐	☐
g. Hepatit B	☐	☐	☐
h. Hepatit C	☐	☐	☐

Du som inte testat dig för någon könssjukdom eller hiv går vidare till fråga 57.

Fråga 53-56 besvaras av dig som testat dig för någon könssjukdom eller hiv.

53. Varför testade du dig?	
<i>Du kan markera flera svarsalternativ.</i>	
☐	Jag inledde en ny relation
☐	Jag testar mig med jämna mellanrum
☐	Jag hade haft oskyddat sex med en ny/tillfällig partner
☐	Jag blev kontaktpårad/smittspårad för hiv eller annan könssjukdom
☐	Annat:

54. Var testade du dig senaste gången?

- ☐ Vårdcentral/hälsocentral/husläkare
- ☐ Ungdomsmottagning
- ☐ Barnmorskemottagning
- ☐ Venereologmottagning/gynmottagning/sex- och samlevnadsmottagning
- ☐ Infektionsklinik
- ☐ Noaks Ark, RFSL (Check point), RFSU
- ☐ Student- eller elevhälsomottagning
- ☐ Hälsomottagning i kriminalvård eller statlig institutionsvård (SIS)
- ☐ Hälsomottagning inom asyl/flyktingmottagning
- ☐ Jag beställde ett test via internet
- ☐ Jag köpte ett test på apoteket

☐ Annat:

55. Var det någon som, där du senast testade dig, samtalade med dig om risker och skydd i samband med sex?

- ☐ Ja
- ☐ Nej → Gå till fråga 58

56. Hur påverkades du av samtalet?

	Ja, det stämmer	Nej, det stämmer inte	Vet inte
a. Samtalet gjorde att jag inte har oskyddat sex	☐	☐	☐
b. Samtalet gjorde att jag blev motiverad att använda preventivmedel	☐	☐	☐
c. Samtalet gjorde att jag använder kondom eller annat preventivmedel	☐	☐	☐
d. Samtalet gjorde mig irriterad	☐	☐	☐
e. Jag kände mig respektfullt bemött	☐	☐	☐
f. Jag fick bra och användbar information	☐	☐	☐

Fråga 57 besvaras av dig som inte testat dig för någon könssjukdom eller hiv.

57. Varför har du inte testat dig?

Du kan markera flera svarsalternativ.

- ☐ Jag har inte tänkt på att testa mig
- ☐ Jag har inte haft oskyddat sex
- ☐ Jag har blivit nekad eller avrädd av sjukvården att få ta ett test fast jag har velat
- ☐ Jag vet inte var jag kan testa mig
- ☐ Mottagningen är inte öppen de tider som jag kan gå och testa mig
- ☐ Jag har svårt att ta mig till en mottagning
- ☐ Jag litar inte på tystnadsplikten i sjukvården
- ☐ Jag är rädd att bli igenkänd av personal eller andra besökare på mottagningen

☐ Annat:

Nu kommer några frågor om vilken kunskap du har och vad du behöver samt var du hämtar information om sexualitet och relationer.

58. Markera de påståenden du känner till om klamydia och hiv

- ☐ Klamydia är mycket smittsamt
- ☐ Man kan ha klamydia länge utan att märka det
- ☐ Om man har klamydia kan man smitta andra även om man själv inte har några symptom
- ☐ Om man använder kondom varje gång man har sex, minskar man risken att få klamydia
- ☐ Klamydia kan smitta via vaginalsamlag, analsex och oralsex
- ☐ Om man behandlar hiv är risken mycket låg att överföra hiv till andra
- ☐ Alla som har hiv vet inte om det
- ☐ En person som ser frisk ut kan ha hiv
- ☐ Om man använder kondom varje gång man har sex, minskar man risken att få hiv
- ☐ Alla personer som vet om att de har hiv får behandling och kan leva ett lika långt liv som andra
- ☐ Det är viktigt att testa sig innan man slutar använda kondom med en ny partner
- ☐ Man måste testa sig för att veta om man har hiv

59. Vad tycker du att du behöver mer kunskap om?

Du kan markera flera svarsalternativ.

- ☐ Hur man flirtar/raggar
- ☐ Olika sätt att ha säkrare sex
- ☐ Hur hiv överförs
- ☐ Hur könssjukdomar överförs
- ☐ Hur det är att leva med hiv idag
- ☐ Hur jag kan prata om sex med en partner
- ☐ Hur jag kan prata om preventivmedel med en sexpartner
- ☐ Hur man undviker att kondomen går sönder
- ☐ Hur man undviker oönskade graviditeter
- ☐ Hur man hittar någon att ha en relation och vara tillsammans med
- ☐ Hur man får en relation att fungera bra
- ☐ Kondomanvändning
- ☐ Preventivmedelsanvändning (p-piller, p-stav mm)

☐ Ingenting

☐ Annat:

60. Varifrån har du huvudsakligen fått information om relationer, sexualitet, preventivmedel och könssjukdomar?

Du kan markera flera svarsalternativ.

- ☐ Internet
- ☐ Websidor som hälso- och sjukvården står bakom som t.ex. 1177 och UMO.se
- ☐ Ungdomsmottagning
- ☐ En mottagning inom hälso- och sjukvården (exempelvis SESAM, vårdcentral, barnmorskemottagning osv.)
- ☐ Undervisning om relationer och sexualitet i skolan
- ☐ Elevhälsan
- ☐ Kompisar/vänner
- ☐ Tryckt informationsmaterial
- ☐ TV, tidningar, radio
- ☐ Partner/s
- ☐ Pappa
- ☐ Mamma
- ☐ Vårdnadshavare (om annan än mamma och pappa)
- ☐ Syskon

☐ Annat:

61. Sex och samlevnad kan man ha i flera olika ämnen i skolan. Hur mycket fick du lära dig... <i>Tänk på hur det var både i grundskolan och på gymnasiet.</i>			
	Ingenting	För lite	Tillräckligt
a. ...om kroppen?	☐	☐	☐
b. ...om menstruation?	☐	☐	☐
c. ...om sexualitet?	☐	☐	☐
d. ...om kondomanvändning?	☐	☐	☐
e. ...om preventivmetoder?	☐	☐	☐
f. ...om hur man blir gravid?	☐	☐	☐
g. ...om hiv?	☐	☐	☐
h. ...om könssjukdomar?	☐	☐	☐
i. ...om genus, relationer och jämställdhet?	☐	☐	☐
j. ...om normer och HBT-perspektiv?	☐	☐	☐

62. Har du, i skolan, fått de kunskaper du behöver för att ta hand om din egen sexuella hälsa?	
☐ Ja, men för lite ☐ Ja, tillräckligt ☐ Nej, jag fick ingen undervisning om sexualitet och relationer i skolan	

63. Har du behov av något av följande?			
	Ja	Nej	Vet inte
a. Helgöppna mottagningar för testning och rådgivning	☐	☐	☐
b. Möjlighet att samtala med någon om sexualitet och relationer	☐	☐	☐
c. Gratis kondomer	☐	☐	☐
d. Billigare preventivmedel	☐	☐	☐
e. Mer kunskap om könssjukdomar	☐	☐	☐
f. Ökad kunskap om hur man kan beställa klamydiatest på internet	☐	☐	☐
g. Mer kunskap om kroppen	☐	☐	☐
h. Mer kunskap om fertilitet (förmågan att få barn) och graviditet	☐	☐	☐

64. Hur var det för dig att svara på det här frågeformuläret?

Du kan markera flera svarsalternativ.

- ☐ Frågorna var viktiga
- ☐ Frågorna var obehagliga
- ☐ Frågorna var roliga att svara på
- ☐ Frågorna var svåra att svara på
- ☐ Jag svarade uppriktigt på frågorna

65. Har du några ytterligare kommentarer får du gärna skriva dem här:

Tack för att du svarade på enkäten!

Har du frågor om undersökningen?

Om du har specifika frågor om undersökningen kan du kontakta undersökningsledare Monica Idestrom på Folkhälsomyndigheten genom att skicka e-post: monica.idealstrom@folkhalsomyndigheten.se eller ringa: 0102052717. Louise Mannheimer är ansvarig chef på Enheten för Hälsa och sexualitet.

Vill du läsa mer om sexualitet och relationer?

- **UMO, ungdomsmottagning på nätet**, www.umo.se. På UMO kan man hitta svar på frågor om sex, hälsa och relationer. Du kan få kunskap om kroppen, sex, relationer, psykisk hälsa, alkohol och droger, självkänsla, och mycket annat. Du kan få svar på dina frågor eller få nya idéer om hur man kan tänka kring sitt liv. Till Fråga UMO kan man ställa frågor anonymt och få ett personligt svar från någon som arbetar på UMO eller på en ungdomsmottagning. Man kan också ta del av andras frågor och svar. Om du vill komma i kontakt med en ungdomsmottagning nära dig, kan du söka i UMO:s katalog över alla ungdomsmottagningar. UMO.se är knuten till:
- **1177/vardguiden.se** som är en samlingsplats för information och tjänster inom hälsa och vård för hela landet. De erbjuder sjukvårdsrådgivning, information, inspiration och e-tjänster. De finns på webb och telefon och har öppet dygnet runt. Webbadressen är 1177.se och telefonnumret 1177 gäller för sjukvårdsrådgivning i hela landet. Bakom 1177 Vårdguiden står den svenska sjukvården genom alla landsting och regioner i samverkan.
- **Säkraresex.se** för alla som är mellan 18 och 29 år. På www.sakraresex.se kan du hitta svar på dina frågor om sex, hälsa och relationer. Bakom säkraresex.se står Stockholms läns landsting.
- **På folkhälsomyndigheten.se** finns mer information om sexuellt överförda infektioner och statistik som beskriver hur många i Sverige som varje år diagnosticeras med någon av de infektioner som ingår i smittskyddslagen.
- **Kvinnofridslinjen** (020-50 50 50) är en nationell stödtelefon för dem som utsatts för hot och våld. Linjen har öppet dygnet runt och det är gratis att ringa oavsett var du bor i Sverige. Samtalet syns inte på telefonräkningen. Till Kvinnofridslinjen kan du ringa om du vill tala med någon om dina upplevelser eller om det är något du vill fråga om. Deras uppgift är att lyssna och ge dig professionellt stöd. Du kan få praktiska råd så att du kan förändra din nuvarande situation och ta dig vidare. Samtalen tas emot av socionomer eller sjuksköterskor med vana att möta människor i kris eller i svåra livssituationer. De har tystnadsplikt och du kan välja att vara anonym. Du säger bara det du själv vill och orkar

Behöver du ett stödjande samtal?

Om enkätens frågeområden väcker ett behov av att prata med en professionell person i ett enskilt stödjande samtal kan du **ringa Nationella Hjälpplinen på telefon 020- 22 00 60**, telefontid alla dagar klockan 13-22. Bakom Nationella Hjälpplinen står alla landsting och regioner genom organisationen 1177. Hjälpplinen erbjuder ett första stödsamtal, men ingen behandling eller upprepad kontakt. Via hjälpplinen kan du även få råd om hur du kan söka dig vidare för att få rätt hjälp. De som arbetar i telefonjouren är socionomer, psykologer och psykiatrisjuksköterskor med erfarenhet av att stödja människor i kris.

BILAGA 2

Partiellt bortfall UngKAB15



Bilaga 2 – Partiellt bortfall UngKAB15

Enkätfråga	Andel partiellt bortfall per fråga i procent (%)	Antal partiellt bortfall per fråga	Antal svaranden per fråga (n)	Totalt antal svarande i studien (N)
f1	1,1	89	7666	7755
f2	1,7	135	7620	7755
f3	1,2	93	7662	7755
f4	1,6	124	7631	7755
f5	0,6	49	7706	7755
f6	0,9	69	7686	7755
f7	0,4	29	7726	7755
f8	0,9	67	7688	7755
f9	0,9	70	7685	7755
f10	0,3	26	7729	7755
f11	0,3	27	7728	7755
f12	0,5	40	7715	7755
f13	1,4	111	7644	7755
f14	9,7	171	1599	1770
f15	1,5	27	1743	1770
f16a	1,7	129	7626	7755
f16b	2,3	9	380	389
f16c	2,1	8	381	389
f17	1,4	107	7648	7755
f18	4,5	348	7407	7755
f19	4,6	360	7395	7755
f20	0,8	65	7690	7755
f21	1,8	140	7615	7755
f22	1,0	77	7678	7755
f23	0,6	49	7706	7755
f24	1,6	123	7632	7755
f25	1,7	130	7625	7755
f26	0,5	29	5927	5956
f27	1,1	68	5888	5956
f28	0,6	37	5919	5956
f29	0,4	22	5934	5956
f30	0,3	16	5940	5956
f31	0,4	22	5934	5956

Enkätfråga	Andel partiellt bortfall per fråga i procent (%)	Antal partiellt bortfall per fråga	Antal svaranden per fråga (n)	Totalt antal svarande i studien (N)
f32	1,9	112	5844	5956
f33	2,4	144	5812	5956
f34	4,3	165	3673	3838
f35	0,7	41	5915	5956
f36	0,9	56	5900	5956
f37	0,7	42	5914	5956
f38	0,8	45	5911	5956
f39	0,8	49	5907	5956
f40	1,9	111	5845	5956
f41	8,2	131	1461	1592
f42	1,9	115	5841	5956
f43	0,7	5	707	712
f44	3,2	23	689	712
f45	1,2	6	504	510
f46	0,4	2	508	510
f47	0,9	66	7689	7755
f48	0,8	61	7694	7755
f49	6,0	464	7291	7755
f50	1,1	88	7667	7755
f51	1,1	84	7671	7755
f52	2,1	163	7592	7755
f53	2,3	86	3723	3809
f54	1,8	68	3741	3809
f55	2,3	88	3721	3809
f56	1,0	19	1839	1858
f57	6,7	250	3457	3707
f58	3,0	235	7520	7755
f59	4,0	313	7442	7755
f60	1,6	122	7633	7755
f61	1,4	107	7648	7755
f62	1,7	135	7620	7755
f63	1,8	139	7616	7755

BILAGA 3

Förbrev



Bilaga 3 – Förbrev

**Statistiska centralbyrån**
Statistics Sweden


Folkhälsomyndigheten

Mars 2015

Folkhälsomyndigheten inbjuder dig att delta i en enkät om hälsa och sexualitet bland unga i Sverige.

Du får det här brevet från Folkhälsomyndigheten som vill bjuda in dig att delta i en enkätstudie. Om ungefär en vecka kommer du att få en enkät hemskickad till dig. Frågorna handlar om hälsa och sexualitet, preventivmetoder samt kunskap, attityd och beteende kring hiv och sexuellt överförda infektioner. Statistiska centralbyrån (SCB) har hand om utskick, insamling och sammanställning av svar.

Studien syftar till att följa upp arbete som främjar hälsa, förebygga hiv och andra sexuellt överförda infektioner samt oönskade graviditeter. Genom undersökningen sammanställs ny och aktuell kunskap om hälsofrämjande och förebyggande arbete. Kunskapen ger stöd till verksamheter inom kommun och landsting så som exempelvis arbetet på ungdomsmottagningar, skolor, studenthälsan, socialtjänst samt mottagningar inom hälso- och sjukvården. Vi hoppas att du vill bidra med ditt svar!

Resultaten från undersökningen kommer att sammanställas, till en rapport, på Folkhälsomyndigheten. Arbetet påbörjas under september 2015 och beräknas vara klart i april 2016. Information om detta samt publicering av rapporten sker på Folkhälsomyndighetens webbplats www.folkhalsomyndigheten.se/ungkab15

Med vänlig hälsning

Johan Carlson
Generaldirektör
Folkhälsomyndigheten

Kontakta oss gärna:
Frågor om att lämna uppgifter
Statistiska centralbyrån
Telefon: 019-17 69 30, e-post: enkat@scb.se
701 89 Örebro
www.scb.se

Frågor om undersökningens innehåll
Folkhälsomyndigheten, Enheten för hälsa och sexualitet
Telefon: 010-2052717
e-post: monica.idestrom@folkhalsomyndigheten.se
171 82 Solna
www.folkhalsomyndigheten.se



BILAGA 4

Målsmansbrev



Bilaga 4 – Målsmansbrev



Statistiska centralbyrån
Statistics Sweden



Folkhälsomyndigheten

Mars 2015

Folkhälsomyndigheten vill informera dig om en kommande enkätstudie om hälsa och sexualitet bland unga i Sverige,

Folkhälsomyndigheten kommer att bjuda in unga och unga vuxna i åldern 15-29 år att delta i en enkätstudie. Du är förälder eller vårdnadshavare för en av de 30 000 personer som blivit slumpmässigt utvalda från befolkningsregistret. För att tydliggöra syftet med undersökningen samt skapa förståelse för de frågeområden ditt barn kommer att få har vi valt att skicka ett eget separat brev till föräldrar till de ungdomar som är under 18 år. Undersökningen heter "Kunskap, attityder och sexuella handlingar bland unga" (UngKAB). Den gjordes första gången 2009 och nu genomförs den igen under 2015. Studien syftar till att följa upp arbetet med att främja hälsa, men också förebygga hiv och andra sexuellt överförbara infektioner samt oönskade graviditeter. Undersökningen kommer att ställa frågor om bland annat hur ditt barn mår, hur hon/hen/han lever sitt liv idag, vilka tankar och vilken kunskap hon/hen/han har om preventivmedel, skolans sex- och samlevnadsundervisning samt erfarenheter av bemötande inom hälso- och sjukvården. Statistiska centralbyrån (SCB) har hand om utskick, insamling och sammanställning av svar.

Alla svar är viktiga

Att delta i undersökningen är frivilligt, men ditt barns medverkan är mycket betydelsefull. Folkhälsomyndigheten är en kunskapsmyndighet som följer hälsan hos Sveriges befolkning. Genom UngKAB sammanställs ny och aktuell kunskap om hälsofrämjande och förebyggande arbete. Arbetet ger stöd till verksamheter inom kommun och landsting så som exempelvis arbetet på ungdomsmottagningar, skolor, studenthälsan, socialtjänst samt mottagningar inom hälso- och sjukvården. Frågorna kan besvaras via en webblänk eller genom att skicka in en pappersenkät. Ditt barn kommer att få ett personligt användarnamn och lösenord. Av respekt för den personliga integriteten ska användarnamn och lösenord endast handhas av barnet. Om ditt barn har en personlig assistent är det bra om denne får del av informationen som du får i detta brev. Inga svar kommer att kunna knytas eller redovisas på ett sådant sätt att de kan spåras till en individ. Du som förälder/vårdnadshavare kan läsa mer om studien och ta del av enkätfrågorna via www.folkhalsomyndigheten.se/ungkab15

Med vänlig hälsning

Johan Carlson
Generaldirektör
Folkhälsomyndigheten

Den här rapporten handlar om hälsa och sexualitet bland unga i Sverige. Rapporten är baserad på en enkätstudie bland ett randomiserat urval av unga i åldern 16–29 år i befolkningen och utfördes under 2015. Resultaten innehåller information som är relevant för arbetet med hivprevention samt sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR).

Rapporten riktar sig främst till beslutsfattare inom landsting, kommuner och till det civila samhällets organisationer. Den vänder sig också till andra myndigheter och särskilt till de yrkesgrupper som möter unga i skolan, ungdomsmottagningarna, hälso- och sjukvården, socialtjänsten samt barn- och ungdomspsykiatri. Rapporten är ett stöd för det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet bland unga.

Folkhälsomyndigheten är en nationell kunskapsmyndighet som arbetar för en bättre folkhälsa. Det gör myndigheten genom att utveckla och stödja samhällets arbete med att främja hälsa, förebygga ohälsa och skydda mot hälsohot. Vår vision är en folkhälsa som stärker samhällets utveckling.



Folkhälsomyndigheten