



Analys av hälsa i HBTQ+gruppen

Fokus Norr

Författad av Linda Moestam & Maya Bergström Wuolo
Folkhälsocentrum, Region Norrbotten 2019

*”Med kroppen orienterar sig människovarelsen i tid och rum. Kroppen är i
nuet. Men kroppen är också minnen, berättelser.” – Margareta Lindholm,
fil.dr i sociologi och docent i genusvetenskap.*

Innehåll

Analys av hälsa i HBTQ+gruppen	0
Ordlista och förkortningar	2
Förord	4
1 Sammanfattning.....	5
1.1 Rekommendationer	9
2 Rapportens innehåll och struktur	13
2.1 Syfte	13
2.2 Genomförande	13
2.3 Avgränsningar.....	14
2.4 Klargörande	14
3 Faktorer som påverkar hälsa.....	15
3.1 Hälsans bestämningsfaktorer	15
3.2 Intersektionellt perspektiv på hälsa och livsvillkor.....	17
4 Hbtq+personers livsvillkor och hälsa.....	21
4.1 Bakgrund.....	21
4.2 Hbtq+personers hälsoläge i Sverige.....	23
4.3 Unga hbtq+personer och hälsa.....	27
4.4 Äldre hbtq+personer och hälsa	29
4.5 Sexuell hälsa genom livet	33
4.6 Hbtq+personers hälsoläge i norra regionen samt djupdykning på Norrbotten.....	34
4.6.1 Hbtq+personer	35
4.6.2 Transpersoner.....	39
4.6.3 Unga transpersoner	42
4.6.4 Att ta vara på resultat – fördjupning 2019	45
5 Samhällets påverkan på hbtq+personers livsvillkor och hälsa.....	48
5.1 Diskriminering	48
5.2 Våld i nära relation samt utsatthet för våld	49
5.3 Minoritetsstress	51
5.4 Dubbel utsatthet och dess konsekvenser för hälsan	53
5.5 Offentliga rum – inte för alla	53
6 Jämställdhet, jämlikhet och normkritik	54
6.1 Jämställdhet och hbtq+	55
6.2 Normkritiska perspektiv främjar hälsa.....	59

7	Folkhälsopolitik och hbtq+perspektiv	61
7.1	Folkhälsopolitikens påverkan på det regionala uppdraget	61
8	Referenser.....	65
9	Bilagor.....	68

Ordlista och förkortningar

Hbtq+: Ett paraplybegrepp för homosexuella, bisexuella, transpersoner och personer med queera uttryck och identiteter. H:et och b:et handlar om sexuell läggning, t:et handlar om hur en definierar och uttrycker sin könsidentitet. Q:et kan röra både sexuell läggning, könsidentitet och relationer men kan också vara ett uttryck för ett kritiskt förhållningssätt till rådande normer. Det finns många olika benämningar som används utöver hbtq: hbt, hbtqi, hbtqia, lgbt samt fler därtill. (i står för intersex, a står för asexuell, l står för lesbisk, g står för gay) Det begrepp som oftast används i Sverige är hbtq.

I denna rapport har vi valt att använda hbtq+ som begrepp. Med det efterföljande plusstecknet inkluderas också de positioner, identiteter och uttryck som ibland representeras av egna och andra bokstäver utöver de fyra akronymerna hbtq.

Homosexuell: En person som kan bli sexuellt attraherad av och/eller kär i personer av samma kön som en själv.

Bisexuell och pansexuell: Ofta beskrivs bisexualitet som en person som kan bli kär i en annan person oavsett den personens kön. Somliga andra använder begreppet *pansexuell* för samma beskrivning. Om en ser till just orden ”bi” och ”pan” så finns det en skillnad; bi betyder ”två”, och pan ”alla”.

Utifrån den beskrivningen handlar bisexualitet om att en person attraheras av två olika kön, vilket brukar antas handla om kvinnor och män. Pansexuell innebär att personen attraheras av människor oberoende av kön.

Heterosexuell: En person som blir kär i eller sexuellt attraherad av personer som har ett annat kön än en själv.

Tvåkönsnormen: Antagandet att det bara finns två kön, kvinnligt och manligt.

Transperson: Ett paraplybegrepp för personer vars könsidentitet och/eller könsuttryck inte stämmer överens med normen för det juridiska kön en tilldelats vid födseln. Begreppet inbegriper personer med många olika erfarenheter av att bryta normer kring kön. Transbegreppet omfattar bland annat människor som varken definierar sig som kvinna eller man där många an-

vänder begreppet icke-binär. Vidare så omfattar det personer som vill förändra sin kropp så att den bättre stämmer överrens med könsidentiteten, personer som vill byta juridiskt kön, människor som uttrycker sig med bland annat kläder och/eller andra attribut som brukar anses typiska för ett annat än det kön som tilldelats vid födseln. Det omfattar också personer som inte vill, kan eller tycker att det är viktigt att definiera sig ifråga om kön.

Den som identifierar sig inom transbegreppet kan uppleva könsdysfori och då vilja förändra kroppen med hormoner eller kirurgi. Trans handlar om könsidentitet och/eller könsuttryck. Ordet ”trans” kommer från latin och betyder ”överskrida, gå över”. Att vara transperson är inte en sexuell läggning.

Icke-binär: Icke-binär är ett ord som beskriver personer som varken identifierar sig som man eller kvinna, ibland både och, eller inget kön alls. Ordet kan betyda olika saker för olika personer. Icke-binär omfattas för det mesta av transbegreppet men inte alla icke-binära personer ser sig själva som transpersoner.¹

Juridiskt kön och könsidentitetsutredning: Det kön som står registrerat i folkbokföringen samt i passet och ibland på ens legitimation. Personens juridiska kön framgår också av personnumrets näst sista siffra.

Den heterogena gruppen transpersoner innefattar personer med olika juridiska och medicinska behov. Dessa behov kan bland annat, men inte alltid, innebära byte av juridiskt kön och könsbekräftande behandling.

För att få genomgå könsbekräftande behandling via den offentliga vården krävs en särskild diagnos som endast kan ställas av könsutredningsteam som är en del av den allmänna hälso- och sjukvården i Sverige.

De diagnoser som möjliggöra könsbekräftande behandling utgår från ICD-10 diagnosmanualen, då denna används i sjukvården. Dessa diagnoser är transsexualism, andra specificerade könsidentitetsstörningar samt könsidentitetsstörning ospecificerad. Könsutredningsteam använder också könsdysfori som är en diagnos som sammanfattar alla de ovanstående.

Utredningen görs i speciella team (könsutredningsteam eller könsidentitets-team) som är en del av specialistpsykiatri. De finns vid universitetssjukhus på flera orter i landet. En del team har kontakt med vårdgivare på andra orter som kan ta hand om en del av utredningsprocessen. Väntetiden till könsidentitetsutredning kan vara lång och det kan innebära psykiska påfrestningar för dem som väntar. En könsidentitetsutredning pågår i minst två år. Under den tiden kan en börja hormonbehandling om så önskas.

¹ <https://www.rfsl.se/hbtq-fakta/begreppsordlista/> Hämtad 2019-10-31 samt från Folkhälso-myndigheten (2015)

Det är dock inte alla personer som genomgår en könsidentitetsutredning som sedan önskar byta sitt juridiska kön.²

Cis-person: Är en person som identifierar sig som och känner sig bekväm med det juridiska kön en tilldelats vid födseln och sitt biologiska kön. Ett mer komplext sätt att förklara detta är ”linjärt kön”, ett uttryck när ett subjekts biologiska, juridiska, kroppsliga och sociala könsuttryck pekar åt samma håll. Ordet ”cis” kommer från latin och betyder ”på samma sida.” Cis är motsats till trans.

Queer: Person som genom uttryck eller identitet ifrågasätter heteronormativiteten, könskategorierna man och kvinna och vad som enligt heteronormen är passande uttryck för manlighet och kvinnlighet.

Könsidentitet: En persons självupplevda kön, det vill säga det kön en känner sig som (kvinna, intergender, genderqueer, icke-binär, man med mera).

Könsuttryck: Hur en person uttrycker sitt kön genom attribut till exempel kläder, kroppsspråk, frisyra, röst med mera.

Intersektionalitet: Ett begrepp med ursprung i black feminism-rörelsen. Kan översättas med normsamverkan eller förtryckssamverkan och beskriver hur personer som bryter mot normer på flera sätt, till exempel hbtq+personer som bryter mot vithetsnormen, som grupp är mer utsatta än personer som bryter mot normer på endast ett sätt.

Internaliserad homo-, bi- eller transfobi: Term som förklarar hur hbtq+personer införlivar omgivningens negativa attityder kring hbtq+personer och gör dem till del av sin egen självbild.³

Ordet ”en” istället för ”man”: Genomgående i rapporten används ordet ”en” istället för ”man”. Det används som könsneutralt generaliserande pronomen, liksom hen används som könsneutralt personligt pronomen. Hen har dessutom dubbel betydelse: Det används när en inte vet könet på en person men kan också syfta på en person som inte vill/kan definiera sig själv.

Förord

En bra folkhälsa är en angelägenhet för hela samhället och förutsätter jämlikhet med likvärdiga förutsättningar för hela befolkningen. Synen på hälsa som en mänsklig rättighet innebär att alla i Sverige omfattas av denna rättighet och att rätten till bästa möjliga hälsa gäller oberoende av kön, ålder, klass, religion, etnisk tillhörighet, sexuell läggning, könsidentitet/och eller könsuttryck och funktionsnedsättning.

² www.internetmedicin.se Hämtad 2019-10-31

³ <https://www.rfsl.se/hbtq-fakta/begreppsordlista/> Hämtad 2019-10-31 samt från Folkhälsomyndigheten (2015)

Regeringen vill uppmana alla samhälleliga aktörer att aktivt arbeta med att främja en god och jämlik hälsa och verka för regeringens målsättning att minska de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation.

Samhället vi lever i, konstruerat av och för majoriteten, orsakar stress för minoritetsgrupper som i sin tur skapar ohälsa. Alla människor, oavsett hur en väljer att definiera sitt kön, sitt könsuttryck och/eller könsidentitet eller sin sexuella läggning bör ha samma möjlighet till en god hälsa som resten av befolkningen.

Hälsan är inte jämlik för alla medborgare, varken i landet i stort eller i Norrbotten som län. Redan år 2006 publicerade Statens folkhälsoinstitut (nuvarande Folkhälsomyndigheten) en rapport som visade att den psykiska hälsan hos homo- och bisexuella i Sverige var betydligt sämre än den hos övriga befolkningen, liksom att det var vanligare med självmordstankar, att riskkonsumera alkohol och att ha varit utsatt för hot och våld. Läget såg ännu sämre ut för transpersoner. Sedan dess har fler rapporter kommit men situationen har inte blivit bättre. Region Norrbotten har visat med tydlighet i styrdokument att organisationen ska arbeta för en bättre och mer jämlik hälsa. I den strategiska planen fastställs att regionens arbete för jämlikhet tar sin grund i diskrimineringsgrunderna och gäller för såväl extern som intern verksamhet. Syftet är att alla ser till att minska utanförskap, ta tillvara alla människors kapacitet och bredda rekryteringar. År 2016 gjorde regionen en fördjupad analys av jämlikhet i hälsa, som bland annat, för första gången med länssiffror, visade att homo- och bisexuella är en särskilt utsatt grupp även i vårt län, med sämre psykisk hälsa, och att de har svårare att lita på andra människor. Under 2018 genomfördes ett fördjupningsarbete som också kunde lyfta fram unga transpersoners hälsoläge. Resultat visade sig gå i linje med nationella data och betonar att just transpersoner inom hbtq+gruppen är särskilt utsatta, även i Norrbotten.

Behovet av ytterligare informationshämtning och analys avseende hbtq+gruppers hälsa och levnadsvillkor i länet är anledningen till att denna undersökning och analys genomförts.

Den här rapporten är avsedd att utgöra ett underlag för Region Norrbottens politiker och tjänstepersoner i det fortsatta arbetet med att verka för att nå en mer jämlik och jämställd region. Då hbtq+personer är en av de mest utsatta målgrupperna i länet som också har en särskild risk för psykisk ohälsa är ambitionen att rapporten ska kunna finnas till stöd vid behov av kunskapspåfyllnad inom hbtq+området samt utgöra ett stöd vid planering av insatser med syfte att främja hbtq+personers hälsa

Annika Nordstrand, chef Folkhälsocentrum, Region Norrbotten.

1 Sammanfattning

På senare år har det kommit alltmer studier som redovisar resultat för hbtq+personers hälsa och livsvillkor, både internationellt och nationellt.

Några av de största producenterna för dessa rapporter i Sverige är Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen. Även Sveriges regeringskansli gav i uppdrag åt en särskilt utredare att i rapporten *Transpersoner i Sverige - Förslag för stärkt ställning och bättre levnadsvillkor* SOU 2017:92, undersöka och ge konkreta förslag på hur förbättringar av transpersoners levnadsvillkor och hälsa bör göras. Även RFSL, Riksförbundet för homosexuellas, bisexuellas, transpersoners och queeras rättigheter, är en betydelsefull aktör som närmast målgruppen genomlyser, informerar och utbildar inom hbtq+området. Sammantaget finns det idag, från flera håll, några större genomförda studier som alla lyfter fram och ger förslag på åtgärder för att främja och stärka hbtq+personers hälsa och livsvillkor. Denna rapport är en sammanfattning av genomförd textanalys från större nationella forskningsstudier, analysrapporter inom området samt av viss litteratur. I rapporten finns också regionspecifik data med fokus på Norrbotten och norra sjukvårdsregionen.

Hbtq+personers hälsa

Forskning visar att hbtq+personer har sämre hälsa jämfört med övriga befolkningen. Både internationellt och nationellt är hbtq+personer en utsatt grupp när det kommer till flera områden inom hälsa. Hälsoskillnaderna har samband med att hbtq+personer i större utsträckning utsätts för fördomar, diskriminering och våld på grund av negativa föreställningar om sexuell läggning och könsidentitet/könsuttryck.

Särskilt aspekten att den psykiska ohälsan blir så svår att hantera att människor överväger att avsluta sina liv i förtid är ett väldigt allvarligt uttryck för psykisk ohälsa. Det gör att förekomst av självmordstankar genomgående lyfts fram här för att visa på den psykiska ohälsan inom hbtq+ gruppen.

Statistik från Folkhälsomyndigheten från 2014 visar att det är betydligt vanligare att ha försökt ta sitt liv under de senaste tolv månaderna bland homo- och bisexuella personer jämfört med heterosexuella.

Under 2015 publicerade Folkhälsomyndigheten en rapport om transpersoners hälsa och hälsans bestämningsfaktorer för transpersoner, en av de största studier som gjorts gällande denna målgrupp i Sverige. Här framkom att mer än var tredje transperson det senaste året allvarligt övervägt att ta sitt liv. Hos majoritetsbefolkningen är förekomsten av självmordstankar avsevärt lägre, ungefär var tjugonde person.

Att inkludera målgruppen

I flertalet studier som lyfter fram befolkningens hälsa beskrivs läget utifrån könsuppdelning på flickor och pojkar, kvinnor och män. Formuleringar som sedan görs är inte sällan ”skillnader mellan könen” eller ordval som ”båda könen”. Detta i sig ger en uppfattning om – och riskerar att stärka den samhälleliga uppfattningen om – att det endast finns två binära könskategorier att ta hänsyn till. En sannolik orsak till dessa skrivningar är att den tvåkönsnorm som råder är så stark att uteslutande av transpersoner sker av

vana. En missar helt enkelt att tänka bortom denna norm. Här blir ett norm-kritiskt förhållningssätt avgörande. För att möta en regions uppdrag om att nå jämlika villkor för *hela* länets befolkning bör *samtliga* regioninvånare fångas upp.

Heteronormativitetens konsekvenser

Det är av stor vikt att de mål som finns uppsatta, för att nå en jämlik och jämställd hälsa, tar hänsyn till de strukturella och sociala hinder som utesluter hbtq+personer från samhället och hindrar människor från att delta med sin fulla potential. Det är viktigt att ha förståelse för att kontexten måste beaktas, särskilt då gruppen utsätts för strukturellt utanförskap.

Stereotypa föreställningar om kvinnligt och manligt utgör ett hinder för jämställdhet. Likaså ligger heteronormativiteten i vägen för människors möjligheter att åtnjuta rättigheter och ha möjlighet att leva sina liv fria från diskriminering och våld. De processer som skapar uppfattningen att heterosexualitet är mer normalt och naturligt än andra sexuella läggningar är sammanbundna med de processer som skapar våra uppfattningar om kön och genus. Samma strukturer som skapar ojämlikhet mellan kvinnor och män skapar diskriminering av personer på grund av sexuell läggning. När en arbetar med jämställdhet och genusperspektiv bör en alltid fundera över hur bredare perspektiv kan integreras.

Heteronormen gör att en person som avviker från den tvingas ta ställning till om en vill vara öppen och en behöver fatta beslut om att komma ut som hbtq+ i olika sociala sammanhang. I dessa beslut behöver en förhålla sig till risken att utsättas för kränkningar och diskriminering kopplat till sexualitet och/eller könsidentitet/könsuttryck. Personer som inte är hbtq+ slipper överväga sin öppenhet då heterosexualitet fortfarande i de flesta sammanhang är en outtalad utgångspunkt.

Systematiskt och normbreddande angreppssätt

Arbetet för hbtq+rättigheter har ofta stor betoning på utbildning som ska förändra attityder, vilket ska leda till förändrade arbetssätt. I linje med hur det ofta ser ut i exempelvis det praktiska jämställdhetsarbetet så är detta inte tillräckligt. Det krävs mer, som mätbara mål, aktivt ägarskap från ledningen, förändrade styrdokument och annat för att förändra en verksamhet. Arbetet för att förbättra hbtq+ personers hälsa måste stärkas på ett strukturellt plan, med förtydligande av ansvar för frågorna samt att kunskapen kring målgruppens hälsoläge stärks inom Region Norrbotten. Det är viktigt att stärka upp kontaktytorna mellan de kliniker och mottagningar som finns i länet för hbtq+personer att vända sig till. Även anhöriga bör veta vart de kan vända sig för råd och stöd. Arbetet med suicidprevention behöver ha ett genomgående hbtq+perspektiv där det förebyggande arbetet har stor vikt. Ingen individ ska behöva oroa sig för dåligt bemötande vid uppsökande hjälp för livshotande tillstånd som exempelvis självmordsförsök.

Med normkritik för ökad jämlikhet

Vid strategier för att nå jämlikt resultat kan normreflekterande förhållnings-sätt ge ett mer inkluderande grepp. Normreflektion (kan också benämnas som normkritik och normkreativt) kan hjälpa oss att granska vilka exkluderande normer som finns i en verksamhet. Genom en normkritisk genomlysning kan vi också se vilka verksamheten inte når som den borde nå. För att åstadkomma förändring behöver en synliggöra och förändra normer på arbetsplatsen, verksamheten och i organisationen samtidigt som en arbetar riktad för att göra verksamheten tillgänglig för hela målgruppen. Normkritiska metoder har gemensamt att de pekar ut strukturer och normer som orsak till ojämlikhet. Om normer och strukturer är orsak till ojämlikhet blir lösningen att granska hur normerna ser ut, undersöka vilka konsekvenser normerna får och försöka förändra normerna. Utifrån ett normkritiskt perspektiv blir det tydligt hur vi måste granska de normer som ligger till grund för att somliga inte finns med i verksamheten från början, innan vi försöker inkludera någon som saknas. Istället för att inkludera de som ”avviker” kan vi istället granska de processer som skapar idéer om vad som är ”normalt” och vad som är ”avvikande”. Istället för att fokusera mest på de som bryter mot normer fokuserar normkritik på det som är normen och hur den kan utmanas för att skapa verksamheter som är tillgängliga för fler. Med ett normkritiskt perspektiv kan vi se att det vi ofta bedömer som ”neutralt” eller ”objektivt” utgår ifrån ett visst perspektiv och upprepar vissa normer som utestänger och exkluderar. I praktiken kan det handla om att kritiskt granska den egna verksamheten och se vilka insatser olika grupper av människor får, om alla har lika gott stöd eller inte och vilka målgrupper verksamheten för närvarande inte når. Normkritik är en undersökande process. Det finns inget system som säkerställer att vi använder en metod och sedan blir jämlika och klara. Snarare handlar det om att kontinuerligt använda normkritik som perspektiv i den dagliga verksamheten. Bra frågor att ha med i arbetet är att se över utifrån vems behov resurserna fördelas och vilka normer som upprepas i fördelningen av samtliga resurser.

Riktade insatser till målgruppen kan behövas för att kompensera det faktum att organisation och/eller verksamheten ger svagare stöd till hbtq+personer än till andra. Målet med riktade insatser är att kompensera för den ojämlikhet som råder och ge alla det stöd en har rätt till. Det finns fler grupper som räknas som utsatta, exempelvis nationella minoriteter. Ibland behövs särskilda satsningar. Dessa riktaderiktade satsningar kan dels vara i form av att se till att vissa hälsocentraler, ungdomsmottagningar samt andra liknande verksamheter har särskild hbtq+kompetens för att på så vis kunna erbjuda hbtq+personer särskilt stöd som garanterar fördjupad kompetens. Det kan också handla om att erbjuda särskilda mötesplatser för målgruppen.

Ohälsa som behöver uppmärksammas

Den psykiska ohälsa som framgår hos målgruppen hbtq+personer är något som behöver tas på stort allvar. Det är uppenbart att insatser och förändring-

är behövs för att förbättra transpersoners hälsa. Det är av stor vikt att personer med psykisk ohälsa och suicidproblematik får den vård och det stöd som en behöver, oavsett könsidentitet, könsuttryck och sexuell läggning.

Slutsatser

I och med det övergripande nationella folkhälsomålet, att skapa samhällsliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen, ges stöd för att satsa på särskilt utsatta grupper. Internationell såväl som nationell forskning visar att hälsan är ojämlikt fördelad mellan olika grupper. Med de underlag som finns på internationell, nationell samt regional nivå finns tydliga signaler på ett behov insatser för att främja målgruppens hälsa.

Genom att bryta mot samhällets förväntningar kring könsidentitet och sexuell läggning utsätts hbtq+personer ofta för oförståelse, okunskap och dåligt bemötande såväl i samspelet med familj till hälso- och sjukvårdspersonal och utifrån hur det offentliga rummet är format i rådande tvåkönsnorm.

Det framgår att det är en minoritet av transpersonerna i studierna som känner att de helt kan leva i enlighet med sin könsidentitet. Detta ger en kraftig signal om att det finns mycket att göra för att skapa ett samhälle som är öppet, välkomnande och tillgängligt för alla att kunna vara den en är, på sina egna villkor. Upplevelser av återkommande oförståelse och ifrågasättande, ofta på grund av okunskap, fördomar eller normativa förväntningar skapar hinder och påverkar hälsan negativt. Det behövs mer kunskap, förståelse och öppenhet i samhället. Framförallt hos de professioner som möter målgruppen i sin yrkesroll. Här är normmedvetenhet och normkritiskt tänkande viktiga perspektiv för att nå förändring – och förbättring.

Resultatet från denna rapport kan ge underlag för förebyggande insatser och stärka det hbtq+främjande arbetet i Region Norrbotten. Genom förebyggande insatser kan liv räddas.

1.1 Rekommendationer

För att främja hbtq+personers hälsa, förebygga psykisk ohälsa samt arbeta med att stärka målgruppens livsvillkor finns det mycket att göra. Nedan finns generella rekommendationer för Region Norrbotten.

- Fortsätta följa utvecklingen av hbtq+personers hälsoläge
- Riktade insatser för att främja hälsa och förebygga ohälsa hos hbtq+personer
- Säkerställa hbtq+kompetens inom regionens verksamheter

För att sedan kunna arbeta strukturerat och strategiskt med inkludering av hbtq+personer finns förslag på åtgärder samlat nedan.

Frågor som en bör ställa sig redan från början vid en planerad insats, oavsett vilken det rör sig om är:

- Vilka riktar vi oss till?
- Hur vet vi om vi når alla på ett jämlikt sätt?
- Vilka är dessa ”alla”?
- Finns det både ett internt och ett externt arbetssätt? Viktigt att möta upp hbtq+personer på bästa sätt oavsett om det rör internt arbete, exempelvis att stärka upp bemötandet gentemot den egna personalen samt att på bästa sätt möta de patienter som söker sig till regionens verksamheter.
- Finns det några vi riskerar att missa med planerade insatser? Om så är fallet, hur kan vi göra annorlunda för att nå dessa?
- När är det enklare eller svårare att erbjuda rätt insatser? Analyser ur ett intersektionellt perspektiv bör göras för att undersöka vilka personer, kroppar och grupper som verksamheten är till för.
- Hur kommuniceras det till de vi önskar nå? Kommer alla känna igen sig i texter, bilder och annan kommunikation?
- Hur ser uppföljningen ut efter genomförd insats?
- Finns tillräcklig kunskap i verksamheten för att kunna genomföra analyser ur ett normbreddande sätt för att förstå om insatsen gjorde skillnad ur ett jämlikt perspektiv?
- Rekommenderas åtgärder likvärdigt oavsett vilka som ska nås?

Att ha inkluderande rutiner ökad möjligheten för jämlikt stöd.

Se därför över:

- Finns förebyggande åtgärder för att säkerställa ett inkluderande bemötande, ex. strategier för inkludering?
- Är det tydligt vem i regionen en vänder sig till om det finns brister, ex. i kunskap och bemötande?
- Hur utformas enkäter som gör att alla oavsett kön, könsidentitet, könsuttryck eller sexuell läggning kan känna igen sig och delta?
- I könsuppdelad statistik där egna enkäter produceras föreslås att ett tredje alternativ införs, ex. ”annat” eller ”inget”. Om statistik baseras på personnummerbaserade registerutdrag bör detta tydliggöras i analysen då det här handlar om de två juridiska könen.

- I styrdokument och andra vägledande dokument behövs skrivningar som inkluderar ifråga om kön och könsidentitet/könssuttryck. Förslag är att skriva ut: kvinnor, män samt icke-binära. Alternativt skriva ut: kvinnor, män samt de som identifierar sig på andra sätt.
- Tas hbtq+frågor upp på arbetsplatsträffar så att samtliga i personalgruppen tänker in målgruppen i sitt ordinarie uppdrag?
- Finns det ett utåtriktat arbete där regionen genom ex. regnbågsflaggning, deltagande på pride-arrangemang och liknande signalerar att arbete för att främja målgruppens hälsa och rättigheter är prioriterat?
- Hur arbetar vi för att personer som varken definierar sig som kvinnor eller män ska kunna känna sig trygga med att söka sig till verksamheten?
- Finns det länsövergripande rutiner inom transvården?
- Hur kan vi korta köer till könsbekräftande vård för att göra vården mer jämlik?

Se till att det finns kompetens och samverkan för de som möter målgruppen. Säkerställ att det finns och se över följande:

- Tydliga kontaktytor inom Norrbotten för de som möter målgruppen – dessa bör kommuniceras ut så att både professionen och målgruppen vet vart de ska vända sig.
- Samverkan och provtagning gällande STI-information (information om sexuellt överförbara infektioner) för målgruppen MSM (män som har sex med män)
- Hbtq+kompetens behövs för alla som på olika sätt möter blivande föräldrar och som tillhandahåller föräldraskapsstöd.
- Särskild kompetens om äldre hbtq+personers situation
- Se över hela vårdkedjan; finns hbtq+kompetens i alla led? Kan jag som möter målgruppen vara trygg i att patienten får ett gott omhändertagande då personen remitteras vidare?
- Hbtq+diplomering eller motsvarande satsning i regionen
- Ta vara på de samverkansmöjligheter som finns i länet. Tänk på att hbtq+personer berörs av samhällets alla instanser. Även de verksamheter som möter nyanlända.
- Om det finns en diskrimineringsbyrå eller motsvarande verksamhet i närheten, se till att ta vara på de kompetenser som finns där då denna

verksamhet har målgruppens intresse i fokus tillsammans med övriga diskrimineringsgrunder.

- Förbättra arbete för asylsökande hbtq+personer – se till att en vet hur en ger det stöd som behövs till målgruppen.

Lyssna in målgruppens behov för att säkerställa att rätt insatser görs.

Tänk på att:

- Frågor kring hbtq+identitet bör användas i samtliga befolkningsundersökningar
- Det behövs mer kunskap kring skyddsfaktorer hos hbtq+personer som sedan kan ligga till grund för interventioner med syfte att förbättra vård, prevention och behandling.
- Mer forskning behövs kring utsatthet för våld och dess orsaker bland hbtq+personer, inklusive partnervåld, sexuellt våld och hedersrelaterat våld, med särskilt fokus på situationen för transpersoner och bisexuella kvinnor.
- För att minska den kraftigt ökade risken för psykisk ohälsa behöver interventioner som syftar till att förebygga, identifiera och effektivt behandla psykisk ohälsa bland hbtq+personer utvecklas och utvärderas.
- Det nationella suicidpreventiva arbetet måste anpassas för att möta den kraftigt ökade risken bland hbtq+personer.
- Det behövs mer forskning som har ett intersektionellt perspektiv och som tar hänsyn till effekten av multipla sociala identiteter och konsekvenserna av kön, klass, etnicitet, hudfärg, funktionsvariation och ålder i samverkan med sexuell läggning och könsidentitet.
- Det behövs mer kunskap om hur vården för unga transpersoner på bästa sätt bör utformas och vilka effekter vården har för transpersoners hälsa, välbefinnande och livsvillkor.
- Se till att ha kontakt med den geografiskt närmaste RFSL-avdelningen eller motsvarande organisation/förening som är målgruppens egna och/eller som har hbtq-frågor i fokus. regionen.
- Det handlar om att arbeta likvärdigt. Tips: Att tänka tvärtom i mötet med en patient: Om det hade varit en person av ett annat kön, med ett annat uttryck eller annat namn, hade jag gjort annorlunda då?

Låt utbildning ta tid. Att ta till sig av ny kunskap kräver utrymme och reflektion. Att arbeta med hbtq+frågor är också att arbeta med normer – och ibland värderingar. Kom ihåg; vi som individer får känna vad som helst och

tycka saker, privat. Men på jobbet får vi inte säga vad som helst eller uttrycka oss hur som helst. Här handlar det om att vara professionell genom allt som sker, oavsett vilka vi möter. Frånkopplat hur våra egna, privata relationer till hbtq+området ser ut.

2 Rapportens innehåll och struktur

2.1 Syfte

Det övergripande syftet med rapporten är att redogöra för hbtq+personers livsvillkor med fokus på hur det i sin tur påverkar målgruppens hälsoläge. Rapporten i sin helhet är en kunskapssammanställning med analys och reflektion. Genom att uppmärksamma målgruppens behov ges också förslag på åtgärder som kan stärka och främja målgruppens hälsa och livsvillkor.

2.2 Genomförande

Rapportens tillblivande har främst skett genomtextanalys. Rapporten bygger på nationellt samt regionalt faktaunderlag. Här finns också regionala insatser för att främja målgruppens levnadsvillkor beskrivna.

Rapporten har ett genomgående genusperspektiv. Det innebär att utgångspunkten är ett genusteoretiskt perspektiv, sprunget ur genusvetenskapen. Genusvetenskapen är det kunskapsområde som belyser kön som social och kulturell företeelse, det vill säga genus. Inom genusvetenskapen studeras vilken betydelse genus har i våra liv och de maktrelationer som kan sättas i samband med genus. Inom genusvetenskapen studeras också andra faktorer som är viktiga för att förstå kopplingen mellan genus och makt, till exempel klass, sexualitet, ålder och etnicitet.

Ett genusvetenskapligt perspektiv utgår från att genus påverkas av den omvärld vi lever i. För att få mer kunskap om hur genusföreställningar bildas och förändras i ett visst samhälle behöver en därför undersöka detta samhälles politik, lagstiftning, kultur etc. Frågor som genusvetenskapen vill försöka besvara kan exempelvis vara: Hur påverkas kvinnors och mäns liv av politiska beslut? Är kvinnor och män lika inför lagen? Vad händer med de personer som inte identifierar sig varken som kvinnor eller män?

Genusvetenskap är idag ett brett forskningsfält som grundar sig på flera decenniers feministisk forskning. Kunskapen om kvinnors villkor och maktrelationerna mellan kvinnor och män har inte bara fördjupats utan också förgrenat sig. Genusvetenskap fungerar som ett samlingsnamn för studier med olika fokus och olika inriktningar, bland annat kvinnoforskning, maskulinitetsforskning, intersektionalitetsforskning, queerteoretiska studier och jämställdhetsforskning.

Eftersom genus på olika sätt har betydelse för i stort sett all mänsklig verksamhet och genusperspektivet är fruktbart på de mest skiftande områden är genusvetenskap ett tvärvetenskapligt ämne. Med det menas att det spänner över flera discipliner och att traditionella ämnesgränser utmanas och över-

skrids. Metoder och teorier hämtas från så vitt skilda områden som historia, socialantropologi, statsvetenskap, litteraturvetenskap, juridik och teatervetenskap, för att bara nämna några.

Genusvetenskap är också ett kritiskt granskande ämne som syftar till att synliggöra könets betydelsebärande karaktär där denna tidigare varit osynlig eller dåligt belyst. Det innebär att vi inom ämnet även studerar de processer genom vilka kunskap skapas och utifrån ett vetenskapskritiskt perspektiv synar de sammanhang vi själva ingår i.

2.3 Avgränsningar

Hbtq+ som samlingsbegrepp är en mobiliserande identitet som kan användas för att artikulera och driva gemensamma intressen, t.ex. genom intresseorganisationer, särskilt riktade insatser, verksamheter, politik och pridefestivaler. Det betyder dock inte att förutsättningarna i alla avseenden är lika för alla hbtq+personer och olika kategorier inom hbtq+ kan konfronteras med tämligen olika problem och utmaningar. Det gäller till exempel skillnader mellan homosexuella män och lesbiska kvinnor, liksom mellan hbtq+personer som är trans eller intersex och de som inte är det. Även faktorer som ålder och etnicitet spelar stor roll för identitet, uttryck, möjligheter och hälsa. Vi har försökt att i möjligaste mån vara uppmärksamma på sådana skillnader, men har också behövt göra avvägningar för att göra framställningen i rapporten överskådlig.

I rapporten tas ett samlat grepp om frågorna som rör homo, bi, trans, queer och en rad andra identitetskategorier som alla relaterar till sexualitetsrelationsbildning, kön och könsuttryck, här samlat under akronymen hbtq+.

Rapporten kommer inte att redogöra för enskilda metoder för att stärka och/eller behandla hbtq+ personers ohälsa. Den går inte heller in i att beskriva olika specifika tillstånd som exempelvis upplevelser av minoritetsstress kan leda till. När begrepp som psykisk ohälsa nämns kan det syfta till flera olika typer av ohälsa, från lindrigare till mycket allvarlig. Rapporten går inte djupare in på de olika levnadsvanorna kost, fysisk aktivitet, tobak och alkohol. Rapporten går inte heller in i särskilda avsnitt om funktionsvariation och kroppsnormer om än det hade varit betydelsefullt.

2.4 Klargörande

När en pratar om eller skriver om ”hbtq+personer” syftas det ofta på identitet. Med en förståelse för identitetsskapande som en pågående process, något som görs dagligdags, så blir hbtq+ svårt att fånga precis och kan till exempel även inkludera sexuella praktiker som är mer eller mindre kopplade till identitet. ”Hbtq+” bör här ses som en flyktig och ofullständig inramning med genomsläppliga gränser som rör på sig. Det rör sig om en potentiellt stor och heterogen grupp personer och det är därför viktigt att alla som möter målgruppen, exempelvis psykologer och psykoterapeuter, eller tjänstepersoner och/eller politiker som fattar beslut och planerar för insatser med fokus på målgruppen, har adekvat kunskap.

Grupperingen hbtq+personer, kommer trots utmaningen i att generalisera, att vara den som används där vi utgår från att hbtq+personer delar potential till en gemensam erfarenhet.

3 Faktorer som påverkar hälsa

I detta avsnitt redogörs för hälsans bestämningsfaktorer samt med efterföljande fördjupat avsnitt som lyfter fram intersektionalitet som analysverktyg.

3.1 Hälsans bestämningsfaktorer

I ett globalt perspektiv är folkhälsan i Sverige god men utvecklingen skiljer sig åt mellan olika grupper definierade utifrån exempelvis kön, ålder och socioekonomi. För samtliga har de socioekonomiska livsvillkoren stor betydelse: ju kortare utbildning och lägre inkomst, desto sämre hälsa, och omvänt. Detta har med resurser, möjligheter och villkor att göra. Ju högre social position, desto större handlingsutrymme att påverka sitt eget liv och hälsa.⁴

Sammantaget är det av betydelse att förstå att det är flera sociala faktorer som samtidigt påverkar en individ, personens hälsa och möjligheter. Hälsans bestämningsfaktorer är ett komplext samspel mellan strukturella, socioekonomiska och demografiska variabler, individens levnadsvanor, inflytande och delaktighet i samhället samt individens övriga livsvillkor. Det finns hälsoskillnader mellan personer som riskerar att utsättas för diskriminering och den övriga befolkningen. Här är hbtq+personer en särskilt utsatt grupp. Undersökningar har visat att hbtq+personer har sämre hälsa generellt än den övriga befolkningen. Hbtq+personer utgör en mycket heterogen grupp med sexuella minoriteter och könsminoriteter som har unika hälsobehov. Den sociala miljön spelar en central roll i hbtq+personers förutsättningar för hälsa, på ett både direkt och indirekt sätt genom utsatthet för våld, diskriminering och begränsad tillgång till anpassad och kompetent sjukvård.

Hälsan påverkas av en mängd olika faktorer som på olika sätt och på olika nivåer samspelar med varandra, vilket blir tydligt i schemat för hälsans bestämningsfaktorer nedan. De faktorer som kan påverkas och som antingen kan leda till hälsa eller ohälsa.

⁴ Sveriges kommuner och landsting, (O)jämsällldhet i hälsa och vård, en sammanfattning (2019)

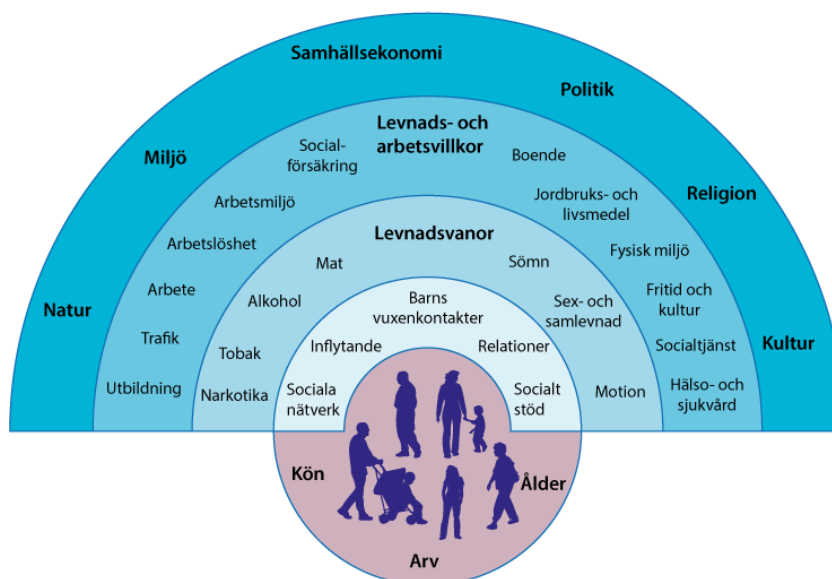


Bild: Hälsans bestämningsfaktorer.

För att förstå vilka faktorer som påverkar fördelningen av hälsa i befolkningen och för att kunna åtgärda dessa genom policybeslut, har modeller för hälsans bestämningsfaktorer skapats. Den yttersta halvcirkeln står för omgivningsfaktorer, sedan följer livsvillkor, levnadsvanor/livsstil, sociala nätverk, individen samt de opåverkbara individuella faktorerna ålder, kön och arv.

En del bestämningsfaktorer kan påverkas genom individuella ställningstaganden och uttrycks genom våra levnadsvanor och vår livsstil, men i allmänhet behövs politiska beslut och kollektiva åtgärder eftersom våra val hänger samman med vilka möjligheter till val som vi har. Som exempel kan nämnas att ekonomiska ojämlikheter är svåra att påverka individuellt, men vi kan själva besluta om att dricka mindre eller äta bättre. Våra levnadsvanor och vår livsstil påverkas emellertid i stor utsträckning av vår kultur, vår omgivning, normer, våra relationer, priser, marknadsföring och sociala position.

Hälsan påverkas också av miljön. Den fysiska miljön kan innehålla olika gifter, buller och andra hot mot hälsan. Den sociala miljön kan vara en tillgång eller ett hot för en hälsosam utveckling.

Hälsan påverkas även av vårt genetiska arv, vårt kön och vår ålder. Dessa faktorer som inte lika lätt går att påverka men kunskapen om att, och hur, de påverkar är betydelsefullt i sammanhanget.

Att kunna påverka tillvaron, att ha makt i vardagen, har visat sig vara en betydelsefull faktor för hälsan. De som själva kan planera och styra sina liv har i större utsträckning en bättre hälsa än de som inte kan det.⁵

Det övergripande målet för den svenska folkhälsopolitiken är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Folkhälsopolitikens sektorsövergripande mål- och uppföljningsstruktur har tidigare utgått från elva målområden men har sedan juni 2018 omvandlats till åtta målområden (Prop. 2017/18:249).

1. Det tidiga livets villkor
2. Kunskaper, kompetenser och utbildning
3. Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö
4. Inkomster och försörjningsmöjligheter
5. Boende och närmiljö
6. Levnadsvanor
7. Kontroll, inflytande och delaktighet
8. En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård

De folkhälsopolitiska målen uppmärksammar att hälsoskillnaderna är en utmaning för samhället som helhet, utifrån perspektivet hållbar utveckling, och utifrån ett effektivt utnyttjande av allmänna resurser. Ett samhälles välfärd och hållbarhet har direkt samband med folkhälsan och hur den är fördelad.

3.2 Intersektionellt perspektiv på hälsa och livsvillkor

Ingen människa är bara sitt kön, sin ålder eller sin sexuella läggning. Att vara människa innebär att i olika perioder, beroende av historisk kontext och sociala miljö påverkas av olika sociala faktorer. Att i Sverige leva som vit heterosexuell man med god ekonomi utan funktionsnedsättning gör att en utifrån hur det svenska samhället ser ut, har många fördelar. Att utan problem kunna gå på anställningsintervjuer utan att ens namn ifrågasätts där ingen frågar varifrån en kommer, egentligen. Att en utan problem kan komma in i alla byggnader utan att fundera över om det finns hiss och om en kan gå hand i hand med sin partner utan att vara rädd för att andra ger en nedsättande kommentarer. Samtidigt är identitet något rörligt och föränderligt. Från en dag till en annan kan en hamna i rullstol och blir beroende av att det finns hiss upp till arbetsplatsen, en kanske har svårt att fortsätta sitt jobb på grund av sin hälsa och hamnar i en svår ekonomisk situation. En kanske också plötsligt blir förälskad i någon som har samma kön som en själv. Då förändras situationen och det blir andra saker en förhåller sig till, andra sociala faktorer som en blir mer medveten om och måste förhålla sig till.

⁵ Folkhälsomyndigheten (2015), Hälsan och hälsans bestämningsfaktorer för transpersoner – en rapport om hälsoläget bland transpersoner i Sverige.

Förutsättningarna för god hälsa kan förklaras ur ett intersektionellt perspektiv. I undersökningar om transpersoners hälsa är denna bakomliggande mekanism användbar för att förstå och beskriva orsaker till skillnader i hälsa bland transpersoner i relation till befolkningen i allmänhet. Exempelvis menar forskare att hatbrott mot hbtq+personer, och/eller andra uttryck av diskriminering och kränkning, inte bör studeras isolerat i samband med homofobi eller heteronormativitet, utan en bör i stället ta hänsyn till hur andra institutionella maktstrukturer kan bidra till problemet. Transpersoner är en heterogen grupp vad gäller både könsidentitet och sexuell identitet, utöver andra institutionella strukturer såsom klass och etnicitet. Därför är det troligt att olika individer i gruppen upplever olika typer av bemötande, möjligheter och ojämlikheter. Gemensamt för gruppen transpersoner är att de överskrider normerna kring kön och sexualitet, vilket påverkar individens självförståelse såväl som omgivningens och samhällets förhållningssätt.⁶

Intersektionalitetsperspektiv innebär att en uppmärksammar hur samhälleliga maktordningar genomkorsar varandra. Det handlar inte om att addera olika maktordningar eller identiteter utan snarare om hur de samverkar. Intersektionalitetsperspektiv möjliggör en djupare förståelse för personer som antas ingå i "hbtq+gruppen". Denna grupp är inte entydig och skillnaderna är betydande med hänsyn till genus och sexuella identiteter men också med hänsyn till funktionalitet, ålder, etnicitet och andra sociala faktorer.⁷

Att ha med sig ett intersektionellt perspektiv innebär att analyser ges fler dimensioner där en har en ökad förståelse för att det är flera faktorer som på en och samma gång påverkar en människas förutsättningar och möjligheter.

Intersektionalitet kan användas som ett teoretiskt instrument för att analysera maktens komplexitet, ett stöd för att djupare både lägga märke till och förstå hur ett intersektionellt perspektiv kan förankras i materiella livsvillkor och sociala processer. Det handlar inte om att lyfta fram eller befästa idéer om ideologier som tas för givet, att någon faktor är viktigare än en annan i en form av hierarki. Exempelvis är inte klass eller kön viktigare än etnicitet, ålder och funktionsvariation. Allt hänger ihop om än faktorer som kön, sexualitet och klass är faktorer som är av mycket stor betydelse för hur människans livsvillkor formas. De olika kategoriernas relevans behöver kontextualiseras, synliggöras i det sociala och historiska sammanhang som detta berör. Intersektionalitet är ett instrument för att synliggöra förtryck och ojämlikhet, något som möjliggör förståelse av hur identitet skapas, synliggörs och tar plats.

Ett intersektionellt perspektiv kan hjälpa oss att se hur vi ofta riskerar att utgå ifrån en statisk föreställning om grupper - något som kan få oss att missa de behov som finns inom grupper. Dessutom kan det vara så att det

⁶ Folkhälsomyndigheten (2015)

⁷ Bromseth, J, & Siverskog, A (red), (2017) LHBTQ+-personer och äldre

ibland finns större skillnader bland individer *inom* en grupp än *mellan* två olika grupper. Exempelvis; ibland grupperar vi lite slarvigt ihop män, som om de alla vore lika, med samma egenskaper, förutsättningar och behov. I själva verket finns det många sociala faktorer inom gruppen män som påverkar dessa individers möjligheter. Vi vet till exempel att utbildningsbakgrund, hudfärg och etnicitet påverkar. Även hans sexuella läggning och i vilken ålder han är. En äldre, icke-vit homosexuell man utan eftergymnasial utbildning har betydligt färre privilegier än en yngre vit heterosexuell man med universitetsexamen. Den sistnämnda kommer att möta betydligt färre hinder på grund av hur normer fungerar och hur olika sociala faktorer, tillsammans hänger samman. Ett intersektionellt perspektiv hjälper oss i detta fall att förstå de olika faktorerna som bidrar till att en individ inte ges lika förutsättningar som andra, att hen kanske mår sämre. En analys ur ett intersektionellt perspektiv underlättar för oss i planeringen av insatser som har i syfte att främja mer likvärdiga och jämlika villkor. Det handlar om att synliggöra bakgrunden till de ojämlika förutsättningarna, att förstå själva problematiken för att förstå vad som är grundproblemet för att kunna skapa långsiktiga och mer systematiska förbättringar.

Ett annat exempel för att förstå intersektionalitet: hälsa korrelerar med hur mycket pengar en individ har och det är fastställt att hbtq+personer i överlag har lägre kontantmarginal än heterosexuella personer (Folkhälsomyndigheten, 2014, 2015). Relationen mellan olika typer av utsatthet fungerar alltså enligt logiken $1+1=3$. Det är detta som en intersektionell analys hjälper oss att förstå.

En viktig utmaning kring jämlikhetsarbete är att förstå den utgångspunkt som varje planerad insats börjar med. Ju fler fördelar, möjligheter och privilegier en människa har, desto större är risken att en missar att se människor som inte liknar en själv. Människan är ofta självrefererande, om än ofta omedvetet, vilket innebär att vi utgår ifrån oss själva, även i den professionella rollen. Bakom varje planerad insats finns människor vars erfarenheter färgar av sig på de insatser som planeras och genomförs.

Det är därför viktigt att förstå hur olika sociala faktorer påverkar och hur viktigt det är med en integrerad maktanalys. Att en ställer sig frågor gällande vad som ska göras och varför, vilka som ska nås och vilka som riskerar att missas. Exempelvis: Även om jag själv inte identifierar mig som transperson så finns det personer som gör det. Därför behöver vi se till att enkäter utformas så att alla kan besvara dessa, även fler köns kategorier än kvinnor och män.

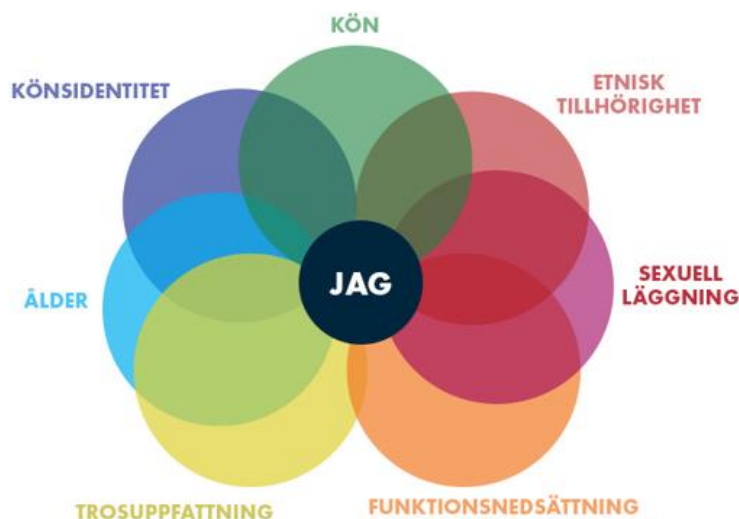


Bild: Beskriver intersektionalitet. Den gestaltar hur en människa påverkas av flera faktorer och maktordningar på samma gång. Hur dessa samordnas och överlappar varandra.

Analysen ur ett intersektionellt perspektiv hjälper oss att se bakomliggande orsaker som bidrar till ojämlikhet så som socialt konstruerad ojämlikhet, underordning, exkludering och orättvisa. En intersektionell analys utgår från maktens konstruktioner på olika nivåer i samhället. Det är därför inte identifiering av individuella eller gruppegenskaper som står i centrum för intersektionella maktanalyser utan istället ligger fokus på samhällets struktur, institutioner och aktörer. Att inte kunna se de maktstrukturer som skapar individernas utsatthet inom dessa strukturer medför en diskriminerande praxis som både osynliggör människors olika erfarenheter av förtryck samt förhindrar möjligheter att skapa strategier för förändring. En av de stora riskerna om en inte har ett intersektionellt perspektiv är att vi riskerar att förstärka den stigmatisering som drabbar underordnade grupper i samhället. Ett exempel på detta är användningen av kategorin kvinnor och invandrare i arbetslivet som förklaring till segregering, underordning och ojämlika villkor. Fokus på dessa individer/grupper gör dem ansvariga för sin egen underordning. Istället är det viktigt att rikta blicken mot den institutionella ordningen i arbetslivet och hur denna är organiserad för att problematisera hur kön, klass och etnicitet görs till maktbärande kategorier i arbetslivet.

Intersektionella analyser hjälper oss att ställa nya frågor och visar hur identitetsskapande görs till något som i själva verket är rörligt och föränderligt, där inga grupper är enhetliga eller fasta. Istället för att fastna i en bild av svårigheter och motstånd skapas nya möjligheter att göra på andra sätt som kan bidra till att fler människor får större möjligheter genom bättre förutsättningar. På detta sätt kan nya strategier för att öka jämlikhet växa fram, där gamla förlegade normer och föreställningar om individer och grupper får lämna-

plats för ett modernare, öppnare sätt att se på människor – och samhället i stort.⁸

4 Hbtq+personers livsvillkor och hälsa

Avsnittet handlar om att inledningsvis redogöra för den bakgrund som ligger som förklaringsmodell för målgruppens utsatthet. Därefter beskrivs också hbtq+personers livsvillkor i större drag, med fokus på hälsoläget både nationellt och regionalt. Här finns även en analys av hur målgruppens livsvillkor hänger ihop med hälsoläget.

4.1 Bakgrund

För att förstå den större psykiska ohälsan bland hbtq+personer behövs det kunskap om rådande normer, om de regler och förhållningssätt, ofta oskrivna, som vi förhåller oss till inom en social gemenskap. Det finns många normer som vi alla, på olika sätt förhåller oss till, mer eller mindre medvetet. Det är inte alla normer som är problematiska, som skaver. Vissa kan handla om vardagliga normer som att en hälsar på någon en möter.

För många hbtq+personer blir dock normer som har med kön och sexualitet starkt begränsande.⁹ Att leva som hbtq+person innebär att konstant mötas av samhällets starkaste normbärande system, nämligen heteronormativitet. Samhället, både internationellt och nationellt präglas av heteronormativitet, en binär syn på kön vilket innebär en förväntan på att det endast finns två kön, kvinnor och män, och att dessa står i kontrast till varandra där också heterosexualitet privilegieras och tas för given. Heteronormativitetens utgångspunkt tar avstamp i en tvåkönsnorm; att människor förstås komma i två sorters begripliga kroppar, tillhörande kategorierna kvinnor eller män, kvinnor uttrycker femininitet och män maskulinitet och att dessa antas naturligt begära varandra. Kategorin manligt är överordnad kategorin kvinnligt. Det innebär att andra könsidentiteter och sexualiteter osynliggörs av vardagliga antaganden och att de väcker uppmärksamhet genom att framstå som normbrytande. Det är i heteronormativiteten som föreställningar om könen som två fasta, ömsesidigt uteslutande kategorier tar plats och cementeras.¹⁰

Ur ett genusteoretiskt förhållningssätt är kön något performativt, något som vi gör och iscensätter genom kläder, yttre attribut, på det sätt vi agerar och på olika sätt uppträder. Det innebär att innebörden av att vara kvinna eller man är något som vi själva skapar och konstant repeterar så att det till slut normaliseras och uppfattas som ”vanligt” eller ”naturligt”. Vi är ofta snabba på att kategorisera människor utifrån kön utan att egentligen veta något alls om personers biologiska kroppar eller hur egna självupplevda identiteter

⁸ De Los Reyes & Mulinari, Intersektionalitet - Kritiska reflektioner över (o)jämlighetens landskap (2005)

⁹ Lundberg, A. Malmquist, & M. Wurm (Red.) (2017)

¹⁰ Butler, Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity (1990)

upplevs och definieras. När vi kategoriserar utgår vi ifrån det vi ser eller gör antaganden utifrån personens personnummer.¹¹ Att göra kön hänger också ihop med andra saker som exempelvis ålder. Förväntningarna på hur feminitet uttrycks varierar beroende på om vi är 15, 30 eller 60 år. Det handlar också om att göra kön på rätt sätt, att passera. De som inte passerar som begripliga personer blir ofta ifrågasatta. Sammantaget innebär detta att det finns ett visst utrymme att göra kön på men att det samtidigt är begränsat av diskurser som skapar och begränsar våra vardagliga liv.¹²

Heteronormativitet handlar om det system av normer som påverkar vår förståelse av kön och sexualitet. Heteronormen innebär att det i vårt samhälle finns en mängd outtalade regler, föreställningar och förväntningar som begränsar hur och vem en får vara ifråga om kön och sexualitet. Kön och sexualitet samspelar alltid med andra skillnadskapande kategorier på oförutsägbara sätt där klass, hudfärg, etnicitet, ålder, geografi och funktionalitetsförmåga är bland de mest centrala. Normer för kön och sexualitet innefattar både ekonomiska, sociala och kulturella aspekter för vilka möjligheter och resurser som kvinnor, män och transpersoner har under sin levnadstid och hur heteronormen påverkar enskilda hbtq+personers livsförutsättningar.

Att bryta mot heteronormen kan resultera i bestraffning i form av allt från tystnad och utanförskap till våld och död.¹³

De personer som lever upp till normativa förväntningar om sexualitet och kön kan lättare känna sig bekväma att dela med sig av erfarenheter och personligt liv, medan de vars liv skiljer sig från den dominerande normen kan bli obekvämt synliga och känna behov av att dölja sina normbrott genom att dra sig undan från sociala sammanhang.¹⁴ Den heteronormativitet som präglar samhället kan i olika grad också prägla en organisation och/eller verksamhet. För att förstå de problem som hbtq+personer upplever bör förklaringar i första hand inte sökas inom gruppen utan i de normer och föreställningar som verkar utestängande eller skapar problem för hbtq+personer.¹⁵

Att leva som hbtq+person och ständigt vara den som bryter mot normerna kan leda till många konsekvenser. Att inte få och kunna ta plats med sig själv, med sin kropp och identitet precis som den är innebär att du som människa blir tystad, din berättelse som människa blir inte mottagen. Att bli och vara tystad innebär en utradering av sig själv.¹⁶

¹¹ Hos personer som har ett svenskt personnummer är näst sista siffran det som könar människan. Om näst sista siffran är jämn antas personen vara kvinna. Är den ojämn, man.

¹² Bromseth & Siverskog (2017) (red)

¹³ Bromseth & Siverskog (2017) (red)

¹⁴ Ahmed, The Cultural Politics of Emotion (2014)

¹⁵ Danila, Homo på jobbet, ute eller inne? (2005)

¹⁶ Bromseth & Siverskog (2017) (red)

När hbtq+personer exempelvis möter vårdgivare är det många som avstår att berätta om sin sexualitet eller könsidentitet även om detta är en viktig del av personens identitet och kan vara av betydelse i relation till vårdgivaren. Det finns tydliga förklaringar för varför denna tystnad kan finnas där.

Inom psykologin talas det bland annat om de distala (avlägsna) stressorerna vilka beskrivs som lagar, sociala attityder, andra förutsättningar i omgivningen eller fördomsfulla företeelser. Dessa får psykologisk betydelse via individens kognitiva bedömning. Proximala stressorer (närbelägna), så som oro för att bli avvisad, att dölja sin identitet och internaliserad homofobi är personliga och subjektiva då de relaterar till individens eller gruppens själv-perception och identitet. Med hjälp av att studera och förstå minoritetsstress som begrepp och innebörd kan en tydligare se hur hbtq+personer förhåller sig till omgivande samhälle och de stressorer som påverkar målgruppens hälsa – och begränsar ens möjligheter.¹⁷

Sexualitet och identitet är något som näst intill alla människor förhåller sig till oavsett egna praktiker. Vi förhåller oss både till vår egen sexualitet och identitet och även i allra högsta grad till andras. Vidare är det inte något vi i regel pratar om med främlingar, utan snarare tvärtom. Det ger det diskuterade ämnet, hbtq+frågor, en personlig karaktär. Att tala om hbtq+frågor är en form av identitetsnära arbete som bör omhändertas på ett ödmjukt sätt.

4.2 Hbtq+personers hälsoläge i Sverige

Här nedan presenteras en övergripande sammanställning av hälsoläget för hbtq+personer i Sverige. I de större studierna som redovisas presenteras data som främst berör åldrarna 16-84 år. (Resultat från Folkhälsomyndigheten har dock den yngsta deltagaren som är 15 år och den äldste deltagaren som 94 år. Mer än två tredjedelar av deltagarna är 20–44 år). Hälsan för yngre respektive äldre hbtq+personers hälsa redovisas under egna avsnitt.

Forskning visar att hbtq+personer har sämre hälsa jämfört med övriga befolkningen. Både internationellt och nationellt är hbtq+personer en utsatt grupp när det kommer till flera områden inom hälsa. Hälsoskillnaderna har samband med att hbtq+personer i större utsträckning utsätts för fördomar, diskriminering och våld på grund av negativa föreställningar om sexuell läggning och könsidentitet.

Särskilt aspekten att det psykiska måendet blir så dåligt att människor överväger att avsluta sina liv i förtid är ett väldigt allvarligt uttryck för psykisk ohälsa. Det gör att förekomst av självmordstankar genomgående lyfts fram här för att visa på den psykiska ohälsan inom hbtq+gruppen.

Statistik från Folkhälsomyndigheten från 2014 visar att andelen med självmordstankar var fyrfaldigt högre bland homo- och bisexuella kvinnor och

¹⁷ Lundberg, A. Malmquist, & M. Wurm (Red.) (2017)

män jämfört med heterosexuella. Bisexuella kvinnor uppvisade den högsta andelen, där 25 procent under de senaste 12 månaderna hade haft självmordstankar jämfört med 14 procent bland homosexuella och 5,5 procent bland heterosexuella kvinnor. Homo- och bisexuella män däremot uppvisade inga skillnader sinsemellan (18 respektive 17 procent).

För självmordsförsök är mönstret likartat. Ca 6 procent bland homo- och bisexuella kvinnor hade försökt ta sitt liv under de senaste 12 månaderna mot knappt 1 procent bland heterosexuella kvinnor. Bisexuella kvinnor stod dock inte för statistiskt signifikanta högre andelar jämfört med homosexuella kvinnor. Bland homo- och bisexuella män hade vardera drygt fyra procent försökt ta sitt liv jämfört med 0,5 procent bland heterosexuella. Skillnaden är störst i åldersgruppen 16–29 år och bland dem med kort utbildning.¹⁸

Under 2015 publicerade Folkhälsomyndigheten en rapport om transpersoners hälsa och hälsans bestämningsfaktorer för transpersoner, en av de största studier som gjorts gällande denna målgrupp i Sverige. Här framkom att mer än var tredje transperson det senaste året allvarligt övervägt att ta sitt liv. Hos majoritetsbefolkningen är förekomsten av självmordstankar avsevärt lägre, ungefär var tjugonde person. Det framgick att det är en minoritet av transpersonerna i studien som känner att de helt kan leva i enlighet med sin könsidentitet.

Många uppger psykisk ohälsa i form av tankar på självmord och självmordsförsök. Totalt 5 procent av respondenterna har någon gång under de senaste 12 månaderna försökt att ta sitt liv. Denna andel är fem gånger större jämfört med befolkningen i allmänhet baserat på Hälsa på lika villkor (HLV), som är 1 procent. Skillnaden är något mindre efter åldersjustering. Självmordsförsök under de senaste 12 månaderna var vanligare i de yngre åldersgrupperna. Cirka en tredjedel av respondenterna angav att de någon gång har försökt att ta sitt liv; över en fjärdedel gjorde ett självmordsförsök för ett år sedan eller mer, och 3 procent försökte ta sitt liv för 2 veckor–1 år sedan. Självmordsförsök var vanligast i den yngsta åldersgruppen 15–19 år där 40 procent av respondenterna svarade att de någon gång försökt att ta sitt liv.

Studiens resultat tyder på att det främst är livsvillkor som påverkar förutsättningarna för hälsan bland transpersoner, som bland annat kränkande behandling, diskriminering, våld och lågt förtroende för samhällsinstitutioner. Livsvillkor kan påverka hälsoutfall på en mängd olika sätt samt begränsa transpersoners livsutrymme och möjlighet att leva i enlighet med sin identitet.¹⁹

¹⁸ Folkhälsomyndigheten (2014) Denna rapport beskriver utvecklingen av hälsan och hälsans bestämningsfaktorer bland homo- och bisexuella personer jämfört med heterosexuella personer under perioden 2005–2012. Rapporten redovisar resultat från den nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor.

¹⁹ Folkhälsomyndigheten (2015)

I en rapport från Transgender Europe, publicerad 2017, presenteras resultat från enkäter där personer fick svara på frågor om sin psykiska och generella hälsa, om erfarenheter av självmordstankar och självmordsförsök, samt om sina upplevelser i mötet med vården. 885 transpersoner från Sverige, Spanien, Serbien, Polen och Georgien svarade på enkäten. 472 personer i Sverige deltog. Drygt 10 % av alla som svarat på enkäten säger att de har försökt ta sitt liv senaste året och 54 % berättar att de under det senaste året haft allvarliga funderingar på att ta sitt eget liv.

Genom studien framkom att transpersoner i Sverige har sämre hälsa än i de andra deltagande länderna. 39 % upplever att de har dålig hälsa, jämfört med 26 % från Polen, 3 % från Serbien och 2 % från Spanien. Som en jämförelse kan den svenska folkhälsoundersökningen bland befolkningen i stort lyftas. I denna beskriver 5 % sin hälsa som dålig, vilket visar att svenska transpersoner dels mår sämre än den övriga befolkningen, dels sämre än transpersoner från de andra deltagande länderna. I rapporten från Transgender Europe berättar de som deltagit att de upplever att transvården är underprioriterad och inte möter transpersoners behov. Rapporten visar även att kunskapen och bemötandet inom den allmänna hälso- och sjukvården upplevs brista.

Icke-binära transpersoner, det vill säga personer som inte definierar sig enligt någon av könskategorierna kvinna eller man, mår sämre än andra transpersoner med andra könsidentiteter i denna studie. De upplever i stor utsträckning att de inte kan leva i enlighet med sin könsidentitet och att en blir felkönad i alla situationer av personer en inte känner. Resultaten visar att felkönande och att inte kunna leva i enlighet med sin könsidentitet har ett samband med sämre hälsa. En stor andel angav också att de känt sig diskriminerade inom hälso- och sjukvården det senaste året, på grund av sin transidentitet. Så många som 62 % uppgav att de har skjutit upp att söka vård på grund av rädsla för dåligt bemötande. 40 % av respondenterna anser att den könsbekräftande vården är undermålig. Detta på grund av problem med långa väntetider samt krångliga och utdragna processer för att få remiss. Många är också missnöjda med själva vården och bemötandet av utredningsteam. Knappt en femtedel är nöjda med den vård och bemötande som de har fått.²⁰

I utredningen *”Stärkt ställning och bättre levnadsvillkor för transpersoner”*, framtagen på uppdrag av den svenska regeringen 2017 har transpersoners levnadsvillkor i Sverige undersökts. Denna utgår dels från kvantitativa underlag från bland annat Folkhälsomyndigheten men också från transpersoners egna berättelser. Resultat från utredningen bekräftar liknande resultat från andra studier där det framgår att en relativt hög andel av transpersonerna inte kan leva i enlighet med sin könsidentitet och att detta försämrar hälsan. Det är vanligare bland transpersoner än bland befolkningen i stort att skatta sin egen hälsa som dålig.

²⁰ Transgender Europe Overdiagnosed but Underserved, (2017)

I samtliga studier, där icke-binäras hälsa lyfts fram, framgår att det finns en tydlig skillnad inom gruppen transpersoner, där icke-binära i linje med resultatet från Transgender Europes rapport, i högre utsträckning skattar sin hälsa som dålig än andra transpersoner. Det framgår också att ohälsan är sämre bland de som uppger att de inte kan leva i enlighet med sin könsidentitet.

Samtliga studier visar att de är vanligare att transpersoner utsätts för trakasserier, kränkande behandling och diskriminering än vad det är för befolkningen i allmänhet. Många transpersoner upplever att de osynliggörs i samhället, till exempel genom språkbruk som könar, de svenska personnumrens konstruktion och att det saknas möjlighet att ha en juridiskt erkänd identitet som något annat än kvinna eller man. Många transpersoner har erfarenheter av utsatthet och otrygghet på olika arenor, bland annat olika platser i det offentliga rummet, på restauranger, under resor och vid toalettbesök.²¹

Det är vanligare att transpersoner är utsatta för fysiskt våld än vad befolkningen som helhet är. Baserat på underlag från HLV lyfter Folkhälsomyndigheten fram att utsatthet för fysiskt våld visat sig vara mer än dubbelt så vanligt hos transpersoner än i befolkningen i allmänhet. Totalt 7 procent av respondenterna angav att de har blivit utsatta för fysiskt våld under de senaste 12 månaderna, jämfört med 3 procent i befolkningen i allmänhet. Enligt Folkhälsomyndigheten angav ungefär var femte respondent (19 procent) angav att de någon gång varit utsatta för våld på grund av sin transexfarenhet.²²

Hatbrott och hedersrelaterade brott drabbar också transpersoner. Ett konstaterat problem är att statistiken gällande transpersoners utsatthet är bristfällig. Detta kan delvis förklaras av att många utsatta inte anmäler brott till polisen på grund av bristande tillit, eller bristande tilltro till att det kommer att göra någon skillnad.

Att inte ha stöd av sin närmaste omgivning tycks leda till sämre hälsa, och resultat från flera undersökningar tyder på att transpersoner som grupp har sämre stöd i sin omgivning än befolkningen i stort. Unga transpersoner uppger att de önskar mer information om sexuell hälsa, till exempel vilka effekter hormonbehandlingar kan ha på den sexuella hälsan och sexualiteten. Även vad gäller reproduktiv hälsa och rättigheter finns brister i den tillgängliga kunskapen om till exempel behovet av stöd. Förekomsten av hiv bland transpersoner i Sverige är inte känd, eftersom statistiken inte omfattar könsi-

²¹ Regeringskansliet (2017), Transpersoner i Sverige - Förslag för stärkt ställning och bättre levnadsvillkor SOU 2017:92

²² Folkhälsomyndigheten (2015)

dentitet eller könsuttryck som en variabel. Transspecifik information om säkrare sex är något som efterfrågas.²³

Samtliga resultat tyder på att det främst är livsvillkor som påverkar förutsättningarna för hälsan hos hbtq+personer, som bland annat kränkande behandling, diskriminering, våld och lågt förtroende för samhällsinstitutioner. Livsvillkor kan påverka hälsoutfall på en mängd olika sätt samt begränsa hbtq+personers livsutrymme och möjlighet att leva i enlighet med sin identitet. Något som också framgår är att en relativt stor andel av transpersonerna i Sverige skulle vilja ha möjlighet att få ett nytt juridiskt kön medan Sveriges lagstiftning bygger på två juridiska kön, inte fler. Däremot finns det andra länder som har fler könskategorier att välja bland. Detta gör att många tvingas förhålla sig till ett juridiskt system som begränsar individernas möjligheter att vara den en är och identifierar sig som. Bland de transpersoner som deltog i Folkhälsomyndighetens undersökning hade 14 procent bytt juridiskt kön, men fler än en tredjedel uttryckte en vilja att byta juridiskt kön. En fjärdedel av de som deltog i undersökningen uttryckte en vilja att byta till ett juridiskt kön som i dag inte finns i Sverige. Möjligheten att registrera ett annat kön än man eller kvinna har föreslagits som en åtgärd som skulle förbättra livskvaliteten för många människor som identifierar sig som icke-binära.²⁴

Resultat visar på behov av samhällsinsatser som bidrar till ett tryggt livsutrymme för målgruppen, som främjar psykosocial hälsa och som förebygger trakasserier, diskriminering och våld.²⁵

Det är nödvändigt med ett normkritiskt arbete som bör utföras med bred ansats och i samverkan med aktörer på olika samhällsnivåer.

4.3 Unga hbtq+personer och hälsa

Med unga menas i detta avseende främst åldern 12–20 år.

Unga personer som identifierar sig som homo-, bi-, transpersoner och queer gör fler självmordsförsök än unga som identifierar sig som heterosexuella cispersoner. Resultaten, som bygger på självrapporterad data från närmare 2,5 miljoner unga i åldern 12–20 år, visar att risken för suicidförsök är förhöjd bland hbtq+personer och att unga transpersoner har den största risken.

Studierna omfattade närmare 2,4 miljoner heterosexuella ungdomar och drygt 100 000 unga hbtq+personer i åldern 12–20 år. Materialet omfattar enkätundersökningar från Island, USA, Irland, Kanada, Schweiz, Norge, Nya Zeeland, Kina, Taiwan och Korea. Dessa resultat stödjer Folkhälsomyndighetens egna nationella resultat publicerade i rapporten Hälsan och

²³ Regeringskansliet (2017), Transpersoner i Sverige - Förslag för stärkt ställning och bättre levnadsvillkor SOU 2017:92

²⁴ Regeringskansliet (201)

²⁵ Folkhälsomyndigheten (2015)

hälsans bestämningsfaktorer för transpersoner, 2015. I den undersökningen svarade 36 procent av transpersonerna att de allvarligt övervägt att ta sitt liv minst en gång under de senaste 12 månaderna.²⁶

En av de hbtq+strategiska myndigheterna i Sverige, Myndigheten för ungdoms och civilsamhällsfrågor (MUCF) publicerade 2010 en omfattande rapport om unga hbtq+personers hälsoläge. Där framgick att en fjärdedel av de unga homo- och bisexuella kvinnorna försökt ta sina liv. Var femte, 19 procent, av 16–25-åringarna i gruppen homosexuella och bisexuella har utsatts för fysiskt våld av en förälder, partner eller annan närstående vuxen. Det är en dubbelt så stor andel som bland unga heterosexuella. Bland de unga homosexuella och bisexuella är det 65 procent av kvinnorna och 48 procent av männen som har blivit bemötta på ett kränkande sätt. Många unga homosexuella, bisexuella och transpersoner har lågt förtroende för polisen, skolan, sjukvården, socialtjänsten och arbetsförmedlingen på grund av att de känner sig diskriminerade i mötet med personalen.²⁷

Det finns i dag en stor mängd studier som tydligt visar att unga hbtq+personer har en ökad risk för psykisk ohälsa, i synnerhet depression, ångest och självmordsbeteende, jämfört med unga heterosexuella och heterosexuella cispersoner.

Vissa specifika hälsoproblem och stressrelaterade symptom är också vanligare bland unga hbtq+personer, till exempel sömnsvårigheter, huvudvärk och migrän samt mag-/tarmbesvär. Den ökade risken för nedsatt fysisk och psykisk hälsa samt självmord bland hbtq+personer jämfört med heterosexuella börjar tidigt i livet. Det finns i dag ett växande forskningsstöd för att den gemensamma orsaken till dessa skillnader ligger i den specifika utsatthet för stress kopplad till stigma som hbtq+personer exponeras för, minoritetsstress (som nämns mer utförligt senare i rapporten). Exempel på denna typ av stress är utsatthet för diskriminering, våld, stress kring att inte vara öppen med sin sexuella identitet eller könsidentitet, rädsla att bli avvisad på grund av sin sexuella identitet eller könsidentitet och social isolering.²⁸

Resultat från 2010 har visat på en negativ utveckling senare år. Att inte få acceptans och emotionellt stöd i nära relationer leder till otrygghet och rädsla i vardagen och är en av anledningarna till att unga hbtq+personer mår mycket sämre än den övriga befolkningen. Det är viktigt att inte göra allt för enkla generaliseringar. Trots att många unga hbtq+personer mår dålig så mår majoriteten bra och har en god hälsa. Men den majoriteten är betydligt mindre än bland befolkningen som helhet.

²⁶ Folkhälsomyndigheten, Utblick folkhälsa(2019)

²⁷ Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällsfrågor, MUCF, Hon, Hen, han: En analys av hälsosituationen för homosexuella och bisexuella ungdomar samt för unga transpersoner. (2010)

²⁸ Forte (2018) Hälsa och livsvillkor bland unga hbtq+-personer: Vad vet vi och vilka forskningsbehov finns?

En viktig, hälsofrämjande aspekt för unga hbtq+personer är sociala sammanhang. Det handlar om sammanhang där ens könsidentitet inte ifrågasätts eller problematiseras samt möjligheten att möta andra med liknande erfarenheter. Det handlar om att kunna vara öppen med sin erfarenhet och identitet och slippa förklara sig.

Unga vittnar om att de känner sig kränkta och diskriminerade även i möten med sjukvården, socialtjänsten och i skolan. Personalens bemötande kan bero på okunskap om unga homosexuella, bisexuella och transpersoners livssituation vilket kan leda till omedveten diskriminering. Det innebär att många unga hbtq+personer har låga förväntningar på att få ett professionellt bemötande och har ett lågt förtroende för samhällets institutioner. Det kan i värsta fall leda till att de inte tar kontakt med exempelvis polis, sjukvård och socialtjänst trots att behov finns.

Offentliga aktörer på statlig, regional och lokal nivå behöver ökad kunskap om ungas situation och behov för att kunna arbeta mer effektivt med att inkludera olika hälsomässigt utsatta grupper. Unga hbtq+personer upplever osynliggörande, öppen diskriminering och kränkningar. De utsätts för mobbning, hot om våld och våld. Detta påverkar deras psykiska hälsa negativt. Unga är en heterogen grupp och allt förebyggande arbete som riktas till unga måste utformas utifrån ungas specifika behov.²⁹

4.4 Äldre hbtq+personer och hälsa

Under 2012 startade en debatt i Sverige om de tvångssteriliseringar som transpersoner, som önskade få transvård och ändra juridiskt kön, tvingades genomgå. Lagen hade gällt i Sverige sedan 1972. Sverige var då, 1972, först i världen med att ha en lag som gav transsexuella möjligheter till kirurgi, hormonbehandling och att få ändrat kön i sina id-uppgifter. Lagen satte dock upp ett antal krav som en transsexuell person var tvungen att uppfylla för att få ändra kön i id-uppgifterna. Kraven var att personen skulle vara ogift, svensk medborgare, minst 18 år och steril.

De flesta riksdagspartierna hade under flera år ansett att lagen skulle ändras, men riksdagen ville först utreda frågan på olika sätt. När den första utredningen var klar tillsattes en ny utredning. Hbtq+rörelsen ansåg att regeringen drog ut på tiden i onödan och att det inte behövdes fler utredningar. Under 2012, efter att riksdagens Socialutskott meddelat att de kommit överens om att inte avlägsna kravet på sterilisering i det kommande lagförslaget ägde flera demonstrationer rum landet runt, från Luleå i norr till landets sydligaste delar.

Lagen som reglerat detta instiftades 1972 och har speglat hur staten historiskt velat kontrollera befolkningen och vilka som ansetts värdiga att skaffa

²⁹ MUCF (2010)

barn. Efter många påtryckningar kom en ändring i lagen sommaren 2013 där steriliseringskravet togs bort.

Denna händelse är en i raden som bidrar till perspektiv på de erfarenheter som äldre hbtq+personer bär på. Äldre hbtq+personer har unika erfarenheter då de vuxit upp i en sådan kontext där hbtq+personers rättigheter har förändrats enormt mycket under den egna livstiden. Bland annat har homosexualitet gått från att vara kriminaliserat, därefter setts som en psykisk sjukdom och sedan inte längre vara det. I år, 2019, är det 40 år sedan sjukdomsstämpelein för att vara homosexuell togs bort.

Det går inte att generalisera äldre hbtq+personer som om de vore en enhetlig grupp då de alla är individer med olika livserfarenheter men en sak har de alla gemensamt och de är att de ofta osynliggörs och glöms bort. Statistik och annan datainsamling som exempelvis redovisats tidigare saknar helt data från hbtq+personer som är äldre än 84 år. Ändå vet vi att det finns äldre människor än så. Äldre, som antingen definierar sig som eller lever icke-heterosexuellt eller som har könsöverskridande identiteter eller uttrycksätt, har gemensamt att de vuxit upp och blivit äldre inom samhällskontexter där diskurser om kön och sexualitet har genomgått grundläggande förändringar under deras levnadstid. Under 50- och början av 60-tal fanns det i Sverige starkt antihomosexuella stämningar i samhället och få mötesplatser för icke-heterosexuella. Det var först under 60- och 70-tal som mötesplatser, exempelvis klubbiv och kaféer, växte fram och i takt med det, en mer formaliserad och öppen homorörelse. Vid början av 80-talet hade homosexualitet avkriminaliserats och tagits bort som diagnos men kom att starkt präglas av aids-utbrottet. Homosexuella män stigmatiserades på nya sätt och sjukdom och död präglade homomiljön i flera år som följd av hiv/aids.

Idag råder en betydligt större öppenhet än tidigare för hbtq+personer. Rättighetsarbetet har gått framåt och lagstiftningen ser mer likvärdig ut för hbtq+personer och heterosexuella. Kampen för större öppenhet och trygghet har gått framåt, främst för icke-heterosexuella personer.

Det finns i dag en stark medvetenhet och rädsla hos många äldre för en tillbakagång till ett mer repressivt samhälle, exemplen blir allt fler i vår omvärld och hbtq+-frågorna har haft avgörande betydelse i presidentval i världen över, ofta i negativ bemärkelse. I en stor del av världen är hbtq+personer kriminaliserade. I vissa länder är dödsstraff en möjlig följd för "brottet". Äldre hbtq+personer som vill unna sig en resa på äldre dagar känner en rädsla för att besöka många länder på grund av attityder och lagstiftning. Även i Sverige finns en ökad grad av homo/transfob miljö, som växt fram parallellt med det öppnare klimatet – och hänger samma delvis med polariseringen i samhället.

Det finns också mycket kvar att önska gällande transpersoners rättigheter och möjligheter. Genom att transidentiteter fortfarande ses som psykiatriska diagnoser ses transuttryck och praktiker som sjukförklarande. Rätten till exempel transvård är villkorad av olika krav på diagnos samt en förväntan på anpassning till de ramar för könsnormer som präglar utredningarna.

I bilden av det ”goda åldrandet” ingår bland annat att ha nära och goda relationer med framförallt partner, barn och barnbarn. Att åldras som hbtq+person förknippas dock med kapade familjeband på grund av en utifrån normerna avvikande sexualitet eller könsidentitet, med dåliga relationer till ursprungsfamilj och ingen egen reproduktion - en livssituation som också associeras med ensamhet och isolering. Traditionellt sett kretsar de heterorelationella normerna i västvärlden kring en idé om familj och släktskap som bygger på de biologiska bandens betydelse. Att vara hbtq+person har ofta gjorts lika med att avvika från och misslyckas med dessa ideal. Bilden av att samtliga äldre hbtq+personer lever ensamt och utan familj behöver dock inte alls stämma med verkligheten. Många har istället funnit andra sätt att skapa familj, ofta genom ”vald familj” med de personer som en själv anser vara viktiga i ens liv, av olika grunder, något som står i motsats till det traditionella familjebegreppet där familjen oftast refereras till som ursprungsfamilj och biologiska band. Nära relationer och vad som definieras som familj är rörliga och förändras över tid och människan bär med sig de erfarenheter som sker inom dessa, på gott och ont.

Äldre hbtq+personers valfrihet behöver dock alltid ses i relation till vilka materiella, sociala och kulturella resurser som finns. Till exempel har äldre kvinnor betydligt mindre inkomst än jämgamla män vilket ger olika förutsättningar för villkor i åldrandet för hur en utformar sin vardag och sina behov av hjälp och vård. Detta hänger också ihop med hur relationer utformas och förhandlas. Ett starkt socialt nätverk som ställer upp med praktisk hjälp skapar andra ramar än att vara beroende av kommunal hjälp. Detta i sig är centralt för äldre hbtq+personer då många saknar förtroende för den offentliga vården på grund av egna eller andras dåliga erfarenheter och inte söker hjälp trots att det finns behov. Många låter också bli att vara öppna av rädsla för att få sämre vård.

Vilka livsval som tillmäts värde inom heteronormativiteten påverkar alla i förhållande till hur vi tänker om våra egna och andras sätt att leva och älska på. I bemötandet av äldre handlar det om att kunna förstå och bemöta alla utan att återskapa begränsande normer kring levnadssätt. Vem som är ens närmaste och vilken typ av relationer en har är inget att ta för givet utan kan se ut på många olika sätt för såväl heterosexuella som icke heterosexuella och transpersoner. I arbetet med att skapa en icke-diskriminerande vård är det därför viktigt att det finns medvetenhet och kunskap om hur hbtq+personers nära relationer faktiskt ser ut och vilka behov som finns för att aktivt motverka heteronormativa och homonegativa förhållningssätt. Att kunna se, lyssna in och bekräfta det hos någon som de äldre själv anser vara en central närstående är en viktig dimension i detta.

Samhälleliga mönster och strukturer vad gäller genus och sexualitet upphör inte med stigande ålder och upphör inte heller vid ingången till äldreboendet. Som äldre, lesbisk kvinna som levt sitt liv i nätverk och social gemenskap med utvalda likasinnade, kan tanken om ett liv på äldreboende, tillsammans med män, vara samma sak som att gå med på att leva i underordning.

Heteronormen är nära sammanvävd med patriarkala normer och strukturer som gör att en kvinnoidentifierad person tvingas till underordning på en plats, ett äldreboende som genomsyras av heteronormativa ideal. Den sociala miljön och tillgången till sociala mötesplatser och sociala nätverk påverkas av den plats en lever på. För den äldre hbtq+personen som lever i glesbygden eller i ett mindre samhälle innebär det en större sårbarhet, långt ifrån nätverk och mötesplatser. Landsbygden är heteronormativ på ett tydligt sätt då det är få hbtq+personer som bor där.

Många av de personer som dag är äldre har levt en stor del av sina liv under en tid då det varit självklart att dölja sin sexualitet och könsidentitet om den brutit mot cisnormen. Särskilt äldre transpersoner kan uppleva att det råder stor okunskap om transfrågor i samhället. Många äldre är rädda för att söka sig till psykiatrisk vård på grund av den lagstiftning som bland annat tvångssteriliserat personer som velat byta juridiskt kön. Det kan också vara äldre personer vars kroppar inte klarar av det som krävs för att gå igenom en könsbekräftande behandling. Det kan innebära att den äldre kroppen och ohälsa sätter stopp för möjligheter att nå den kropp som bättre skulle kunna stämma överrens med den egna könsidentiteten. Det viktigaste i detta är att förstå att det inte går att anta någons könsidentitet utifrån det vi ser och att olika personer kan ha väldigt olika erfarenheter. En bör lyssna till hur personer själva vill definiera sig och bli bemötta.

Samhällets normer för kön och sexualitet påverkar äldre hbtq+personers livsvillkor och hälsa på olika sätt. Det kan bland annat handla om rädsla för att vara utsatt i kontakt med hemtjänst och vårdpersonal, att inte ha en nära familj som ställer upp när det behövs, till att uppleva utanförskap i sociala sammanhang och föreningsliv.

Det är av betydelse att verksamheter som möter äldre förstår att likabehandlingsideal riskerar att osynliggöra alla de vars historia och erfarenheter skiljer sig från normen. Människor som bryter mot normen riskerar att uppleva stigmatisering på grund av att deras erfarenheter antingen inte blir respekterade, blir diskriminerade eller att de blir helt osynliggjorda. Här behöver människor istället mötas utifrån behov och likvärdigt - inte likadant. Det är viktigt att personal som möter äldre, oavsett om det är på en hälsocentral, på ett äldreboende eller inom föreningsliv, har insikt i hur kultur och normer påverkar människors hälsa och välbefinnande. Annars riskerar personal och övriga som möter äldre att fortsätta arbeta och bemöta målgruppen efter en heteronormativt utformad likabehandlingsprincip som tar hänsyn till de behov som majoriteten av äldre har utan att reflektera över att olika människor har olika behov.

Då äldre generellt sett har större behov av vård än övriga, yngre medborgare, ger de också upp en stor del av sin integritet och självbestämmande till den verksamhet som ska vårda dem. Av den anledningen är det extra viktigt att vårdgivaren har kunskap och kompetens för dessa frågor. Det är viktigt att ha kunskap om vad en potentiell livslång stigmatisering kan leda till. Äldre

är sårbara, inte bara för att de är kanske kämpar med åldersrelaterade sjukdomar, men de kan ha trauman eller smärtsamma minnen som är kopplade till hatbrott, rädsla för att bli avslöjade eller rädsla för att inte bli behandlade på ett värdigt sätt.³¹

4.5 Sexuell hälsa genom livet

Området sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) är en del av de mänskliga rättigheterna och omfattar hela befolkningen och människans hela livscykel. Det är ett område med betydelse för varje människas självkänsla, nära relationer och välbefinnande, oavsett ålder, funktionsförmåga, kön, könsidentitet eller könsuttryck och är en av hälsans bestämningsfaktorer. Sexuell hälsa är ett tillstånd av fysiskt, emotionellt, mentalt och socialt välmående i relation till sin sexualitet.

I den nationella undersökningen SRHR2017 syns skillnader mellan heterosexuella och hbtq+personer. Till exempel är bisexuella män och kvinnor i större utsträckning missnöjda med sitt sexualliv än övriga grupper. Avsaknad av sexuell lust var vanligare bland homo- och bisexuella män än hos heterosexuella män. Homosexuella kvinnor rapporterade dock att de var nöjdare med sexlivet och hade lättare att få orgasm än heterosexuella kvinnor. Även transerfarenhet har betydelse för nöjdhet i sexlivet, 26 procent (jämfört med 7 procent av cispersonerna) hade haft sex på ett sätt de inte velat och 18 procent (jämfört med 8 procent av cispersonerna) hade haft hälsoproblem eller fysiska problem som påverkat sexlivet. Oro vid sex är också vanligare bland homo- och bisexuella män, bisexuella kvinnor och transpersoner än hos cispersoner.

Rapporten utifrån undersökningen SRHR2017 rekommenderar stödjande insatser inom området, så som ett holistiskt perspektiv inom sexuell hälsa och sexologi – det krävs en förståelse för hur psykisk, fysisk och sexuell hälsa hänger ihop. Det finns också behov av god kunskap inom hbtq+området för att kunna arbeta för en jämlik sexuell hälsa. Även kunskap och förståelse av att kön och sexuell identitet påverkar upplevelsorna av sexlivet. Information, rådgivning och vård kopplat till sexualitet behöver vara behovsanpassad samt ha ett normkritiskt och intersektionellt synsätt för att kunna främja en välmående relation till sexualiteten.³²

I rapporten Rätten till hälsa – hur normer och strukturer inverkar på transpersoners upplevelser av sexuell hälsa baserad på en kvalitativ studie, finns återkommande upplevelser av oförståelser, ifrågasättande, diskriminering och kränkningar hos transpersoner i mötet med samhället och inte minst hälso- och sjukvården. Intervjupersonerna i studien upplever i mötet med

³¹ Bromseth & Siverskog (2017)

³² Folkhälsomyndigheten) Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) i Sverige (2017)

hälso- och sjukvårdspersonal brister i bemötande, normativa förväntningar och avsaknad av vård med fokus på sexuell hälsa.

Idag är hiv en kronisk sjukdom med effektiv behandling. Den vanligaste smittvägen för hivinfektion i Sverige är via män som har sex med män (MSM). Enligt folkhälsomyndighetens rapport *att leva med hiv i Sverige* påverkas personer som lever med hiv fortfarande negativt av den stigmatisering som finns. Därför är det viktigt att fortsätta att sprida kunskap och tala öppet om hiv. Rapporten menar även att fyra av tio som lever med hiv är oroliga för hur de ska klara sig när de blir äldre. *Äldreprojektet* som drivits av Hiv-Sverige 2016-2019 menar att svensk vård ofta saknar beredskap att ta hand om äldre med hiv. Både vårdpersonal och äldre som lever med hiv behöver få mer kunskap för att kunna leva ett gott liv, livet ut.

4.6 Hbtq+personers hälsoläge i norra regionen samt djupdykning på Norrbotten

I de större nationella studierna om hbtq+personers hälsoläge finns främst data från personer bosatta i län såsom Stockholm, Skåne och Västra Götaland. (I *Hälsan och hälsans bestämningsfaktorer för transpersoner* är 15 respondenter från Norrbotten). Att arbeta med hbtq+frågor är en del av samtliga regioners uppdrag för att stärka och främja den jämlika hälsan för länets medborgare. För att bättre kunna driva arbetet framåt och veta att rätt insatser genomförs har nationella underlag för hbtq+gruppens hälsoläge använts som stöd för planering av insatser som genomförts i Norrbotten.

Det har funnits ett tomrum avseende brist på norrbottnisk data rörande hbtq+personers hälsoläge samtidigt som RFSL-avdelningar i Norrbotten efterfrågat stöd i form av exempelvis bättre bemötande inom hälso- och sjukvården, stärkt kompetens hos vårdpersonal samt enklare vägar för att nå kontaktytor. Detta för att de hbtq+personer som fångats upp genom RFSL många gånger undviker att söka vård, trots behov. Detta på grund av egna eller andra hbtq+personers erfarenheter av dåligt bemötande. Det har också framgått att det ibland är svårt att som hbtq+person veta vart en ska kunna vända sig för att få möta personal med kompetens inom hbtq+området.

Till senaste utskicket av den nationella folkhälsoenkäten – Hälsa på lika villkor, en nationell undersökning om hälsa, levnadsvanor och livsvillkor, uppdaterades enkäteten med fler svarsalternativ för könsidentitet och sexuell läggning. Kortfattat innebär det att fler hbtq+personer nu kan fångas upp. Syftet med undersökningen är att visa hur befolkningen mår och följa hälsan över tid.

Hälsa på lika villkor skickades ut till totalt 280 000 personer i Sverige. Svarsfrekvensen nationellt låg på 42 procent. Antal svaranden i Norra regionen var 23485 personer. Av dessa identifierade sig 112 personer som transpersoner och 183 visste inte. 1283 personer hade en annan sexuell lägg-

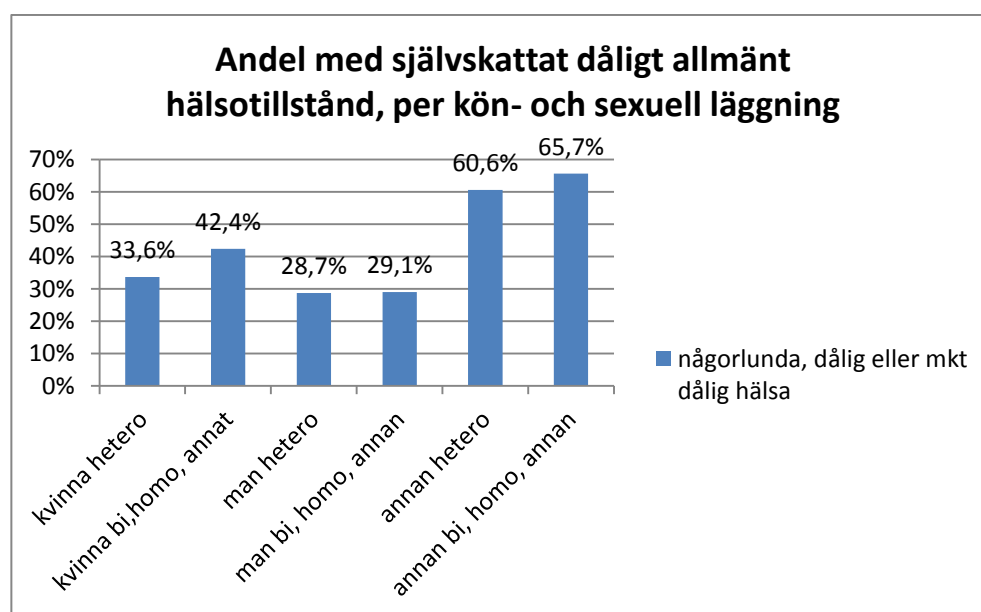
ning än heterosexuell. I undersökningar vill en att så stor del som möjligt av ens svarspopulation ska besvara ens enkät. Detta för att få så representativt resultat som möjligt. Alla undersökningar brottas dock idag med ett ökat svarsbortfall. Det är också inte ett jämt bortfall. Det nästan alltid högre andel kvinnor, äldre samt inrikes födda som besvarar en frågeenkät. Båda dessa typer av bortfallsproblem ger givetvis en skevhet i utfallet om inte detta tas hänsyn till. För att bättre korrigera för skevheter används i "Hälsa på lika villkor" en metod som kallas kalibrering. Den inkluderar bortfallsanalys och beräkning av kalibrerade vikter för varje svarande person och används vid framställning av statistik från datamaterialet.

Nedan presenteras resultat från undersökningen Hälsa på lika villkor i norra regionen.

4.6.1 Hbtq+personer

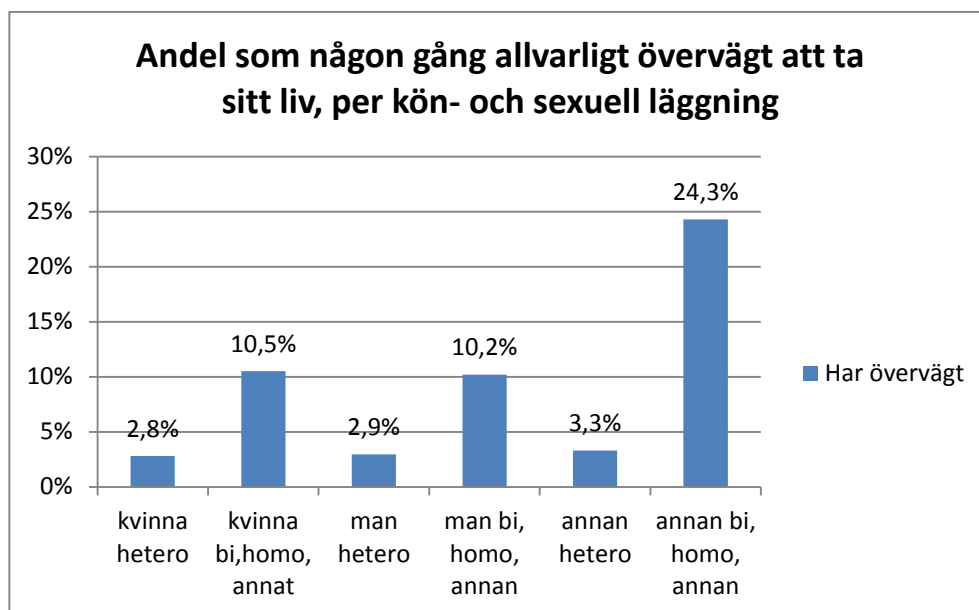
I detta avsnitt redovisas hälsa utifrån kön och sexuell läggning. Resultat gäller åldern 16-84 år.

Figur 1.



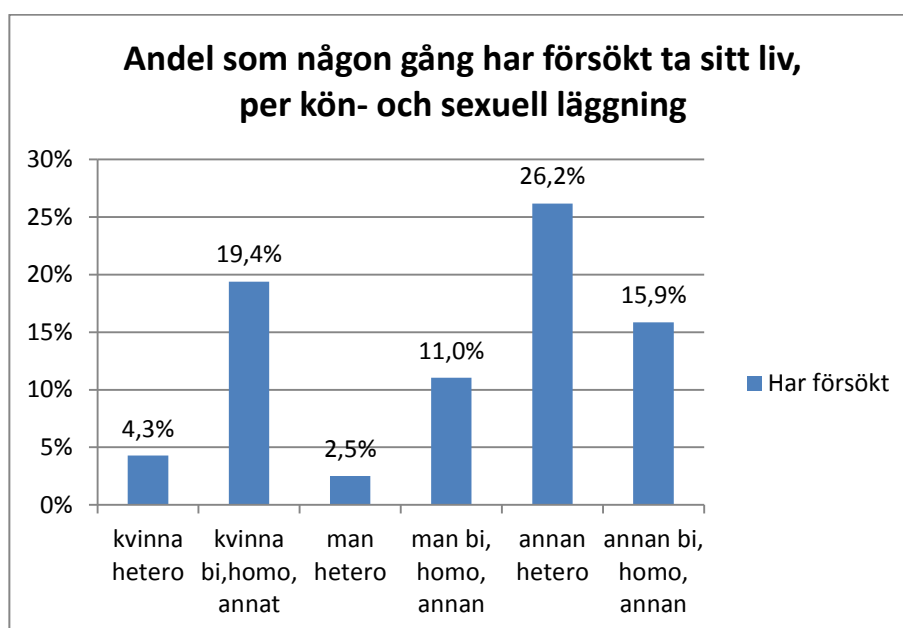
Personer som identifierar sig som utanför tvåkönsnormen har avsevärt sämre självskattad hälsa än kvinnor och män. Homo- och bisexuella kvinnor skattar sin hälsa sämre än heterosexuella kvinnor medan homo-, bi- och heterosexuella män skattar sin hälsa likvärdigt.

Figur 2.



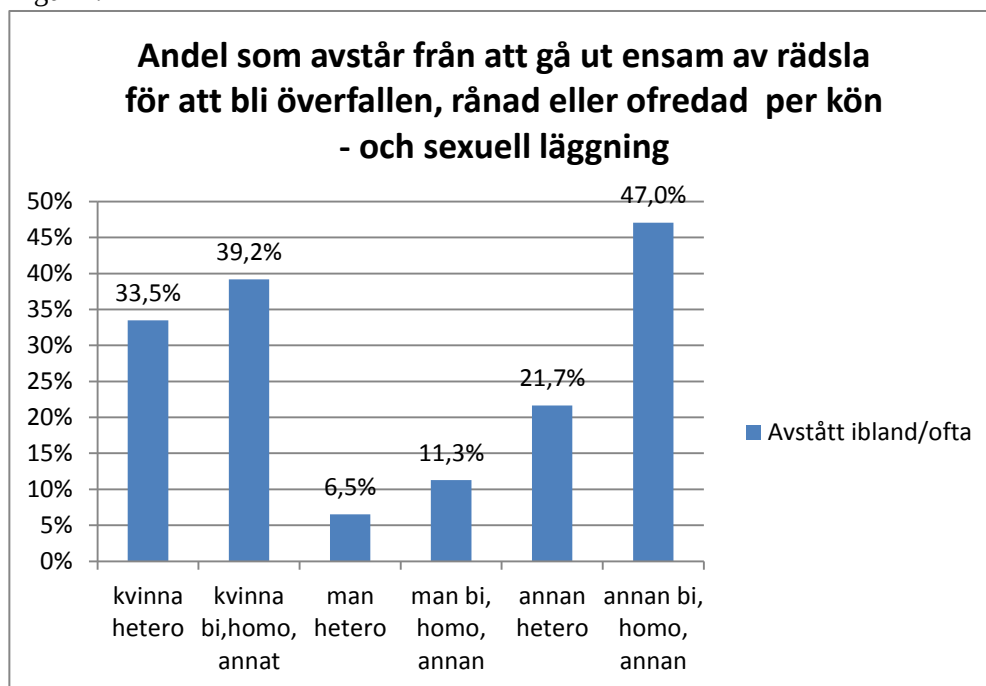
Det är vanligare att homo- och bisexuella personer någon gång allvarligt övervägt att ta sitt liv jämfört med heterosexuella.

Figur 3.



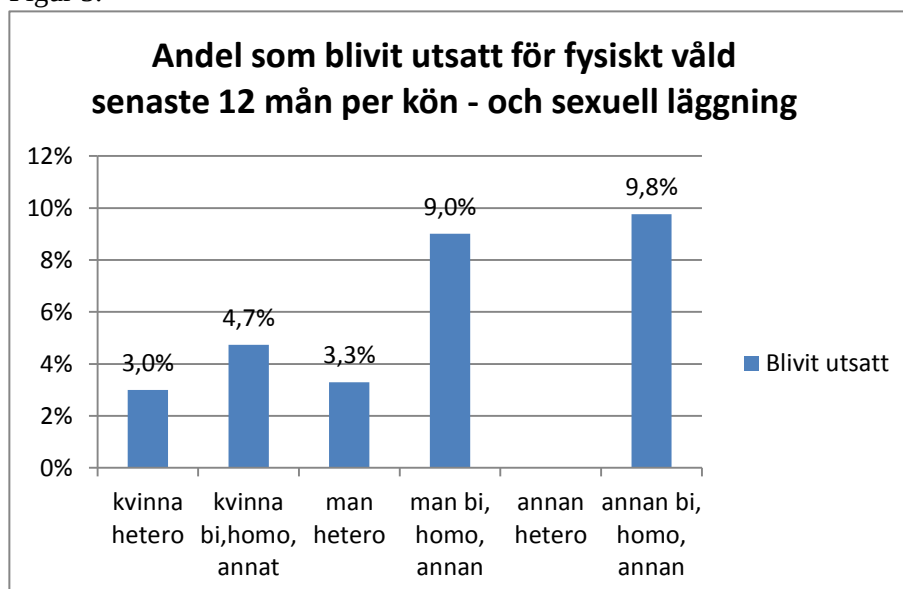
Det är vanligare att homo- och bisexuella män och kvinnor någon gång försökt ta sitt liv jämfört med heterosexuella män och kvinnor. Personer som definierar sig bortom tvåkönsnormen är extra utsatta när det kommer till att ha försökt ta sitt liv, oavsett sexuell läggning.

Figur 4.



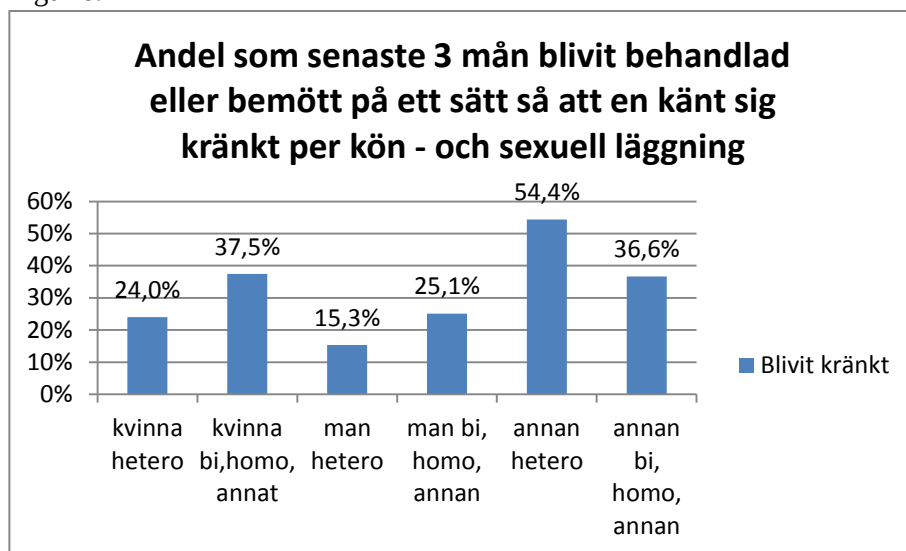
Kvinnor och personer som identifierar sig bortom tvåkönsnormen oavsett sexuell läggning avstår i större utsträckning att gå ut ensam på grund av rädsla för att bli överfallen, rånad eller ofredad än män oavsett sexuell läggning.

Figur 5.



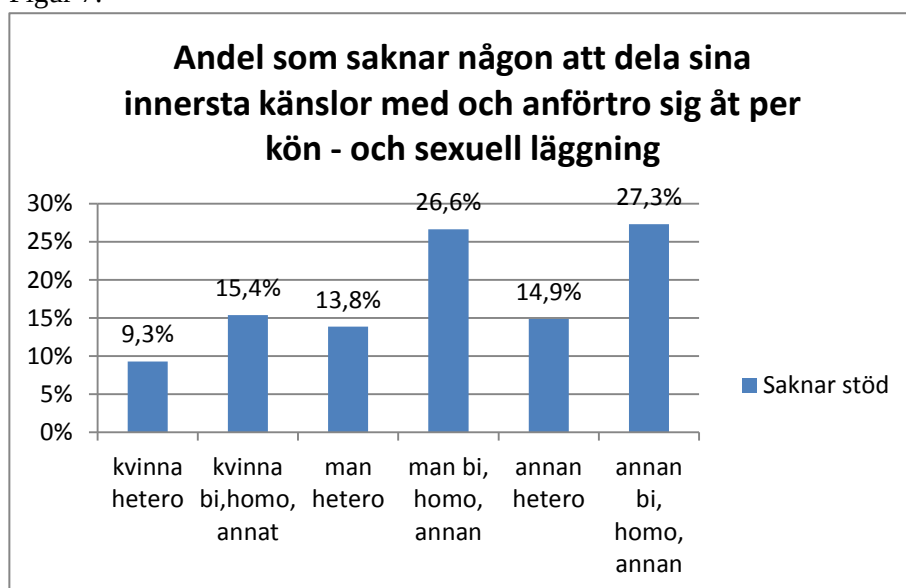
Det är vanligare att vara våldsutsatt de senaste 12 månaderna som homo- och bisexuell än som heterosexuell oavsett hur en definierar sig.

Figur 6.



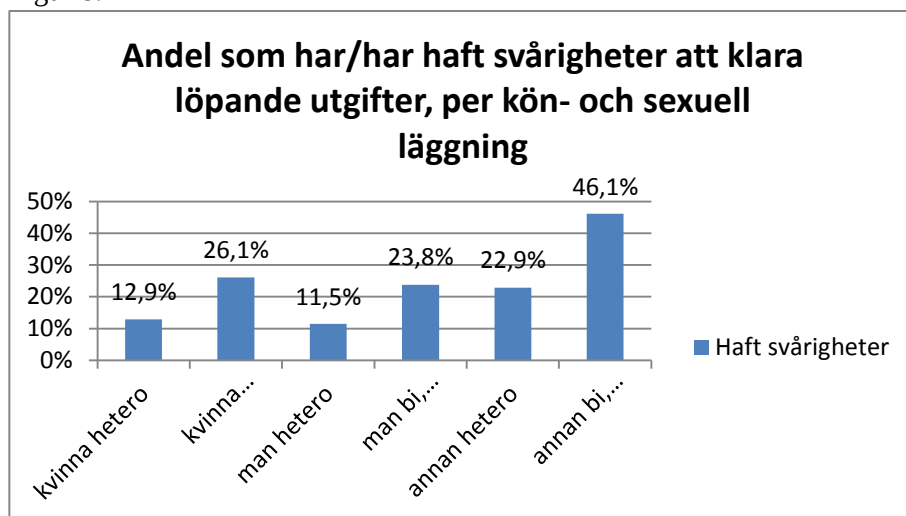
Det är vanligare att ha blivit behandlad eller bemött så att en känt sig kränkt om en är homosexuell, bisexuell och/eller identifierar sig utanför tvåkönsnormen än om en är heterosexuell.

Figur 7.



Det är vanligare att sakna någon att anförtro sig åt och dela sina innersta känslor med om en är homo- eller bisexuell. De grupperna som saknar någon i störst utsträckning är homo- och bisexuella män samt homo- och bisexuella personer som identifierar sig bortom tvåkönsnormen.

Figur 8.

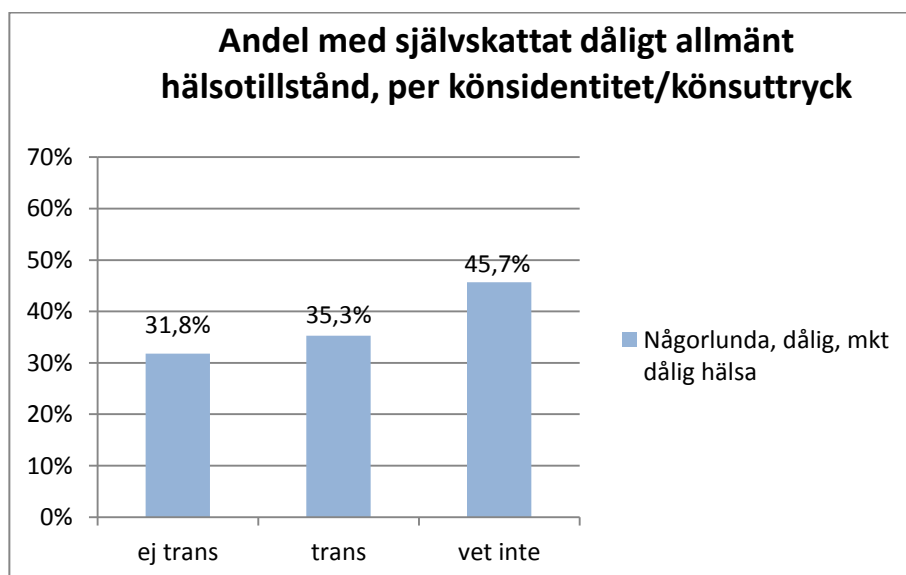


Det är vanligare bland homo- och bisexuella män och kvinnor att ha/har haft svårigheter med att klara löpande utgifter än för heterosexuella män och kvinnor. Personer som identifierar sig bortom tvåkönsnormen är extra utsatta, oavsett sexuell läggning.

4.6.2 Transpersoner

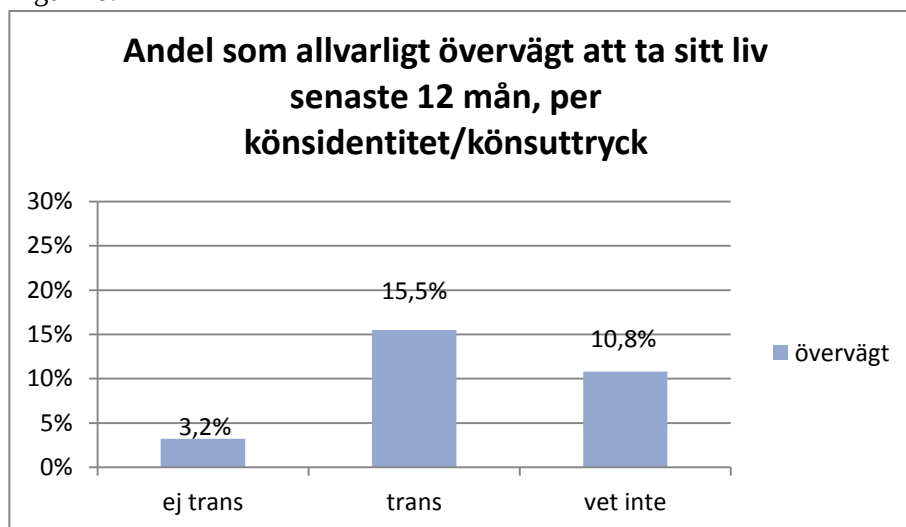
Här redovisas transpersoners hälsa i relation till de som inte är transpersoner. Ålder 16-84 år.

Figur 9.



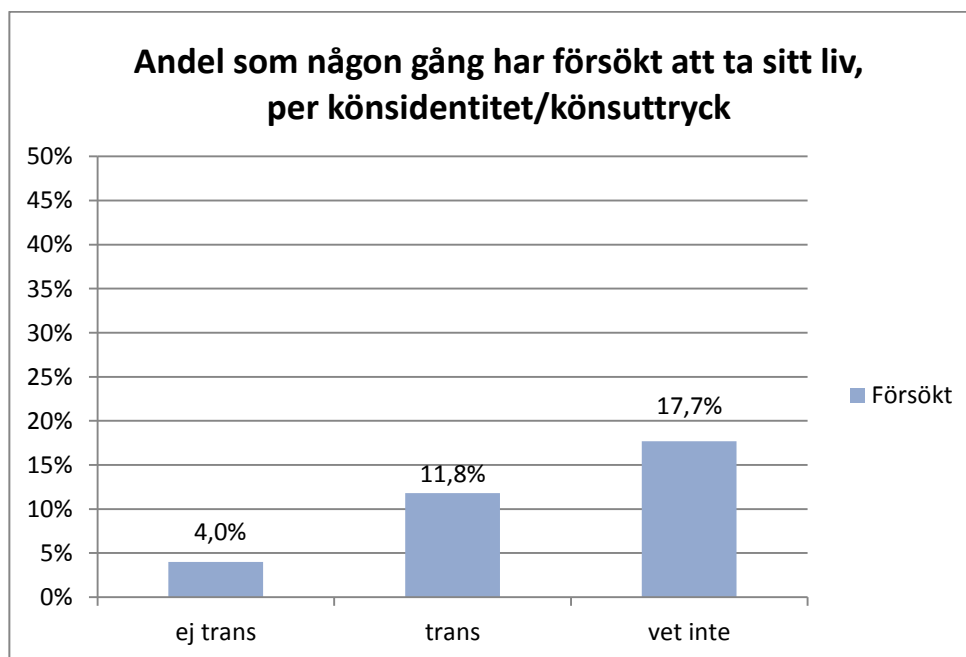
Transpersoner skattar sin hälsa något sämre än majoritetsbefolkningen. Sämst skattar de som är osäkra på sin könsidentitet/könsuttryck sin hälsa.

Figur 10.



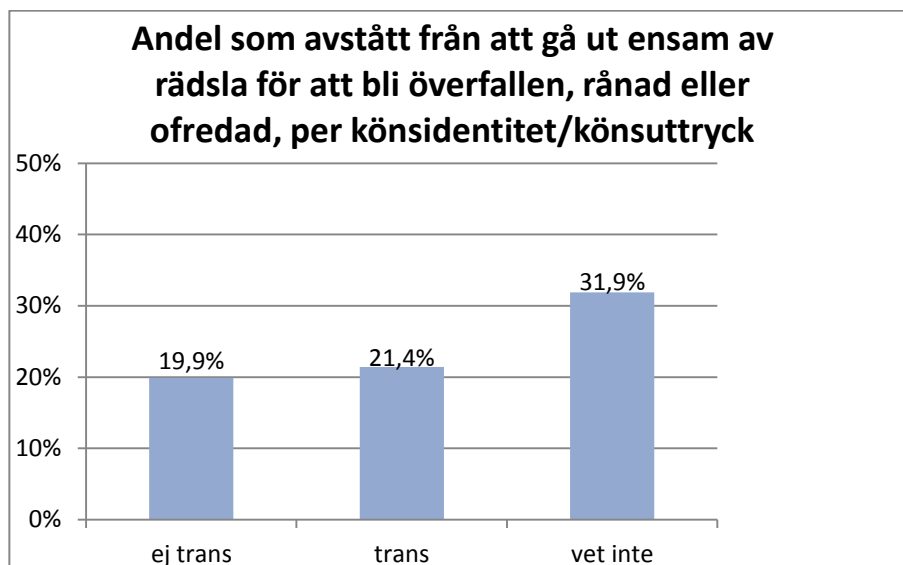
Det är mycket vanligare att ha övervägt att ta sitt liv de senaste 12 månaderna bland transpersoner än majoritetsbefolkningen.

Figur 11.



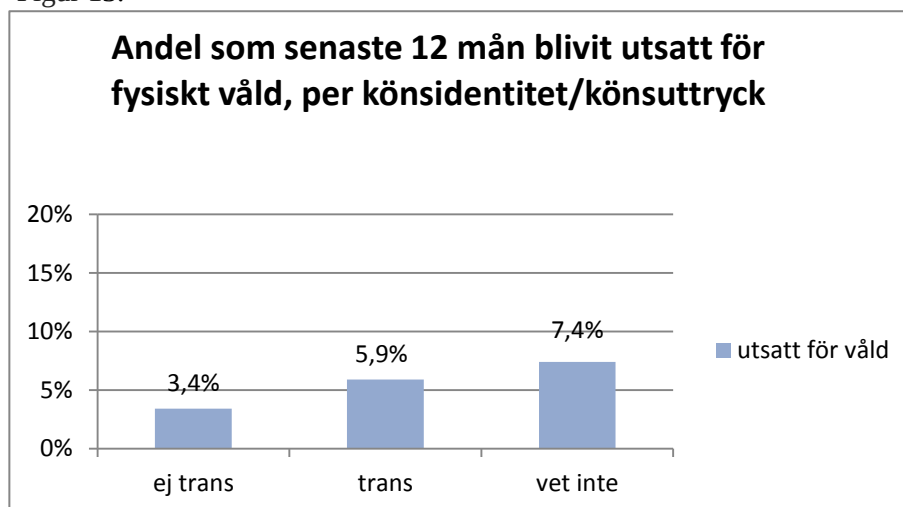
Andelen transpersoner som någon gång försökt ta sitt liv är betydligt större än majoritetsbefolkningen. Även gruppen som är osäkra på sin könsidentitet/könsuttryck är överrepresenterad.

Figur 12.



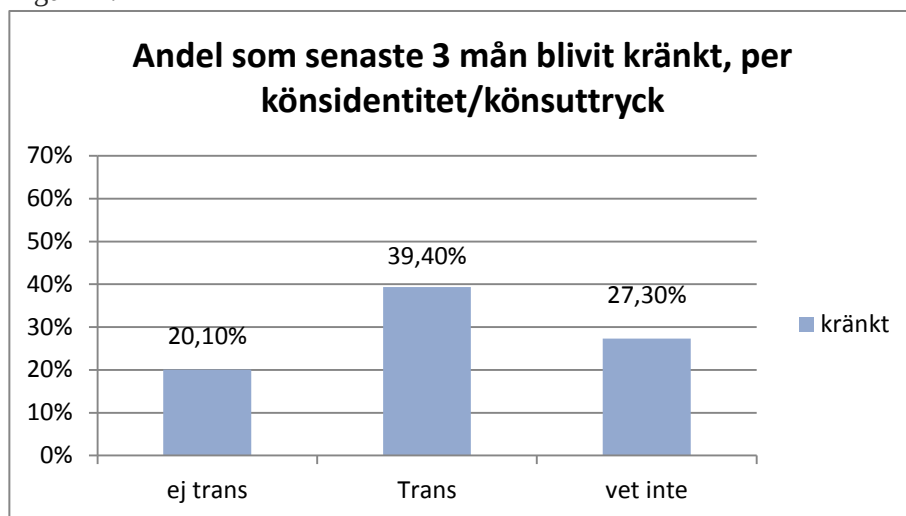
Det är något vanligare att avstå att gå ut ensam av rädsla för att bli överfallen, rånad eller ofredad som transperson jämfört med majoritetsbefolkningen. Det är vanligast bland de som är osäkra på sin könsidentitet/könsuttryck.

Figur 13.



Det är något vanligare att vara utsatt för våld senaste 12 månaderna som transperson jämfört med majoritetsbefolkningen. Vanligast är det bland de som är osäkra på sin könsidentitet/könsuttryck.

Figur 14.

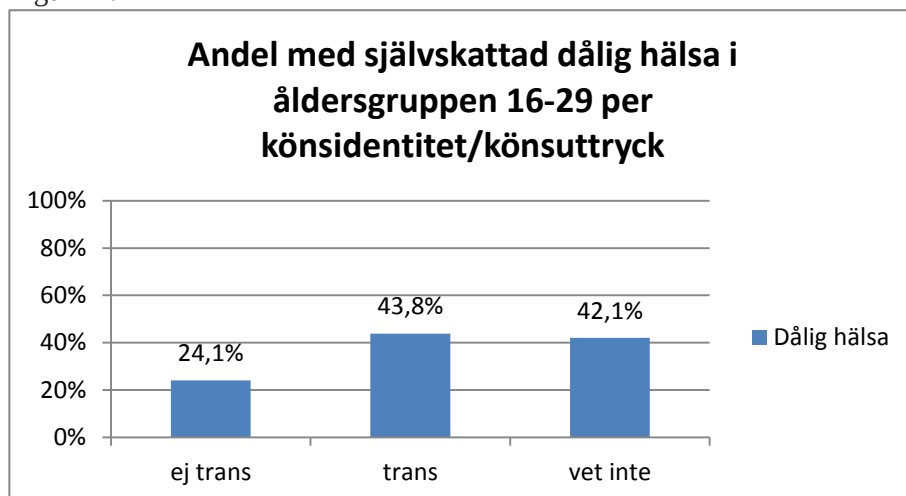


Det är dubbelt så vanligt att ha blivit kränkt som transperson jämfört med majoritetsbefolkningen.

4.6.3 Unga transpersoner

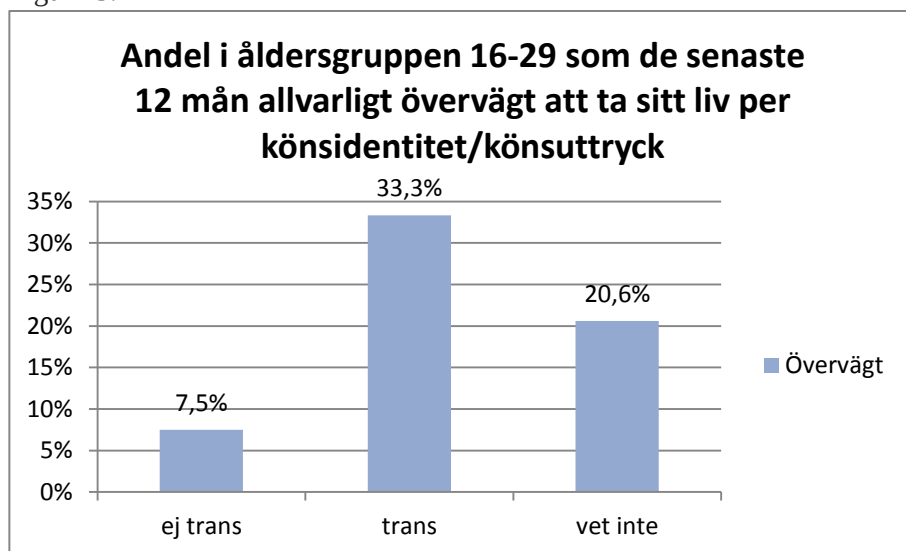
Här redovisas hälsa utifrån unga transpersoner, 16-29 år.

Figur 14.



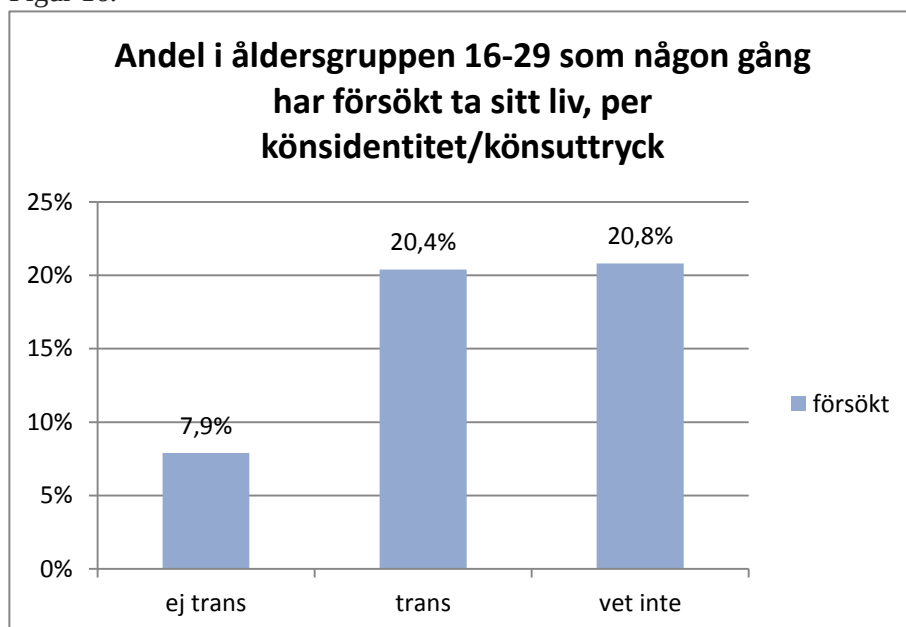
Personer med transerfarenhet mår sämre än de som svarat att de inte identifierar sig som transpersoner. Även personer som inte vet hur de identifierar sig mår sämre än personer utan transerfarenhet.

Figur 15.



Personer som identifierar sig som transperson i större utsträckning än personer utan transerfarenhet har allvarligt övervägt att ta sitt liv. De gäller även personer som inte vet hur de identifierar sig.

Figur 16.



Personer som identifierar sig som transperson i större utsträckning än personer utan transerfarenhet har försökt ta sitt liv. Det gäller även personer som inte vet hur de identifierar sig.

Sammantaget, utifrån hur data från norra regionen ser ut, framgår att det framförallt finns stora skillnader i hälsa mellan hbtq+ personer och de som inte är hbtq+person. Det råder också stora skillnader inom gruppen där transpersoner mår sämre än övriga inom hbtq+ gruppen.

Alla människor har behov av att bekräftas, ha rätt till sin egen identitet, få ett tryggt vårdmöte och inte falla mellan stolarna oavsett vem en är, oavsett om en ser sig själv som kvinna, man, transperson eller något annat.

Region Norrbotten har visat med tydlighet i styrdokument att organisationen ska arbeta för en bättre och mer jämlik hälsa. I den strategiska planen fastställs att regionens arbete för jämlikhet tar sin grund i diskrimineringsgrunderna och gäller för såväl extern som intern verksamhet.

År 2016 gjorde Region Norrbotten en fördjupad analys av jämlikhet i hälsa, som bland annat, för första gången med länssiffror, visade att homo- och bisexuella är en särskilt utsatt grupp även i Norrbotten, med sämre psykisk hälsa, och att målgruppen har svårare att lita på andra människor. Här framgår bland annat att var fjärde homo-/bisexuell har nedsatt psykiskt välbefinnande och att besvär av ångest, oro och ängslan är signifikant vanligare i dessa grupper. Det är dubbelt så vanligt att en person som är homo-/bisexuell lider av stress än en person som är heterosexuell. Bland homo-/bisexuella i Norrbotten uppger närmare varannan person att de har svårt att lita på andra människor.³⁴

Det fanns fram till hösten 2018 inga länsdata för transpersoner och behovet av ytterligare informationshämtning avseende hbtq+gruppen i länet var anledningen till att en undersökning och analys gjordes inom ramen för projektet HBTQ+, psykisk hälsa och suicidprevention som genomfördes under 2018 (hela projektet redovisas i särskilt rapport, se bilaga 1). Projektet finansierades med medel från Socialstyrelsen och söktes av Folkhälsocentrum, Utvecklingsavdelningen inom Region Norrbotten. Projektet hade två huvuddelar; kompetensutveckling samt undersökning av hbtq+personers hälsoläge i länet. Projektet hade fokus på unga i åldern 12-25 år. Projektets andra del, att undersöka hälsoläget för unga hbtq+personer i Norrbotten, initierades av en PTP-psykolog som i sin tjänst kunde genomföra undersökningen. Syftet med enkäten var främst att ta reda på hur hbtq+ personer upplever mötet med vården och att få en skattning av psykiskt välmående i allmänhet hos målgruppen. Alla upp till 25 års ålder var välkomna att besvara enkäten, oavsett sexuell läggning, könsidentitet och/eller könsuttryck. Resultat från enkäten visade att hbtq+gruppens hälsoläge i Norrbotten går i linje med nationella hälsoläget. Totalt hade enkäten 79 respondenter. De personer som fångats upp i studien är inte de som sökt kontakt med hälso- och sjukvården eller de som av andra skäl har sökt stöd via andra instanser. Detta kan signalera att det finns ett stort mörkertal i länet.

³⁴ Region Norrbotten Hälsa, levnadsvillkor och social miljö i Norrbotten ur ett jämlikhetsperspektiv, baserat på nationell undersökning "Hälsa på lika villkor?"(2014)

I undersökningen har de unga själva fått möjlighet att med egna ord beskriva sina upplevelser som redovisas med citat. Bland de unga hbtq+personerna är ohälsan betydligt större än hos de som inte identifierar sig som hbtq+personer och/eller har erfarenheter som hbtq+person. (Med erfarenhet som hbtq+person menas att en person någon gång har varit med om bemötande/hälsotillstånd som haft att göra med upplevelse av att röra sig bortom tvåkönsnormen och/eller bortom normen för den heterosexuella normen. En person kan ha denna erfarenhet utan att nödvändigtvis identifiera sig som hbtq+person).

Mycket alarmerande visade det sig att ca 40 % av hbtq+personerna uppgav att de någon gång försökt ta sitt liv, till skillnad från ca 6.5 % bland icke hbtq+personer samt ca 36 % bland de som uppger att de inte vet om de är hbtq+ eller inte. Detta betyder att det är en stor riskfaktor att vara hbtq+person samt att vara osäker på sin sexuella läggning och/eller sin könsidentitet.

Gällande upplevelser av att inte ha blivit bra bemött utifrån könsidentitet och/eller sexuell läggning svarar 32 % av hbtq+personerna att de inte blivit bra bemötta. Bland icke hbtq+personer uppger ca 3 % att de inte blivit bra bemötta och bland de som inte vet hur de identifierar sig anger ca 9 % att de inte blivit bra bemötta.

I undersökningen framgår att ca 24 % bland hbtq+personerna undvikit att söka vård trots att de upplevt behov av det på grund av oro för dåligt bemötande. Detta till skillnad från 0 % bland de som inte identifierar sig som hbtq+person och ca 9 % av de som inte vet hur de identifierar sig.³⁵

4.6.4 Att ta vara på resultat – fördjupning 2019

Som ett svar på de resultat som framkom under projektet 2018 söktes nya medel från Socialstyrelsen 2019 för att kunna möta upp en del av de behov som finns bland unga hbtq+personer i länet. Ett nytt samarbete drog igång tillsammans med Region Norrbotten, Luleå ungdomsmottagning och RFSL Luleå och norra Norrbottens län.

Med tanke på resultatet från projektet 2018, som bland annat visar på ett bristande förtroende för stöd och hjälpinstanser vill Region Norrbotten med detta projekt skapa en mötesplats där fokus läggs på hälsa hos unga hbtq+personer. Projektets huvuddel handlar om att starta en mötesplats för unga hbtq+personer, ca 13-25 år, två gånger i månaden. Den andra delen har fokus på att stärka upp med kompetens kring transfrågor för de professioner, främst inom Region Norrbotten, som möter målgruppen. Här är målsättningen att bryta det sociala utanförskapet som många unga hbtq+personer upple-

³⁵ Region Norrbotten Moestam & Bergström Wuolo, Slutrapport projektet HBTQ+, psykisk hälsa och suicidprevention (2018)

ver och att främja hälsan. På grund av hur samhället ser ut är det inte alltid lätt att växa upp som hbtq+person och därför är det extra viktigt att det finns platser där en inte behöver känna sig ensam och där en kan skapa nya sociala nätverk. Det behöver finnas trygga vuxna där de unga kan bli stärkta i sin egen självbild och identitet. På det sättet kan en mötesplats bli en trygg plats som senare fungerar som en språngbräda ut i samhället, att en kan möta lika-sinnade och sedan tillsammans kunna ta plats på nya sätt. Det är viktigt för alla att få bli bekräftade och sedda som den de är. På denna mötesplats får de unga hbtq+personerna känna att de för en stund får vara norm.

En av grundpelarna i mötesplatsen är att låta mötesplatsen vara på en plats dit parterna gärna ser att fler ungdomar söker sig framöver, oavsett kön och sexualitet. Mötesplatsen sker i Luleå ungdomsmottagning och träffarna genomförs med hjälp av två kuratorer på mottagningen samt med personal från RFSL. Vid ett par tillfällen har även RFSLs kurator varit på plats och tagit samtal. Detta gör att mötesplatsen har god beredskap i form av kompetens för målgruppen och att det kan, vid behov, finnas chans till särskilt stöd om en ung person önskar det.

Under hösten 2019 har flera träffar genomförts och mötesplatsen har blivit mycket välbesökt. Det har som mest kommit 15 ungdomar. Ansvariga för mötesplatsen har konstaterat att de är nöjda med antalet ungdomar. Blir det många fler blir det svårt att kunna se alla som individer, bland annat utifrån lokalens förutsättning och därför är det inte aktuellt med spridning för att nå ut till fler. Ungdomarna har också själva uttryckt att det blir för jobbigt om det blir många fler. Det har redan visat sig välbehövligt med kuratorer på plats då det vid flertalet tillfällen varit ungdomar som på grund av psykisk ohälsa behövt kuratorernas stöd. Tack vare mötesplatsen har ungdomar, som möjligen annars inte hade haft någonstans att ta vägen, kunnat fångas upp i tid. Efter att projektet för 2019 tar slut finns inte möjlighet att fortsätta på samma sätt för ungdomsmottagningen. Det finns dock möjlighet att ha en träff i månaden. Här blir Region Norrbotten ett viktigt fortsatt stöd. Det handlar om att inte släppa taget om det stöd som ges unga utan att integrera i ordinarie verksamhet i den mån det går och försöka tänka långsiktigt. Det finns även planer på att erbjuda träffar för anhöriga till unga hbtq+personer under våren 2019.

Mötesplatsens träffar har utvärderats löpande. Majoriteten av besökarna har varit mellan 13-17 år. Här presenteras ett urval av frågor och svar. Det är 15 personer som besvarat frågorna.

På träffarna kan jag vara mig själv:

100 % av deltagarna svarade ja på frågan.

Här på träffarna lyssnar personalen på mig och tar mig och mina känslor på allvar:

Ca 90 % svarade ja på frågan. Ca 10 % svarade att de inte visste.

Att vara på träffarna har stöttat mig med att (öppet svarsfält):

"Förbättra min självkänsla"

"Få nya vänner"

"Bli mer självsäker"

"Man får en chans att umgås med andra som har liknande problem som hbtq+person."

Är det viktigt att ha mötesplatser för unga hbtq+i-personer?

100 % av deltagarna svarade ja på frågan.

Om ja, beskriv gärna varför det är viktigt!

"För alla ungdomar ska känna sig självsäker på sin sexualitet så det borde finnas mötesplatser så dom kan gå dit å träffa folk som har samma känsla som sig själv"

"För att man ska veta att man inte är helt ensam med sin sexualitet. I alla fall att så får man ett tillfälle att inte behöva dölja sin sida"

"Det är skönt att träffa personer som är lika en och som förstår en på ett annat sätt".

"För att vi ska få träffa mer personer som oss"

"För att man ska ha möjlighet att träffa människor som förstår en och kanske känner samma sak :)"

"Det är ett ställe där vi alla kan prata om våra problem om vi vill, där det finns både vänner och personal som förstår en och faktiskt lyssnar. Här kan vi vara oss själva utan att bli ifrågasatta."

Ungdomsmottagningen har också startat en särskild drop-in mottagning med start 20 september 2019 för de som identifierar sig som kille/man och är mellan 12 och 25 år (en liknande mottagning finns sedan tidigare i Piteå).

Ungdomsmottagningen har redan noterat att fler hbtq+ungdomar har sökt sig till ungdomsmottagningen efter att mötesplatsen har kommit igång. Det i sig kan ses som ett resultat av att det har blivit lättare att ta sig över tröskeln och söka sig till mottagningen, oavsett vem en är. Och att hur en identifierar sig utifrån könsidentitet inte alltid behöver vara linjärt med den biologiska kroppen vilket gör att även den som är född med exempelvis livmoder och samtidigt identifierar sig som kille ser tryggheten i att komma till mottagningen utan att bli felkönad.

Det är av stor vikt att det finns tydliga kontaktytor för de som möter målgruppen. Att aktörer i norra sjukvårdsregionen känner till varandra. Framför-

allt är det viktigt att det blir tydligt vilka uppdrag, kompetenser och tjänster som olika instanser har. Under november arrangerade Könsidentitetsmottagningen i Umeå, Region Västerbotten, en regionkonferens för de i norra sjukvårdsregionen som på ett eller annat sätt träffar personer med könsdysfori i sitt arbete.

Här valde projektgruppen att inom ramen för hbtq+projektet 2019 erbjuda personal i Norrbotten som möter personer med könsdysfori möjlighet att delta inom projektets medel istället för att arrangera en egen utbildningsdag. Istället har fokus legat på att få fler deltagare från Norrbotten att göra en gemensam satsning i syfte att både få mer kunskap inom området, stärka kontaktytorna i Norrbotten samt stärka samarbetet med Västerbotten.

5 Samhällets påverkan på hbtq+personers livsvillkor och hälsa

Avsnittet handlar om att synliggöra samhälleliga faktorer som påverkar hbtq+personers livsvillkor och hälsa.

5.1 Diskriminering

Personer som bryter mot föreställningar om hur män eller kvinnor ska se ut eller vara eller som inte känner sig som vare sig man eller kvinna kan på olika sätt hindras från att få tillgång till lika rättigheter och möjligheter i samhället. Diskriminering som har samband med könsidentitet och könsuttryck har starka kopplingar till föreställningar och normer om kön och sexuell läggning, vilket avspeglas både i forskning och i anmälningar. Diskriminering har många gånger samband med fler än en diskrimineringsgrund. Det gäller både när en individ blir diskriminerad och vid diskriminering på en samhällelig nivå. En kvinna som uttrycker sin könsidentitet på ett sätt som inte sammanfaller med normen kan därför ha andra erfarenheter av diskriminering än en man som uttrycker sin könsidentitet på motsvarande sätt. På samma sätt kan föreställningar om könsidentitet och könsuttryck i kombination med etnisk tillhörighet, religion och så vidare ha betydelse för hur en person blir behandlad eller vilka hinder en stöter på.

Med könsidentitet och könsuttryck avses i lagen att någon inte definierar sig som kvinna eller man eller genom sin klädsel (eller på annat sätt) ger uttryck för att tillhöra ett annat kön än det som registrerats för en vid födelsen. En person som identifierar sig som transperson och planerar eller har genomgått en könsbegränsande behandling omfattas av skyddet mot diskriminering via diskrimineringsgrunden kön. Personer som bryter mot föreställningar om hur män eller kvinnor ska se ut eller vara eller som inte känner sig som vare sig man eller kvinna kan på olika sätt hindras från att få tillgång till lika rättigheter och möjligheter i samhället. Diskriminering som har samband med könsidentitet och könsuttryck har starka kopplingar till föreställningar och normer om kön och sexuell läggning, vilket avspeglas både i forskning och i anmälningar. Könsidentitet och könsuttryck förefaller vara den diskrimine-

ringsgrund där det finns minst forskning och minst anmälningar om diskriminering. Samtidigt tyder de undersökningar som finns på att de personer som berörs är en utsatt grupp.

I Folkhälsomyndighetens omfattande rapport om transpersoners hälsoläge i Sverige uppgav över hälften av respondenterna att de under de senaste tre månaderna blivit utsatta för kränkande behandling eller bemötande, framförallt på grund av sitt könsuttryck.

Denna andel är nästan tre gånger större än för befolkningen i allmänhet. 65 procent angav att de avstått från olika aktiviteter under det senaste året, av rädsla för att bli dåligt behandlade eller diskriminerade på grund av sin könsidentitet eller sitt könsuttryck. Bland annat hade respondenterna avstått från att delta i sociala evenemang, närma sig människor de inte känner och delta i fysisk aktivitet. Nästan hälften av respondenterna angav att de ofta eller alltid avstår ifrån att gå ut ensamma av rädsla för att bli överfallna, rånade eller ofredade på något annat sätt, jämfört med ca en femtedel i befolkningen i allmänhet.

Hälso- och sjukvården är ett område där individer riskerar att råka ut för kränkande bemötande av vårdpersonal eller diskriminerande regelverk inom vårdapparaten. En stor andel av anmälningarna om diskriminering som har samband med könsidentitet och könsuttryck rör just hälso- och sjukvården. Av DO:s rapport "Rätten till sjukvård på lika villkor" framgår att många transpersoner upplever sig ifrågasatta eller sämre bemötta än andra patienter inom sjukvården. Det handlar många gånger om att den egna personen hamnar i fokus istället för symptomen. Utöver ett okunnigt och bristfälligt bemötande får patienten inte heller alltid rätt vård; även medicinska bedömningar kan påverkas av förutfattade meningar.

Trots att ohälsan och vårdbehovet är större än hos befolkningen i stort drar sig många från gruppen för att söka vård.³⁶

5.2 Våld i nära relation samt utsatthet för våld

Våld i nära hbtq+relationer är ett problem som uppmärksammas allt mer inom forskning och praktisk verksamhet. Det finns många likheter mellan våld i hetero- och cis-relationer och våld i hbtq+relationer, men våldsutsatta hbtq+personer kan befinna sig i en särskilt utsatt situation. Nationellt centrum för kvinnofrid, NCK, är expertcentrum för kvinnofrid och har regeringens uppdrag att höja kunskapen nationellt om mäns våld mot kvinnor, hedersrelaterat våld och förtryck samt om våld i samkönade relationer. Alla former av våld som förekommer i nära hetero-/cisrelationer kan också förekomma i nära hbtq+relationer och våldets mekanismer är ofta desamma. Det kan till exempel handla om att förövaren vill upprätthålla makt och kontroll

³⁶ Diskrimineringsombudsmannen, hämtad 2019-10-21: <https://www.do.se/om-diskriminering/skyddade-diskrimineringsgrunder/konsidentitet-och-konsuttryck-som-diskrimineringsgrund/>

över den utsatta, att den utsatta isoleras och hur våldet gradvis normaliseras inom relationen.

I nära hbtq+relationer kan förövaren fokusera våldsutövandet på den våldsutsattas identitet som hbtq+person. Förövaren kan isolera och bryta ner den våldsutsatta genom att till exempel hota om att ”avslöja” sin partners identitet som hbtq+person om hen inte lever öppet, spela på rädslan för att utsättas för hbtq+fientlighet, eller avsiktligt använda ”fel” pronomen om sin partner. En hbtq+person löper risk att diskrimineras och bemötas med fördomar och oförståelse i verksamheter där det råder bristande kunskap om hbtq+. Det kan därför vara svårare för en hbtq+person att ta steget till att söka stöd. Social stigmatisering av hbtq+personer kan även leda till internaliserad hbtq+fientlighet, det vill säga att den våldsutsatta tar över omgivningens eller förövarns hbtq+fientliga syn på den egna identiteten. Att leva i ett samhälle där cis- och heteronormer dominerar och där det förekommer diskriminering, hbtq+fientlighet och hatbrott mot hbtq+personer kan göra att hbtq+personer befinner sig i en särskilt utsatt situation.³⁷

Det finns både likheter och olikheter mellan våld i samkönade och olikkönade parförhållanden. Det som är likt är mönstret. Att det handlar om makt, kontroll och kyla varvat med värme och ömhet, det vill säga *normaliseringsprocessen*. Detta ter sig liknande i allt partnervåld, oberoende av kön, könsuttryck och sexuell läggning. En annan sak som är likt är metoderna. Systematiskt psykologiskt, fysiskt och/eller sexuellt våld samt kränkande behandling i form av psykologisk kontroll och isolering som förekommer oavsett kön, könsuttryck eller sexuell läggning. Det som däremot skiljer sig åt handlar om synen på våld. Inrotade föreställningar om kvinnligt och manligt har betydelse för hur våldet tolkas. Det finns exempelvis ett grundantagande om kvinnor som offer och män som förövare. När motsatsen inträffar har omgivningen svårt att förstå våldet. Trots att hbtq+personers ställning formellt har stärkts i det svenska samhället på senare år finns andra maktfaktorer som den heterosexuella majoriteten slipper. Homofobiska värderingar och attityder och heteronormen medför en social och kulturell påfrestning på hbtq+personers samlevnadsformer. I sin tur kan det leda till samhällelig isolering. En kan tala om dubbel isolering för den våldsutsatta i en hbtq+relation. Psykologisk isolering kan vara ett inslag i våldsmönstret, en isolering som förstärks om omgivningen inte fullt ut erkänner personen/paret socialt. Indirekt bidrar den därmed till den sociala isoleringen. Stereotypa föreställningar om kön kan påverka bemötandet av våldsutsatta hbtq+personer när de söker hjälp hos vården eller socialtjänsten. Det kan handla om att en har svårare att tro att män kan vara utsatta för våld i nära relationer och sexuellt våld eftersom de traditionellt ansetts vara fysiskt starka. På samma sätt kan omgivningen ha svårt att se att kvinnor som traditionellt ansetts fysiskt svaga och icke-aggressiva kan utsätta någon annan för grovt fysiskt våld. Ökade kunskaper om våld i nära hbtq+relationer och

³⁷ Nationellt centrum för kvinnofrid, hämtad 2019-10-22:
<https://nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/vald-mot-Hbtq+-personer/vald-i-nara-Hbtq+-relationer/>

våldsutövningens specifika uttryck och mekanismer är viktigt för att våldsutsatta ska tas på allvar och bli bemötta på ett sätt som tar hänsyn till den specifika utsattheten som hbtq+person.³⁸

Unga hbtq+personer är överrepresenterade i statistiken vad gäller utsatthet för våld och hot av jämnåriga. Platser som skolan och hemmet upplevs oftare som en otrygg plats av dessa ungdomar. Enligt Brås statistik från 2017 över hatbrott mot sexuell läggning var andelen som begicks i skolan 8 procent. Vid närmaren hälften av de anmälda homo-, bi- och heterofobiska hatbrotten år 2016 var gärningspersonen obekant för den utsatta. I 10 procent av fallen var gärningspersonen en skolkamrat.³⁹

För att få syn på hur våld i nära relationer påverkar individer olika beroende på hur deras livsvillkor ser ut kan ett intersektionellt perspektiv användas. Att anta ett intersektionellt perspektiv innebär i det här sammanhanget att ta hänsyn till hur olika maktstrukturer kan påverka hur våldet tar sig uttryck, och vilka konsekvenser det får för den som utsätts för våld. Ett intersektionellt perspektiv kan bidra till att stödet och skyddet kan anpassas efter individens behov.⁴⁰

5.3 Minoritetsstress

Utöver människors gemensamma källor till psykiskt lidande bidrar minoritetsstress till varför bland annat hbtq+personer i högre utsträckning mår dåligt.⁴¹ Minoritetsstress innebär att kränkningar "läggs på hög" hos personer i utsatta grupper, till exempel hos hbtq+personer, och att den sammanlagda effekten blir större än summan av de enskilda kränkningarna. Ett exempel på minoritetsstress är att ständigt bli omnämnd med fel pronomen. Minoritetsstress kan också vara att ständigt behöva vara på sin vakt och beredd på att bli utsatt. Begreppet används för att beskriva den psykosociala stress som uppstår hos en person som befinner sig i en minoritetsposition i ett majoritetssamhälle.

Det är både en risk att vara hbtq+person samt att inte passa in i heteronormativa förväntningar på kön och sexualitet. Viktigt att betona är att det inte är identiteterna i sig som är problemet utan att det handlar om samhällets snäva tvåkönsnorm och förväntan på heterosexuell preferens. På grund av samhällets normer och föreställningar om kön och sexualitet införlivar omgivningens negativa attityder kring hbtq+personer delar av hbtq+personers egen

³⁸ RFSL, Riksförbundet för homosexuella, bisexuella, transpersoner och queeras rättigheter Våldsamt lika och olika: En skrift om våld i samkönade parrelationer (2008)

³⁹ Brottsförebyggande rådet, Brå, Hatbrott Statistik över polisanmälningar med identifierade hatbrottsmotiv och självrapporterad utsatthet för hatbrott (2015):

⁴⁰ Nationellt centrum för kvinnofrid, hämtad 2019-10-22:

<https://nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/vald-mot-Hbtq+-personer/vald-i-nara-Hbtq+-relationer/>

⁴¹ Meyer, I. Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: (2003)

syn på sig själva, så kallad internaliserad homo-, bi- eller transfobi. Det finns en risk att hbtq+personer gör dessa nedsättande föreställningar till delar av sin egen självbild, något som i sin tur stärker ohälsan. Därför behövs ökad kunskap och kompetens om hbtq+personers livssituation för att skapa förutsättningar för en jämlik tillvaro för alla oavsett sexuell läggning och könsidentitet. Det innebär att vara tydlig med att se varje människa, varje individ och skapa möjligheter för hbtq+personer att kunna leva på sina egna villkor.

Teorier kring minoritetsstress lyfter fram att omgivningens bemötande är den viktigaste förklaringen till hbtq+personers sämre hälsa. Personer som befinner sig i minoritetsposition på grund av exempelvis sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck riskerar i större utsträckning att utsättas för olika stressfaktorer, till exempel diskriminering och negativt bemötande. Att icke-binära personer mår betydligt sämre än andra transpersoner kan ses som en tydlig koppling till att osynliggörande och att inte bli sedd och bekräftad som den en är, rädsla för dåligt bemötande i vården och att ständigt känna sig ifrågasatt, påverkar gruppens hälsoläge. Internaliserat självförakt är också en del av minoritetsstress som kan innebära att en person antar majoritetssamhällets negativa attityder gentemot sin egen identitet eller person.

Proximala stressorer (närbelägna), så som oro för att bli avvisad, att dölja sin identitet och internaliserad homofobi är personliga och subjektiva då de relaterar till individens eller gruppens identitet.⁴²

Mikroaggressioner har på senare tid fått mer utrymme och berikat förståelsen för hur små kommentarer i vardagen kan bidra till stress. De kan vara allt ifrån välmenande kommentarer så som ”Så snygg du är, du ser inte alls ut som en flata”, till mer nonchalanta och sämre maskerade interaktioner som ”Jag har en kusin som också är trans” eller frågor om ”Hur funkar egentligen det här med X hos er?” och mer eller mindre subtila blickar. Det gemensamma är att mikroaggressioner befäster och påpekar gränsen mellan norm och ickenorm. Personer som uttrycker mikroaggressioner är ofta omedvetna om sina beteenden och kan ofta uppfatta och påstå att den utsatta är överkänslig då hen påpekar det obekväma i situationen. Mikroaggressioner bidrar med en konkret förståelse till hur minoriteter kan utsättas för stress i dessa mellan-mänskliga situationer.

Som en konsekvens av minoritetsstress kan internaliserad homofobi och transfobi uppstå. Det innebär att samhällets negativa attityder till homo/ bisexuella eller transpersoner internaliseras, görs till ens egna och riktas mot en själv eller mot andra hbtq+personer. Det har visat sig att den typen av negativ självbild har koppling till sämre hälsa bland hbtq+personer. Forskning har visat ett samband mellan internaliserad homofobi och alkohol- och droganvändning, sexuellt risktagande och depression. Studier har också visat

⁴² Lundberg, A. Malmquist, & M. Wurm (Red.) (2017)

att det finns en koppling mellan internaliserad transfobi och självmordsförsök.

Minoritetsstress kan med andra ord leda till negativa känslor om sig själv och hbtq+individer i stort som i sin tur leder till skadliga sätt att hantera stress och sämre fysisk och psykisk hälsa.

Minoritetsstress kan öka känslor av ensamhet bland hbtq+personer. Känsla av ensamhet förefaller vara extra starkt kopplad till erfarenheter av att bli avvisad av familj och vänner på grund av sin sexuella läggning. Social isolering och ensamhet är vanligare hos hbtq+personer än hos heterosexuella och cispersoner. Social isolering har stark anknytning till psykisk ohälsa men också till användning av alkohol, droger och rökning. Den ökade förekomsten av social isolering kan också till viss del förklara den ökade risken för psykisk ohälsa och missbruk bland homo- och bisexuella. Det finns i dag starkt stöd för att ensamhet och social isolering ökar risken för ohälsa och förtida död. Utsatthet för minoritetsstress kan alltså leda till ensamhet och social isolering som i sin tur leder till sämre hälsa och ökad risk för förtida död.⁴³

5.4 Dubbel utsatthet och dess konsekvenser för hälsan

Fortes (Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd) forskningsöversikt *Unga hbtq+personers hälsa* tar upp personer med etnisk minoritetsstatus och hbtq+identitet. De flesta studierna är gjorda i USA på homo- och bisexuella män och färre på kvinnor och transpersoner.

Att vara hbtq+person samt ha etnisk minoritetsstatus kan innebära dubbelutsatthet så som stigmatisering och diskriminering. Det kan handla specifik diskriminering så som rasism i hbtq+communityt eller sexism i den egna etniska minoritetsgruppen. Unga med dubbel minoritetsstatus har högre risk för sexuellt risktagande, tobaksrökning och sämre tillgång till information kring hiv.

Fler hbtq+personer i Sverige är födda utanför Europa idag än för tio år sedan. Det ställer nya krav på samhället när det kommer till mottagande och integrering. Det behövs även mer forskning kring hbtq+personer som är andra generationens invandrare med rötter i kulturer med en mer diskriminerande lagstiftning och lägre acceptans för hbtq+personer.⁴⁴

5.5 Offentliga rum – inte för alla

Agenda 2030 utgår ifrån att alla människor ska kunna leva sina liv till fullo och kunna utnyttja sin maximala kapacitet. Alla världens länder har kommit

⁴³ Forte (2018)

⁴⁴ Forte (2018)

överens om att ingen ska lämnas utanför och att insatser som fokuserar på att lyfta de som ligger längst efter ska prioriteras. God hälsa är en grundläggande förutsättning för människors möjlighet att nå sin fulla potential och att bidra till samhällets utveckling. Idrotten är en självklar arena för många ungdomar och vuxna idag. Som hbtq+person finns dock hinder och svårigheter för att kunna delta på samma premisser som heterosexuella och cispersoner.

Rapporten *HBTQ+ och idrott* utgår ifrån intervjuer med 25 hbtq+ungdomar med erfarenhet av idrottande och visar på flertalet brister inom den organiserade idrotten. Omklädningsrum upplevs som en otrygg plats då de är designade utifrån tvåkönsnormen utifrån ett heteronormativt synsätt på attraktion. Obehag och utsatthet är något som drabbat intervjupersonerna kopplat till omklädningsrummen. Transungdomarna blir extra utsatta då de ibland inte tillåts att byta om i rätt omklädningsrum och blir hänvisade till toaletter där dusch saknas.

Det finns få förebilder som är öppna med sin hbtq+status vilket bidrar till en känsla av att det är omöjligt att lyckas inom idrotten som hbtq+person, uppger intervjupersonerna. Den representationen som finns av hbtq+ inom idrotten visar sig genom den homofobiska och transfobiska jargongen vilket skapar otrygghet och rädsla för att vara öppen med sin hbtq+status. Många väljer att inte vara öppna vilket i sin tur är nerbrytande och bidrar till att flera slutar med idrott.

Det behövs mer stöd, utbildning och information riktat till idrottsrörelsen dels för att öka kunskap och förståelse för att kunna arbeta inkluderande men också för att synliggöra hbtq+frågan. Det behövs extra satsningar på transungdomar inom idrottsrörelsen eftersom de idag tidigt utesluts på grund av sin transefarenhet. Idrottsutövande transpersoner ska kunna använda det omklädningsrum, den dusch och toalett som överensstämmer med dennes könsidentitet. Policys och riktlinjer kan vara ett bra verktyg för att öka inkludering.⁴⁵

6 Jämställdhet, jämlikhet och normkritik

Avsnittet redogör för hur hbtq+frågorna hänger ihop med jämställdhetsarbetet och hur normkritik kan användas för att främja mer jämlika förutsättningar.

⁴⁵ RFSL, Riksförbundet för homosexuella, bisexuella, transpersoners och queeras rättigheter Hbtq+ och idrott, Ungdomars erfarenheter och villkor inom svensk idrott (2013)

6.1 Jämställdhet och hbtq+

Arbetet för att förändra föreställningar om kön och könsnormer är centralt både för jämställdhetsarbete och arbete för att främja transpersoners rättigheter och möjligheter i samhället. Det handlar om att ha kön i fokus, att genomgående driva ett arbete som handlar om kön, men inte bara kön.

Jämställdhetspolitiken utvärderades senast under 2014–2015 då Jämställdhetsutredningen⁴⁶ hade i uppdrag att följa upp och analysera utvecklingen i fråga om jämställdhet de senaste tio åren. I sitt betänkande *Mål och myndighet – en effektiv styrning av jämställdhetspolitiken*⁴⁷ föreslog utredningen bland annat två nya självständiga mål, jämställd hälsa och jämställd utbildning. Utredningen föreslog också att en jämställdhetsmyndighet skulle inrättas.

Trots att utvecklingen avseende jämställdhet har gått framåt på en del områden är samhället långt ifrån jämställt. Män dominerar på de mest inflytande posterna i samhället och fortfarande arbetar en betydligt lägre andel kvinnor heltid jämfört med män. Arbetsmarknaden är fortfarande i hög grad könsuppdelad. Likaså är valen till gymnasieskolan och högskolan könsbundna och pojkar presterar sämre än flickor i skolan. Kvinnor tar ett betydligt större ansvar för det obetalda hem- och omsorgsarbetet. Mäns våld mot kvinnor har inte minskat och det finns stora skillnader mellan kvinnor och män när det gäller hälsa.

Jämställdhetspolitikens övergripande mål är att kvinnor och män ska ha samma makt att forma samhället och sitt eget liv.⁴⁸

Syftet med målet är att ta sikte på både samhälleliga strukturer och den individuella friheten, kopplat till kön och makt. Ett jämställt samhälle är ett samhälle där kvinnor och män har samma makt på kollektiv nivå att forma samhället och att på individuell nivå forma sina liv. Det eftersträlvade resultatet är att kvinnor ska ha samma rättigheter, möjligheter och skyldigheter som män.

Utifrån det övergripande målet arbetar regeringen idag efter sex delmål, inklusive de två senaste tillagda delmålen, jämställd utbildning och jämställd hälsa.

1. En jämn fördelning av makt och inflytande
2. Ekonomisk jämställdhet
3. Jämställd utbildning

⁴⁶ Jämställdhetsutredningen 2014:06

⁴⁷ SOU 2015:86

⁴⁸ Makt, mål och myndighet – feministisk politik för en jämställd framtid, skr. 2016/17:10

4. Jämn fördelning av det obetalda hem- och omsorgsarbetet

5. Jämställd hälsa

6. Mäns våld mot kvinnor ska upphöra

För mer information om varje delmål kan en läsa vidare här:

<https://www.regeringen.se/artiklar/2017/01/mer-om-jamstalldhetspolitikens-mal/>

I sitt remissyttrande till utredningen påpekade Nationella sekretariatet för genusforskning att ”transpersoners erfarenheter av könad ojämlikhet exkluderas” på grund av hur målen är formulerade. Sekretariatet hade också annan kritik: ”Genom att fokusera på fysiska kvinnor och män, som ska ha samma och lika mycket av olika saker, i stället för att låta normer och kön och makt stå i centrum för jämställdhetsbegreppet tenderar en sådan binär förståelse att i själva verket återskapa och förstärka genusrelationer snarare än förändra dem.”, skriver sekretariatet.⁴⁹

Nationella sekretariatet för genusforskning kritiserade också de jämställdhetspolitiska målen, såväl de gamla som de nya, för att sakna ett intersektionellt perspektiv generellt. ”Om jämställdhetspolitiken ska kunna göra skillnad på allvar krävs att både analyser, mål och konkreta insatser bygger på en komplex förståelse av den könade ojämlikhetens konkreta uttryck.”, påpekar sekretariatet och menar att målformuleringarna inte speglar kunskapsläget som det ser ut i dag. Sekretariatet exemplifierar med delmålet ”Mäns våld mot kvinnor ska upphöra”, och konstaterar bland annat att ”formuleringen genom sin binära utformning dels etablerar en bild av vem som kan vara förövare och vem som kan vara offer, och dels tar fokus från informella normer och strukturer i samhället gällande kön, makt och våld genom att så starkt fokusera på fysiska kvinnor och män.

RFSL framförde liknande kritik i sitt remissyttrande till utredningen. Förbundet konstaterade att utredningen i bakgrundsbeskrivning och utvärdering haft vissa intersektionella perspektiv och på flera platser lyft upp hbtq+personers situation och bland annat särskilt nämnt transpersoners hälsosituation. Medvetenheten om problemen återspeglades dock inte i förslagen på mål för jämställdhetspolitiken, konstaterade RFSL, som påpekade begränsningarna och uteslutningseffekterna av ett binärt synsätt på kön. Utredningens uppdrag borde ha innefattat alla som påverkas av normer kopplade till kön, könsidentitet och könsuttryck. En förklaring till att detta inte var fallet är förstås att de föreslagna målen i stort utgår från tidigare lagda mål, som inte haft ett intersektionellt perspektiv, eller ett hbtq+perspektiv, påpekade RFSL.

⁴⁹ SOU 2017:92

Jämställdhetsarbetet bör inkludera alla som missgynnas på grund av kön, och därför borde såväl det övergripande målet som de olika delmålen formuleras på ett mer inkluderande sätt, skriver RFSL, som också pekar på hur utredningen själva konstaterat att en binär syn på kön inte är oproblematisk, men sedan ändå gått vidare med binära skrivningar. RFSL föreslår ett tillägg i målskrivningarna där ”alla, oavsett kön, könsidentitet och könsuttryck” läggs till efter skrivningen om ”kvinnor och män”. RFSL välkomnade att delmålet ”jämställd hälsa” blev ett nytt självständigt delmål. De pekade på hur utredaren visat på medvetenhet om att gruppen transpersoner har sämre hälsa än befolkningen i stort och att den utsatthet som transpersoner lever med påverkar hälsan negativt.

RFSL välkomnade förslaget om en särskild jämställdhetsmyndighet om denna också gavs i uppdrag att arbeta med hbtq+personers situation, eftersom våld och fördomar som möter dessa också utgår från föreställningar om kön och sexualitet, samt hetero- och cisnormativitet. Myndigheten bör få i uppdrag att arbeta utifrån ett intersektionellt perspektiv, annars kommer myndigheten inte kunna ”förbättra arbetet med att säkerställa alla människors möjligheter att forma sina liv, oavsett kön, könsidentitet och könsuttryck”, menade RFSL. Myndigheten måste också få ett tydligt uppdrag och tillräckliga resurser.

I regeringens skrivelse (skr 2016/17:10) betonas att strategin för att förebygga och bekämpa mäns våld mot kvinnor, trots den könade målbeskrivningen, omfattar hbtq+personers utsatthet för våld i nära relationer. I genomförandet ska såväl ett barnrättsperspektiv som ett hbtq+perspektiv beaktas. I skrivelsen bemöter regeringen kritiken från RFSL med flera med att konstatera att en binär syn på kön kan vara problematisk, både ur ett jämställdhets- och ett transperspektiv, exempelvis för personer som inte identifierar sig enligt könsuppdelningen kvinna/man. Regeringen menade också att arbetet för att förändra föreställningar om kön och könsnormer, såsom normer kring femininitet och maskulinitet, fortsatt är en viktig del av arbetet för jämställdhet och också en central fråga för att främja transpersoners rättigheter och möjligheter i samhället.

Jämställdhetsmyndigheten, som inrättades 1 januari 2018, ska säkerställa att regeringens jämställdhetspolitiska prioriteringar får genomslag genom att bidra till ett effektivt genomförande av jämställdhetspolitiken. Jämställdhetsmyndigheten har i uppdrag att vara en av flera strategiska myndigheter med uppdrag att i sin verksamhet främja hbtq+personers lika rättigheter och möjligheter. Det framgår i regeringens uppdrag att myndigheten även bör inhämta kunskap och erfarenhet från andra aktörer som har kunskap inom området, såsom olika organisationer som företräder hbtq+personers rättig-

heter och Nationella sekretariatet för genusforskning vid Göteborgs universitet.⁵⁰

Jämställdhetsintegrering, i kombination med särskilda jämställdhetsåtgärder, är regeringens huvudsakliga strategi för att uppnå de jämställdhetspolitiska målen. Jämställdhetsintegrering innebär att ett jämställdhetsperspektiv ska beaktas i all politik som påverkar människors villkor, så att alla kvinnor och män, flickor och pojkar kan leva jämställda liv.

Eftersom jämställdhet mellan kvinnor och män skapas där ordinarie beslut fattas, resurser fördelas och normer skapas måste jämställdhetsperspektivet finnas med och beaktas i det dagliga arbetet. Strategin har vuxit fram för att motverka tendensen till att jämställdhetsfrågorna hamnar i skymundan eller sidoordnas andra politiska frågor och verksamheter. Könsuppdelad statistik och analyser av sådan statistik, är grundläggande för arbetet med jämställdhetsintegrering och jämställdhetsbudgetering. Enligt regeringsbeslutet ska därför individbaserad statistik presenteras, kommenteras och analyseras efter kön om det inte finns särskilda skäl mot detta.

Att utveckla jämställdhetsintegrering som strategi är en av de viktigaste prioriteringarna inom jämställdhetspolitiken.⁵¹

I Jämställdhetsmyndighetens instruktion (SFS 2017:937), ska myndigheten ”tillämpa jämställdhetsintegrering genom att beakta de jämställdhetspolitiska målen och främja jämställdhet i alla delar av sin verksamhet”. Vidare ska myndigheten i samma förordning utöver att beakta maktordningar baserade på kön, bland annat även beakta maktordningar baserade på könsöverskridande identitet eller uttryck liksom sexuell läggning, när det ”bidrar till bättre prioriteringar och större träffsäkerhet i utformningen av insatserna och genomförandet av jämställdhetspolitiken”. Främst handlar det om att undersöka hur ett arbete för hbtq+personers rättigheter och möjligheter kan bedrivas inom ramen för jämställdhetspolitiken. Många av de aktörer myndigheten stödjer har uttryckt att olika perspektiv ibland är svåra att arbeta med samtidigt. Det gäller inte minst jämställdhetsarbetet och arbetet för transpersoners rättigheter.

Jämställdhetsmyndigheten har som ambition att utveckla arbetssätt för att främja hbtq+personers möjligheter och rättigheter inom ramen för jämställdhetspolitiken och bidra genom att hitta framkomliga vägar i de delar av uppdragen där det finns målkonflikter. Konkret innebär angreppssättet bland annat att kunskapsintroduktioner om jämställdhet vävs samman med kunskap om hbtq+, i uppstarten av arbetet med uppdragen. Jämställdhetsarbete

⁵⁰ Jämställdhetsmyndigheten, delredovisning HBTQ+-strategisk myndighet: Delredovisning av uppdraget att vara strategisk myndighet för Hbtq+-personers lika rättigheter och möjligheter (2019)

⁵¹ <https://www.regeringen.se/regeringens-politik/jamstalldhet/jamstalldhetsintegrering/> (hämtad 2019-10-22)

får emellanåt kritik för att det bygger på en binär förståelse av kön, att det befäster och återskapar skillnader mellan kön. En binär syn på kön kan vara problematisk, både ur ett trans- och ett jämställdhetsperspektiv. Samtidigt utgör exempelvis könsuppdelad statistik och jämställdhetsanalyser med utgångspunkt i grupperna kvinnor och män en författningsstyrd grundförutsättning för att synliggöra ojämställdhet i samhället och bedriva ett effektivt förändringsarbete för jämställdhet.

I arbetet med jämställdhetsintegrering finns det behov att anamma perspektiv som samtidigt främjar hbtq+personers rättigheter och möjligheter. Det är dock tydligt att flera myndigheter och offentliga aktörer ser utmaningar snarare än synergieffekter av att kombinera olika uppdrag, exempelvis jämställdhet med arbete med andra maktordningar.

Ett utvecklingsbehov är att utveckla arbetet med jämställdhetsintegrering så pass väl att det också främjar hbtq+personers rättigheter och möjligheter.⁵²

6.2 Normkritiska perspektiv främjar hälsa

Hur vi tänker på världen, medmänniskor och oss själva påverkar hur vi förhåller oss till vår omgivning i stort, till den verksamhet vi befinner oss i och hur vi utövar vår profession. Därför är en viktig utgångspunkt i arbetet med att främja jämlik och jämställd hälsa att vi börjar med att syna vår egen syn på normalitet, makt, privilegier och diskriminering. En medvetenhet om normer och dess konsekvenser är centralt för att förstå hur kategorier som kön, sexualitet, klass och andra faktorer påverkar hälso- och sjukvården och framförallt bemötandet av vårdtagare. Medvetenheten är en förutsättning för att kunna tillgodose kraven på jämlik och jämställd hälso- och sjukvård.⁵³

Med ett normkritiskt förhållningssätt kan arbetet med att främja en mer jämställd och jämlik hälsa få en mer inkluderande riktning. Det finns flera överläggningar av det granskande förhållningssätt som syftar till att kritiskt granska omgivande normer och strukturer, att lägga an ett mer strukturellt perspektiv istället för att fokusera på individer. Det går att använda begrepp som normkritik, normkreativitet och normreflektion. Här i texten kommer normkritik att användas. Att ha en kritisk ansats innebär i detta sammanhang att ha en granskande ansats, inte i betydelsen negativ eller dömande. Det handlar om att inta nya perspektiv och därigenom skapa nya möjligheter till förändring. En viktig aspekt är att fokus riktas på strukturer och normer i samhället istället för mot individer, mot de som avviker.

Normkritik har fördelen att rikta fokus bort från på vilket sätt individen avviker från normen och hur majoritetssamhället ska göra för att tolerera detta avvikande och istället lägga fokus på den rådande normen, den omgivande

⁵² Jämställdhetsmyndigheten 2019

⁵³ Dahlborg Lyckhage, E, Lyckhage G & Tengelin, E Jämlik vård, normmedvetna perspektiv, (2015)

strukturen. Normkritiska perspektiv har en dekonstruerande kraft som plockar isär tolkningsföreträdet och gör tydligt att normbrytaren utsätts för olika typer av bestraffningar. De främsta bestraffningsmekanismer som normkritiken identifierat är avsaknad av makt och inflytande över sitt eget liv.

Grunden i ett normkritiskt förhållningssätt är att anta en övergripande reflektiv hållning där en börjar med att synliggöra normer. Det handlar om att sätta ord på den praktik och de erfarenheter som finns och utifrån detta starta en reflektion för hur en skulle kunna göra på andra sätt. Det handlar om att förstå hur en verksamhet präglas av maktstrukturer och hur det i sin tur påverkar mötet med människor, utformning av insatser, av enkäter, av utbildningar.⁵⁴ För att förstå den egna utgångspunkten kan en ta sig framåt med hjälp av olika frågor. Det kan handla om att fundera över hur enkäter formuleras, är det gjorda utifrån en tvåkönsmodell? Det kan handla om att syna den fysiska miljön; kan alla komma in i byggnaden? På vilka sätt når vi alla de som bör nås av planerade insatser? Om en skriver ”invånare” i en text; kommer både kvinnor och män att nås? Kommer transpersoner att räknas in?

Normbegreppets betydelse har vuxit mycket på senare år, särskilt i relation till jämlikhetsarbete. Normer bygger på idén om normalitet respektive avvikelser där bara det ena är eftersträvänsvärt. Det anger vad som är önskvärt och vem som räknas. Normer är med andra ord mindre tillåtande eller mer jämlikhetsfrämjande. Då vissa egenskaper ses som önskvärda skapas hierarkier mellan människor, de som ges bättre förutsättningar och möjligheter respektive de som hamnar utanför. Normer beskriver inte, de definierar. Och det behöver inte handla om vad som är vanligt eller vad som är i majoritet utan snarare om vad som betraktas som önskvärt. Exempelvis; män som grupp har mer makt än kvinnor som grupp. Detta trots att män inte finns i en betydligt större majoritet än kvinnor. Det handlar om makt, om könsmaktsordningen där det manliga värderas högre än det kvinnliga. En annan viktig sak att ha med sig är att en norm aldrig existerar separat. Det är först i relation till andra normer som en viss norm blir tydlig. Människans identitet är socialt skapad och vår identitet formas och görs begriplig i relation till andra sociala kategorier. Kring varje kategori finns olika normativa föreställningar som beskriver det önskvärda. Heteronormativiteten är ett sådant system. Här skapas exempelvis bilden av hur kvinnor och män förväntas vara, hur en familj förväntas se ut, vad som är ett gott liv och liknande. Det är först när någon avviker från normer som den blir synlig. Genom underförstådda och informella sociala handlingar som ignorans, förakt, trakasserier eller våld bestraffas den som avviker från det normativa.

Sociala normer och identitet är socialt konstruerat, formbart och föränderligt beroende av historisk, social och kulturell kontext. Det är det specifika sammanhanget som avgör hur värderingar, påståenden och normer ser ut. Ge-

⁵⁴ Bromseth (2010)

nom att samspela med varandra och vår miljö skapas outtalade och uttalade strukturer, maktordningar och normer - det som blir vår verklighet.

Alla har rätt till bästa möjliga hälsa. Det är viktigt att vi ser att normer i samhället skapat sämre skydd för marginaliserade grupper, exempelvis hbtq+personer. Rätten till hälsa ställer höga krav på hälso- och sjukvården att utveckla ett professionellt och systematiskt normkritiskt arbete. Hälso- och sjukvårdsorganisationen styrs av Hälso- och sjukvårdslagen vars målsättning är att erbjuda alla människor en god hälso- och sjukvård på lika villkor. Att verka för alla människors rätt till hälsa innebär att införliva ett synsätt som flyttar fokus från en lagstiftning som reglerar vårdens ansvar och skyldigheter till den enskildas rätt att få uppleva bästa möjliga hälsa. Forskning visar att en mer personcentrerad vård både ökar kvalitet och effektivitet i vården. Med hjälp av ett normkritiskt förhållningssätt, som granskar systemet och lyssnar in individernas behov, kommer vi närmare en målsättning om att främja en mer jämställd och jämlik hälsa och en mer jämställd och jämlik vård.⁵⁵

7 Folkhälsopolitik och hbtq+perspektiv

I detta avsnitt redogörs för folkhälsopolitikens uppdrag och riktning samt på vilket sätt det ger stöd för hur det regionala folkhälsoarbetet utformas.

7.1 Folkhälsopolitikens påverkan på det regionala uppdraget

Folkhälsa handlar om att arbeta med utveckling och hållbarhet där folkhälsan lägger grunden för befolkningens välmående. Folkhälsa syftar på hela befolkningens samlade hälsa där hänsyn tas till både individ och fördelning och där en god folkhälsa innebär att hälsan är så god och jämlikt fördelad som möjligt bland olika grupper i samhället. Det nationella målet för folkhälsopolitiken är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation.

Folkhälsoarbetet bör ha människans behov av integritet och valfrihet som grund och bygga på relationen mellan hälsans villkor och individens förutsättningar. I prop. 2007/08:110 lyfter regeringen fram utanförskapet som det största hotet mot folkhälsan och menar att människan har behov av att känna delaktighet och möjlighet att kunna påverka sitt egna liv. Utanförskap diskuteras ur två särskilda perspektiv; behov av sociala nätverk och vikten av att ha arbete och vara en del av yrkeslivet. Sociala nätverk är en skyddsfaktor av psykosocial natur som förstärker identitet – och självkänsla.

⁵⁵ Lyckhage, Lyckhage & Tengelin (red) (2015)

Att vara en del av yrkeslivet i sin tur handlar om att arbete ger människor inkomst och försörjning, vi blir delaktiga i samhällets aktiviteter och kommer i kontakt med andra människor. Det framhävs att arbetslöshet kan leda till stress och sociala problem, psykisk ohälsa och i vissa fall även risk- eller missbruk. Som särskilt angelägna grupper lyfts barn, unga, deras föräldrar samt äldre fram.

Insatserna riktade mot barn och unga bör ta sikte på att öka förutsättningarna för goda relationer, framförallt mellan barn och deras föräldrar men även med andra barn och vuxna. Regeringen skriver vidare att en trygg anknytning till föräldrarna de första levnadsåren är en avgörande förutsättning för en god psykisk hälsa senare i livet. Ett gott och förtroendefullt förhållande mellan föräldrar och barn fungerar som en skyddsfaktor för barnen, medan brister i hemmiljön är en riskfaktor. Forskning visar att olika former av föräldraskapsstöd är insatser som har betydelse för såväl enskilda barn som för samhället i stort. Ur ett hbtq+perspektiv är det av stor betydelse att det föräldraskapsstöd som finns har ett hbtq+integrerat perspektiv då barn och deras vuxna, oavsett hur familjen ser ut, ska ha likvärdiga förutsättningar till ett gott stöd.

Regeringen lyfter fram att hälsoläget i Sverige i huvudsak är bra, men att det finns påtagliga skillnader i hälsa mellan olika grupper i samhället som bör uppmärksammas. En medveten folkhälsopolitik kan och bör förbättra villkoren för de grupper som är socialt och ekonomiskt mest utsatta och som därmed löper störst risk att drabbas av ohälsa och för tidig död. Utgångspunkten för allt folkhälsoarbete är alla människors lika värde, och att den rådande ojämlikheten i hälsa mellan olika grupper i befolkningen måste motverkas och särskilt sårbara grupper uppmärksammas. Här lyfts särskilt hbtq+personer och nationella minoriteter fram.

Hälsa är en mänsklig rättighet, var och en har rätt till bästa uppnåeliga fysiska och mentala hälsa. Varje individ ska ha rätt att utvecklas efter sina förutsättningar och ges möjligheter att nå den hälsa som är individuellt möjlig. Detta gäller alla, oavsett kön, könsidentitet, könsuttryck, klasstillhörighet, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, sexuell läggning, funktionsnedsättning eller ålder. Folkhälsa är ett uttryck för befolkningens hälsotillstånd som tar hänsyn till såväl nivå som fördelning av hälsan. Folkhälsa handlar alltså inte enbart om att befolkningens hälsa bör vara så bra som möjligt. Det handlar även om att hälsan i befolkningen bör vara så jämnt fördelad som möjligt. Det innebär att det inte ska förekomma systematiska skillnader i dödlighet och sjuklighet mellan olika socioekonomiska grupper, mellan kvinnor och män mellan utrikes och inrikes födda, mellan personer med funktionsnedsättning och befolkningen i sin helhet samt mellan personer med olika sexuell läggning. Folkhälsan är därmed av stor betydelse för samhällsutvecklingen och insatserna för en bättre folkhälsa ingår som en viktig del i arbetet för en god välfärd och ett hållbart Sverige.

En medveten folkhälsopolitik kan förbättra villkoren för de grupper som är socialt och ekonomiskt mest utsatta. Det är angeläget att hälsoskillnaderna uppmärksammas som ett problem för samhället som helhet, dels utifrån perspektivet hållbar utveckling, dels utifrån ett effektivt utnyttjande av allmänna resurser. Folkhälsoarbetet är ett gemensamt ansvar och kräver insatser från de flesta sektorer i samhället – från det offentliga, från det privata och från de ideella organisationerna samt från individerna själva. En strävan att minska de ojämlika förutsättningarna för en god och jämlik folkhälsa bör vägleda folkhälsoarbetet inom alla sektorer och på alla samhällsnivåer.

Att hälsan är ojämlikt fördelad över befolkningen hänger till stor del samman med människors socioekonomiska förhållanden och sociala position. Till exempel är den återstående medellivslängden vid trettio års ålder nästan sex år kortare bland både kvinnor och män med kort utbildning jämfört med kvinnor och män med lång utbildning. Samhällets välfärd och hållbarhet har direkt samband med folkhälsan och hur den är fördelad. Samhällets struktur kan i sig vara den negativa faktor som utlöser ohälsa. Såväl socioekonomiska skillnader som skillnader i hälsa och livslängd utgör alltså potentiella problem för en hållbar utveckling.

En central utgångspunkt i folkhälsoarbetet är att människors livsvillkor och levnadsvanor går att påverka politiskt. Insatser som riktar sig mot de faktorer som leder till de vanligaste folksjukdomarna och hälsoproblemen bör prioriteras och insatserna bör vara såväl generella som riktade mot specifika problem, grupper eller individer.⁵⁶

Nycklarna till en förbättrad folkhälsa finns hos en mängd olika aktörer och endast tillsammans kan målet om en förbättrad och mer jämlik och jämställd hälsa nås. Norrbottens folkhälsostrategi 2018-2026 har tagits fram med främsta mål att samordna länets resurser, bidra till att länet arbetar i samma riktning och fungera som stöd i arbetet för alla berörda aktörer mot en förbättrad folkhälsa. En länsgemensam *målsättning*, en *plan* för vägen dit samt *hur* länets regionala aktörer ska samverka är strategins viktigaste kärnpunkter. Endast genom samverkan mellan flera aktörer och politikområden kan länet åstadkomma de stora förbättringskliv som är nödvändiga. Strategin har tagits fram i samarbete mellan Region Norrbotten, Länsstyrelsen i Norrbotten och Norrbottens kommuner.

Undersökningar visar att norrbottningar ur flera aspekter, har ett sämre hälsoläge än övriga riket. Till exempel har länet ett betydligt högre insjuknande i hjärt- och kärlsjukdomar men också högre förekomst av smärta och värk i befolkningen. Folkhälsan mäts i korthet med en kombination av måtten förväntad medellivslängd och självskattad hälsa. Norrbottningarna kommer långt ner på båda listorna.

⁵⁶ Prop. 2007/08:110

Idag kan det skilja fyra år i förväntad medellivslängd för invånarna i två norrbottniska kommuner med bara tio mils avstånd från varandra och fem år mellan norrbottningar med kort respektive lång utbildning. Människor har olika möjligheter till en god hälsa och ett långt liv beroende på var de är födda, var de bor, hur lång utbildning de har, vad de arbetar med eller hur mycket de tjänar.

Att människor mår olika bra och lever olika länge beror till stor del på skillnader i levnadsvanor och livsvillkor. Idag är det också väl känt att levnadsvanor hör ihop med utbildningsnivå och att hälsan ofta är sämst hos dem som har sämst ekonomi och livsvillkor. Tröskeln till att göra hälsosamma val, för sig själv och sina barn, är olika hög beroende på i vilken kontext personen växer upp under eller befinner sig i. Ett framgångsrikt folkhälsoarbete handlar ofta om att öka förekomsten av påverkbara skyddsfaktorer och minska riskfaktorerna.

Norrbotten har ett övergripande mål om att norrbottningarnas hälsa ska förbättras och bli mer jämlik och mer jämställd. Fyra delmål är också satta utifrån prioriterade områden.

Delmål 1:

Utbildningsnivån och det livslånga lärandet ska öka och blir mer jämlikt och jämställt.

Delmål 2:

Levnadsvanor som påverkar hälsan positivt ska öka i omfattning och bli mer jämlika och jämställda.

Delmål 3:

Normer och värderingar som främjar den jämlika och jämställda hälsan ska stärkas

Delmål 4:

Alla kommuner och regionala företrädare arbetar systematiskt med folkhälsa

I folkhälsostrategin framgår bland annat att när gäller psykisk ohälsa är det utöver lägre socioekonomi även en riskfaktor att tillhöra någon utav diskrimineringsgrunderna. Homo-, bi-, och transpersoner, unga, personer med utländsk bakgrund, kvinnor samt personer med funktionsnedsättningar är grupper som löper större risk att drabbas av ohälsa.⁵⁷

Det är av stor betydelse att det regionala folkhälsoarbetet tar sikte på att genom ett intersektionellt och normkritiskt arbete syna de maktstrukturer som

⁵⁷ Folkhälsopolitiska rådet, Norrbottens folkhälsostrategi 2018-2026

bidrar till ojämlikhet. Även att se till att Norrbotten arbetar systematiskt och ser till att alla norrbottningar inkluderas för att målen om en mer jämställd och jämlik hälsa ska kunna uppnås.

8 Referenser

Statliga utredningar

Regeringskansliet (2014), En strategi för lika rättigheter och möjligheter oavsett sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck

Regeringskansliet (2017), Transpersoner i Sverige - Förslag för stärkt ställning och bättre levnadsvillkor *SOU 2017:92*

Makt, mål och myndighet – feministisk politik för en jämställd framtid, Regeringens skrivelse 2016/17:10

Mål och myndighet – en effektiv styrning av jämställdhetspolitiken. *SOU 2015:86*

God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik, Prop. 2017/18:249

En förnyad folkhälsopolitik, Prop. 2007/08:110

Publikationer, rapporter

Arbetslivsinstitutet. Danilda, I. Homo på jobbet, ute eller inne? (2005)
Finns att ladda ned här: <https://docplayer.se/8870185-Redaktor-inger-danilda-homo-pa-jobbet-ute-eller-inne.html> Hämtad 2018-11-26.

Brottsförebyggande rådet, Brå., Hatbrott 2015 - Statistik över polisanmälningar med identifierade hatbrottsmotiv och självrapporterad utsatthet för hatbrott. Rapport 2016:15, Lenanders Grafiska AB.

Folkhälsomyndigheten (2019). Utblick folkhälsa. Finns att ladda ned här: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/abe121003f8c41aeba502f9872a28e70/suicidforsok-vanligare-unga-Hbtq+personer-19003-webb.pdf> Hämtad 2018-11-26.

Folkhälsomyndigheten, (2017). Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) i Sverige 2017, Resultat från befolkningsundersökningen SRHR2017.

Folkhälsomyndigheten (2017). Metoder för att främja en god hälsa bland Hbtq-personer, resultat från en kartläggande litteraturöversikt.

Folkhälsomyndigheten (2016). Rätten till hälsa - hur normer och strukturer inverkar på transpersoners upplevelser av sexuell hälsa. Information System AB: Halmstad.

Folkhälsomyndigheten (2015). Hälsan och hälsans bestämningsfaktorer för transpersoner – en rapport om hälsoläget bland transpersoner i Sverige. Information System AB: Halmstad.

Folkhälsomyndigheten (2014). Hälsan och hälsans bestämningsfaktorer bland homo- och bisexuella personer - Resultat från nationella folkhälsoenkäten hälsa på lika villkor. Strömberg: Stockholm.

Forte (2018). Hälsa och livsvillkor bland unga Hbtq-personer: Vad vet vi och vilka forskningsbehov finns? Brand Factory, Stockholm.

Jämställdhetsmyndigheten (2019). Delredovisning HBTQ+strategisk myndighet: Delredovisning av uppdraget att vara strategisk myndighet för Hbtq-personers lika rättigheter och möjligheter.

Länsstyrelsen i Skåne (2018). Intersektionella perspektiv på våld i nära relationer.

Myndigheten för ungdoms – och civilsamhällsfrågor, (2010). Hon, Hen, han: En analys av hälsosituationen för homosexuella och bisexuella ungdomar samt för unga transpersoner. Finns att ladda ned här: https://www.mucf.se/sites/default/files/publikationer_uploads/hon-hen-han.pdf Hämtad 2018-11-26

Nationella sekretariatet för genusforskning (2017). Så gör du: HBTQ-kompetent jämställdhetsarbete. En handledning för dig som arbetar med jämställdhetsintegrering på myndighet.

Norrbottnens folkhälsopolitiska råd. Norrbottens folkhälsostrategi 2018-2026, för en bättre och mer jämlik och jämställd hälsa. Finns att ladda ned här: <http://www.norrbotten.se/publika/lg/utv/Folkh%c3%a4lsocentrum/Folkh%c3%a4lsopolitiska%20strategin/Reviderad%20strategi/FHS%20171220%20beslutad%20NFR%20m.%20bilder.pdf> Hämtad 2018-11-26

Region Norrbotten (2018). Moestam & Bergström Wuolo. Slutrapport projektet HBTQ+, psykisk hälsa och suicidprevention.

Region Norrbotten (2014)- Hälsa, levnadsvillkor och social miljö i Norrbotten ur ett jämlikhetsperspektiv, baserat på nationell undersökning "Hälsa på lika villkor?".

RFSL, Riksförbundet för homosexuella, bisexuella, transpersoner och queeras rättigheter (2017). "In society I don't exist, so it's impossible to be who I am." – Trans people's health and experiences of healthcare in Sweden.

RFSL, Riksförbundet för homosexuella, bisexuella, transpersoner och queeras rättigheter (2008). Våldsamhet lika och olika: En skrift om våld i samkönade parrelationer, Ljungbergs tryckeri.

RFSL, Riksförbundet för homosexuella, bisexuella, transpersoner och queeras rättigheter (2013). Hbtq och idrott, Ungdomars erfarenheter och villkor inom svensk idrott. Riksidrottsförbundet.

Sveriges kommuner och landsting (2019). (O)jämsamhet i hälsa och vård, en sammanfattning. LTA.

Transgender Europe (2017). *Overdiagnosed but Underserved*, https://tgeu.org/wp-content/uploads/2017/10/Overdiagnosed_Underserved-TransHealthSurvey.pdf Hämtad 2018-11-26.

Å, Lars (2019). Äldreprojektet att åldras med hiv. http://ebooks.exakta.se/hiv-sverige/2019/leva_livet/page_1.html Hämtad 2018-11-26

Litteratur

Butler J (1990). *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*. Routledge.

Ahmed, S (2014). *The Cultural Politics of Emotion*. Edinburgh University Press and Routledge.

Wurm, M., & Hanner, H. (2017). Att möta samhället som Hbtq+. I T. Lundberg, A. Malmquist, & M. Wurm (Red.), *HBTQ+: psykologiska perspektiv och bemötande*. Stockholm: Natur & Kultur.

Bergström, J. (2004). *Den allmänna människan och de avvikande andra - om heteronormativitet på psykologutbildningen*. I A.-C. Olsson & C. Olsson (Red.), *I den akademiska garderoben*. Stockholm: Atlas.

Bromseth, J, & Siverskog, A (red), (2017). *LHBTQ-personer och åldrande, Nordiska perspektiv*. Studentlitteratur, AB Lund.

Bromseth, J., & Darj, F. (2010). *Normkritisk pedagogik: makt, lärande och strategier för förändring*. Uppsala: Centrum för genusvetenskap, Uppsala universitet.

Fors, M. (2017). *Hejdå Hbtq+kompetens. Vila i frid. Hoppas du aldrig mer behövs*. I T. Lundberg, A. Malmquist, & M. Wurm (Red.), *HBTQ+: psykologiska perspektiv och bemötande*. Stockholm: Natur & Kultur.

Dahlborg Lyckhage, E, Lyckhage G & Tengelin, E (2015). *Jämlik vård, normmedvetna perspektiv*. Studentlitteratur AB, Lund.

De Los Reyes, P & Mulinari, M, (2005) *Intersektionalitet - Kritiska reflektioner över (o)jämlighetens landskap*. Liber förlag.

Artiklar

Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence (2007) Ilan H. Meyer

Meyer, I. (2003). Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674-697. doi:10.1037/0033-2909.129.5.674

Meyer, I. (2015). Resilience in the study of minority stress and health of sexual and gender minorities. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(3), 209-213. doi:10.1037/sgd0000132

Puckett, J. A., & Levitt, H. M. (2015). Internalized Stigma Within Sexual and Gender Minorities: Change Strategies and Clinical Implications. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 9(4), 329-349. doi:10.1080/15538605.2015.1112336

Övrigt

Info om begrepp: <https://www.rfsl.se/hbtq-fakta/begreppsordlista/> Hämtad 2019-10-31

Info om könsdysfori: www.internetmedicin.se Hämtad 2019-10-31

9 Bilagor

Slutrapport projektet HBTQ+, psykisk hälsa och suicidprevention (2018)
Moestam & Wuolo, Region Norrbotten



Bilaga 1
Slutrapport_HBTQ.pdf

.....