

Sexuell hälsa och rättigheter i norrlänen



En rapport baserad på undersökningen SRHR2017 i Norrbotten, Västerbotten, Jämtland och Västernorrlands län.

1. Introduktion	1
2. Sammanfattning	1
3. Ordlista	3
4. Metod	3
4.1 Undersökningen, urval och svaranden	3
4.2 Urval av frågor i denna rapport	4
4.3 Definitioner	4
4.4 Analys och tolkning av resultat	5
5. Resultat	5
5.1 Sexuell ohälsa och vård	5
5.1.1 Sammanfattning	5
5.1.2 Introduktion	5
5.1.3 Resultat	6
5.1.4 Diskussion	9
5.1.5 Referenser	11
5.2 Samtycke - en förutsättning för sexuell hälsa	12
5.2.1 Sammanfattning	12
5.2.2 Introduktion	12
5.2.3 Resultat	13
5.2.4 Diskussion	17
5.2.5 Referenser	18
5.3 Pornografi och internet	19
5.3.1 Sammanfattning	19
5.3.2 Introduktion	19
5.3.3 Resultat	19
5.3.4 Diskussion	23
5.3.5 Referenser	24
5.4 Sexuell hälsa och egenmakt	25
5.4.1 Sammanfattning	25
5.4.2 Introduktion	25
5.4.3 Resultat	25
5.4.4 Diskussion	30
5.4.5 Referenser	31
6. Slutsats	31
6.1 Rekommendationer	32

1. Introduktion

Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) är en del av den allmänna hälsan och 2018 kom Guttmacher-Lancet kommissionen med en ny definition av SRHR. Sexuell och reproduktiv hälsa beskrivs av kommissionen som ett tillstånd av fysiskt, känslomässigt, psykiskt och socialt välbefinnande i förhållande till alla aspekter av sexualitet och reproduktion, och inte bara avsaknad av sjukdom. Därför behöver hälso- och sjukvården och andra aktörer ha ett positivt och hälsofrämjande förhållningssätt till sexualitet och reproduktion där betydelsen av njutbara sexuella relationer, tillit och kommunikation för hälsa och välbefinnande bekräftas. En förutsättning för sexuell och reproduktiv hälsa är att sexuella och reproduktiva rättigheter och allas rätt att själva fatta beslut om sina egna kroppar tillgodoses. Sedan 2020 finns en nationell strategi för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter. Det övergripande målet är en god jämlik och jämställd sexuell och reproduktiv hälsa i hela befolkningen. Den nationella strategin baseras på Guttmacher-Lancets definition av SRHR.

Definition av sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter enligt Guttmacher-Lancet-kommissionen

Guttmacher-Lancet-kommissionen lanserade 2018 en integrerad definition av SRHR: Sexuell och reproduktiv hälsa är ett tillstånd av fysiskt, känslomässigt, psykiskt och socialt välbefinnande i förhållande till samtliga aspekter av sexualitet och reproduktion, inte bara avsaknad av sjukdom, dysfunktion eller skada. Därför måste ett positivt synsätt på sexualitet och reproduktion beakta den roll som njutbara sexuella relationer, förtroende och kommunikation spelar för självkänslan och det allmänna välbefinnandet. Alla människor har rätt att själva fatta beslut om den egna kroppen och ha tillgång till tjänster som stödjer den rätten. För att uppnå sexuell och reproduktiv hälsa krävs erkännande av sexuella och reproduktiva rättigheter, som baseras på mänskliga rättigheter för alla att:

- respekteras i sin kroppsliga integritet, sitt privatliv och sitt personliga självbestämmande
- fritt få definiera sin egen sexualitet, inklusive sexuell läggning, och könsidentitet och könsuttryck
- avgöra om och när man vill vara sexuellt aktiv
- välja sina sexualpartners
- ha säkra och njutbara sexuella upplevelser
- besluta om, när och med vem äktenskap ska ingås
- avgöra om, när och hur man vill ha barn och hur många barn man vill ha
- under hela livet ha tillgång till information, resurser, tjänster och det stöd som krävs för att uppnå det ovanstående, utan risk för diskriminering, tvång, utnyttjade och våld.

Under 2017 genomförde Folkhälsomyndigheten en befolkningsundersökning om sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter, SRHR2017. Dessförinnan genomfördes en befolkningsundersökning om sexuell hälsa 1996, men då med ett snävare fokus på sexualvanor, jämfört med SRHR2017. Det har alltså saknats kunskap om befolkningens sexuella och reproduktiva hälsa och möjligheter att tillgodogöra sig sexuella och reproduktiva rättigheter i Sverige i stort såväl som i norrlänen. I denna rapport har det gjorts ett urval av det nationella resultatet från Norrbotten, Västerbotten, Jämtland och Västernorrlands län, i rapporten benämnt som norrlänen, med ett fokus på sexuell hälsa och sexuella rättigheter.

2. Sammanfattning

I denna rapport beskrivs sexuell hälsa och rättigheter utifrån hur befolkningen i Norrbotten, Västerbotten, Jämtland och Västernorrlands län har svarat på den nationella enkäten SRHR2017. Över lag skiljer sig inte resultatet från norrlänen nämnvärt från riket. I de fall då det finns skillnader så är de

utskrivna i text under respektive tema. I rapporten beskrivs fyra temaområden: sexuell ohälsa och vård, samtycke som en förutsättning för hälsa, pornografi och internet samt sexuell hälsa och egenmakt.

Sexuell ohälsa och vård

Det är en högre andel kvinnor än män, yngre än äldre och hbtq+-personer än heterosexuella cispersoner som har fått frågor om sin sexuella hälsa eller om sitt sexualliv i samband med besök i hälso- och sjukvården. Den sexuella ohälsan ser olika ut i olika grupper. En större andel unga än äldre och en större andel kvinnor än män rapporterar att de har upplevt problem i relation till sexlivet under det senaste året. Hbtq+-personer har i högre utsträckning än heterosexuella cispersoner sökt råd och hjälp inom hälso- och sjukvården för upplevda sexuella problem men inte fått hjälp. Det sexuella risktagandet är störst bland unga i jämförelse med övriga åldersgrupper. En tredjedel av de unga uppger att de har haft oskyddat samlag med tillfällig partner under det senaste året. Det finns ingen skillnad mellan könen, däremot uppgav kvinnor att de har testat sig för klamydia i dubbelt så hög utsträckning som män.

Samtycke – en förutsättning för sexuell hälsa

Majoriteten av de personer som svarat på enkäten upplever att de får ha en relation med vem de vill, kan säga nej till sex och kan säga ifrån om ens sexpartner föreslår något som personen själv inte vill. Det finns dock skillnader om jämförelser görs mellan kön, åldrar, utbildningslängd eller om hbtq+-personer jämförs med heterosexuella cispersoner.

Sexuella trakasserier, övergrepp och våld utgör allvarliga hot mot människors trygghet, hälsa och liv. Precis som i övriga landet är sexuella trakasserier, övergrepp och sexuellt våld vanligt i de fyra norrlänen, särskilt bland kvinnor och yngre personer. De som har blivit utsatta för sexuellt våld rapporterar i lägre utsträckning god allmän och sexuell hälsa, jämfört med de som har blivit utsatta för sexuella trakasserier och förnedring och de som inte har någon erfarenhet av våldsutsatthet.

Pornografi och internet

De flesta upplever att deras användning av internet inte påverkar sexlivet. När det kommer till att använda internet till sexuellt relaterade ändamål som exempelvis sökt information om sex, letat efter en partner, köpt sexleksaker eller köpt eller sålt sexuella tjänster så skiljer sig svaren åt när det kommer till utbildningsnivå. De som i störst utsträckning har svarat nej, aldrig på frågan är personer med kort utbildning.

När det kommer till pornografianvändning finns det skillnader främst mellan grupperna kvinnor och män samt utifrån ålder. Cirka två tredjedelar av männen och lite mindre än en tredjedel av kvinnorna använder pornografi. Det är vanligare att använda pornografi hos deltagarna som är mellan 16–44 år än hos deltagarna mellan 45–84 år. Hbtq+-personer använder pornografi i något större utsträckning än heterosexuella cispersoner, tidigare forskning menar att det kan ha att göra med att hbtq+-personer finner pornografin utbildande och bekräftande. De flesta deltagarna tycker inte att pornografi påverkar sexlivet.

Sexuell hälsa och egenmakt

Den sexuella hälsan och möjligheten att tillgodogöra sig sina sexuella rättigheter är över lag god i norrlänen men ojämnt fördelad utifrån kön, ålder, utbildningslängd och könsidentitet/sexuell identitet. Begreppet sexuell egenmakt står för att en människa känner sig fri att själv fatta beslut som rör när, hur och med vem en vill ha sex. Kvinnor, personer mellan 30–64 år, personer med lång utbildning och heterosexuella cispersoner rapporterar att de i högre utsträckning än andra kan ta initiativ till sex och föreslå för en partner hur de vill ha sex. De som har svarat att de känner sig fria att ta initiativ till sex och att de kan föreslå för en partner hur de vill ha sex rapporterar i högre utsträckning god allmän och sexuell hälsa jämfört med de som svarat att de sällan eller aldrig kan detta.

3. Ordlista

Cisperson – en person som identifierar sig som det kön den tilldelades till födseln

Egenmakt – att en människa känner sig fri att själv fatta beslut som rör när, hur och med vem en vill ha sex.

Hbtq+ - ett begrepp som står för homosexuella, bisexuella, transpersoner och queera, plustecknet används för att visa att även andra identiteter som bryter normer kring könsidentitet och sexuell identitet inkluderas i begreppet.

Könsidentitet – hur en person identifierar och benämner sitt kön, exempelvis kvinna, man eller icke-binär, men det finns också fler könsidentiteter som, likt icke-binär, befinner sig utanför könen kvinna och man.

Sexuell hälsa - ett tillstånd av fysiskt, känslomässigt, psykiskt och socialt välbefinnande i förhållande till alla aspekter av sexualitet och inte enbart avsaknad av sjukdom.

Sexuell identitet – hur en person identifierar och benämner sin sexualitet, exempelvis heterosexuell, bisexuell eller homosexuell men det finns också fler sexuella identiteter.

Transperson – en person som identifierar sig med ett annat kön än det den tilldelades vid födseln.

4. Metod

4.1 Undersökningen, urval och svaranden

Folkhälsomyndigheten genomförde år 2017 befolkningsundersökningen Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter 2017 (SRHR2017) i samarbete med Statistiska centralbyrån (SCB) och Enkätfabriken AB. Undersökningen är den första slumpmässiga befolkningsstudien om sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) i Sverige.

Syftet med undersökningen var att undersöka hälsoutfall och bestämningsfaktorer relevanta för SRHR i allmänna befolkningen i Sverige och för att skapa bättre förutsättningar för ett effektivt folkhälsoarbete avseende SRHR. Blanketten bestod av 66 frågor, flera av dem hade delfrågor vilket genererade totalt 118 frågor. Frågorna innefattade områdena allmän och sexuell hälsa, sexualitet och sexuell erfarenhet, sexualitet och relationer, internet, sex mot ersättning, sexuella trakasserier, våld och utsatthet samt reproduktiv hälsa. Dessa kompletterades med folkbokföringsuppgifter från Statistiska Centralbyrån (SCB). Enkäten och övrig information om undersökningen går att finna i sin helhet på www.folkhalsomyndigheten.se.

Enkäten skickades ut med post till ett slumpmässigt stratifierat urval av totalbefolkningsregistret på ca 50 000 personer. Svarsfrekvensen nationellt blev 31 procent.

I norrlänen skickades enkäten ut till 8336 personer. Av dessa svarade 2510 personer vilket gav en svarsfrekvens på 30 procent. Bland de svarande i norrlänen var 57 procent kvinnor och 43 procent män enligt registerdata. Vidare var 22 procent av de svarande (i norrlänen) i åldern 16–29 år, 22 procent i åldern 30–44 år, 26 procent i åldern 45–64 år samt 31 procent i åldern 65–84 år. Bland de svarande i åldersgruppen 30–84 år hade 35 procent en kort utbildning, 34 procent en medellång utbildning och 31 procent en lång utbildning (se definition av utbildning nedan under ”definitioner”). Enligt variabeln könsidentitet och sexuell identitet kategoriserades 91 procent i gruppen heterosexuell cisperson och 9 procent i gruppen hbtq+. Fördelningen efter kön, utbildningslängd, ålder, könsidentitet och sexuell identitet liknade riket i stort.

Bortfallet var totalt sett högre bland exempelvis personer med lägre utbildning samt personer födda utanför Sverige. Bortfallet är något högre än för allmänna undersökningar om hälsa, men liknande som för andra undersökningar inom sexualitet och hälsa. Bortfallet har hanterats med viktning för att svaren i möjligaste mån ska representera Sveriges befolkning (se mer i sista avsnittet ”analys och tolkning av resultat”). Resultaten bör ändå tolkas med försiktighet.

4.2 Urval av frågor i denna rapport

Ett urval av teman som fanns i enkäten har gjorts. I denna rapport inkluderas de teman som är knutna till sexuell hälsa och rättigheter enligt de temaområden som beskrivs i introduktionen men inte det tema som berör reproduktiv hälsa och rättigheter. Detta urval har gjorts då det framför allt saknas kunskap om sexuell hälsa ur ett befolkningsperspektiv i norrlänen.

4.3 Definitioner

4.3.1 Bakgrundsvariabler

I rapporten används följande bakgrundsvariabler. Jämförelserna i rapporten görs endast inom samma bakgrundsvariabel; till exempel jämförs det olika åldersgrupperna med varandra och kvinnor jämförs med män. Information om kön, ålder samt utbildning är hämtade från register.

Kön - denna variabel består av två grupper; kvinna, man.

Åldersindelning - åldersvariabeln består av fyra grupper; 16–29 år, 30–44 år, 45–64 år samt 65–84 år.

Utbildningslängd – i denna bakgrundsvariabel ingår endast personer som är 30–84 år och utbildningsvariabeln består av tre grupper;

Kort utbildning; upp till gymnasial utbildning två år, inkl. realskole- och folkskoleutbildning.

Medellång utbildning; gymnasial utbildning tre år och upp till två år högskoleutbildning.

Lång utbildning; eftergymnasial- och högskoleutbildning, tre eller fler år.

Könsidentitet och sexuell identitet - denna variabel består av två grupper; heterosexuell cisperson och hbtq+. Indelningen baseras på svaren på frågorna om kön, sexuell identitet och om en är eller har varit transperson. De som endast har angivit svar som kodats med 1 ingår i gruppen heterosexuella cispersoner. De som angivit något svar som kodats med 2 ingår i gruppen hbtq+.

Fråga	Svarsalternativ	Kodning
Kön	Kvinna	1
	Man	1
	Icke-binär	2
	Queer	2
	Annat	2
	Vet inte	2
Transperson	Ja	2
	Nej	1
	Vet inte	2
Sexuell identitet	Heterosexuell	1
	Bisexuell	2
	Homosexuell	2
	Asexuell	2
	Pansexuell	2
	Queer	2
	Annat	2
	Vill inte kategorisera mig själv	2
	Vet inte	2

4.4 Analys och tolkning av resultat

I en första statistisk bearbetning som genomförs av SCB tas en så kallad ”kalibreringsvikt” fram. Denna tas fram för att svaren ska kunna användas för att uttala sig om hela befolkningen (i detta fall Sverige eller norrälänen). Vikten beräknas för varje svarande person och syftar alltså till att kunna redovisa resultat för hela populationen, inte bara de svarande. Vikten ger ett ”beräknat antal” som till exempel kan användas för att se hur stor förekomsten av en indikator är i en viss grupp. Det är till exempel förhållandevis få unga vuxna som svarat på enkäten, något som skulle kunna ha en snedvridande effekt på resultatet. Detta kompenseras dock till viss del av kalibreringsvikten. För en närmare beskrivning av kalibreringsvikten har SCB beskrivit det i en teknisk rapport som finns hos Folkhälsomyndigheten. Då syftet med den inledande statistiska bearbetningen är att korrigera för olikheter i urvalet i relation till den faktiska befolkningsmängden, finns risk att detta enbart delvis uppnås vid större bortfall för specifika grupper. Detta innebär att presenterade resultat inte bör användas som exakta mått, utan snarare ses som indikationer och tendenser. Av samma skäl bör heller inte resultaten jämföras med andra undersökningar som baseras på andra urvalsprinciper eller metoder.

I denna rapport presenteras deskriptiva resultat fördelat på bakgrundsvariablerna som beskrivs ovan. Procentandelar är avrundade till närmaste heltal.

5. Resultat

5.1 Sexuell ohälsa och vård

5.1.1 Sammanfattning

- Fler kvinnor än män och fler yngre än äldre har fått frågor om sin sexuella hälsa eller sitt sexualliv i samband med besök i hälso- och sjukvården.
- Kvinnor har testat sig för klamydia i dubbelt så hög utsträckning som män under det senaste året och en större andel hbtq+-personer än heterosexuella cispersoner har testat sig.
- En av tre unga har haft oskyddat samlag med tillfällig partner under det senaste året.
- Unga uppger i högre utsträckning än övriga åldersgrupper att de har upplevt olika typer av problem i relation till sexlivet.
- Hbtq+-personer har i högre utsträckning än heterosexuella cispersoner sökt men inte fått råd och hjälp för upplevda problem i hälso- och sjukvården.

5.1.2 Introduktion

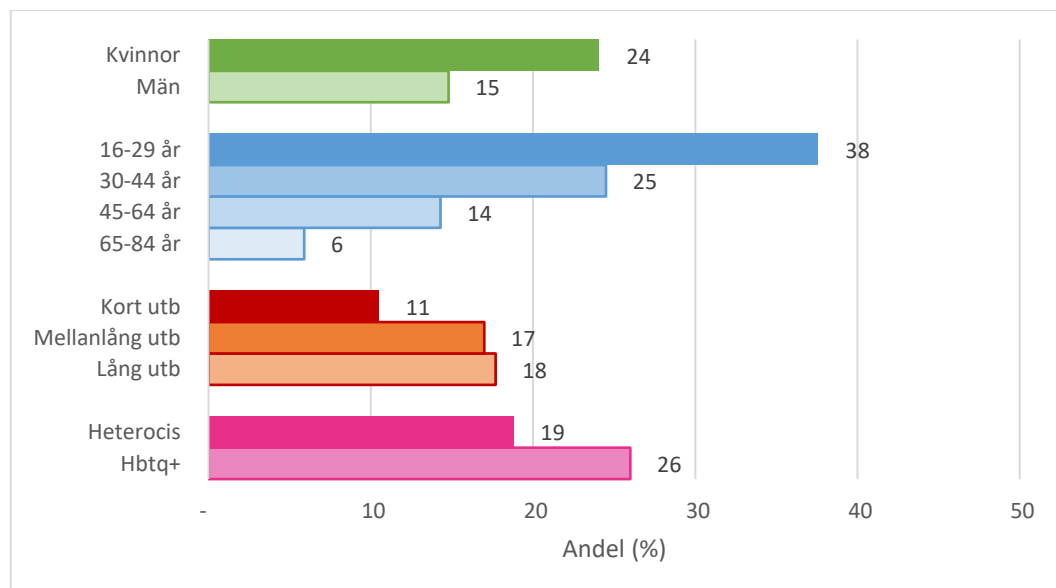
Sexualitet är en av hälsans bestämningsfaktorer och ska därför inkluderas i hälso- och sjukvårdens arbete. Sexualiteten är en del av att vara människa som är viktig för individens upplevelse av hälsa, välbefinnande och livskvalitet. Sexualiteten angår alla människor men på olika sätt under livet och har betydelse för individens identitetsskapande, upplevelser och relationer (Folkhälsomyndigheten, 2020). Målet med hälso- och sjukvården är ”en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården”. Hälso- och sjukvårdslagen beskriver också att hälso- och sjukvården har ett ansvar att arbeta för att förebygga ohälsa (SFS 2017:30). Detta framkommer även i folkhälsopolitikens målområde 8 ”En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård” som dessutom lyfter vikten av hälsofrämjande arbete för att nå en god och jämlik hälsa (Folkhälsomyndigheten, 2021).

5.1.3 Resultat

5.1.3.1 Samtal om sexuell hälsa i samband med besök i hälso- och sjukvården

Unga har fått frågor om sin sexuella hälsa eller om sitt sexualliv i högre utsträckning än äldre

Andelen som har fått frågor om sin sexuella hälsa eller om sitt sexualliv i samband med besök inom hälso- och sjukvården minskar kraftigt med stigande ålder. Det framkommer även skillnader mellan andra grupper (figur 1).



Figur 1. Andel som i samband med besök inom hälso- och sjukvården fått frågor om sin sexuella hälsa eller om sitt sexualliv.

5.1.3.2 Oskyddat samlag och testning för sexuellt överförda infektioner

Majoriteten har inte testat sig under det senaste året

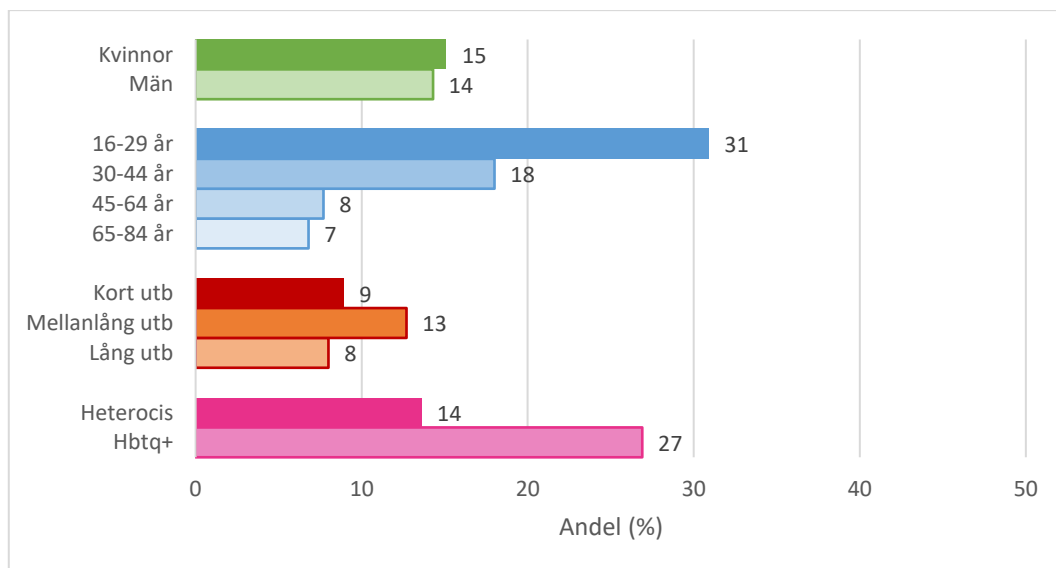
På frågan ”Har du de senaste 12 månaderna testat dig för någon av följande infektioner?” hade de svarande möjlighet att ange ett eller flera av följande svarsalternativ; klamydia, kondylom, syfilis, gonorré, könsherpès, hiv, hepatit B, hepatit C, jag har testat mig de senaste 12 månaderna men jag vet inte för vad samt jag har inte testat mig de senaste 12 månaderna. Majoriteten av befolkningen uppger att de inte har testat sig de senaste 12 månaderna. Av de som har testat sig har majoriteten testat sig för klamydia, totalt 5 procent av studiepopulationen. Det är inte lika vanligt att ha testat sig för någon annan infektion än klamydia och det framkommer inga tydliga skillnader mellan grupper.

En dubbelt så hög andel kvinnor som män har testat sig för klamydia under det senaste året

Bland kvinnor har 8 procent testat sig för klamydia det senaste året och bland män 3 procent. Dessa skillnader syns även i riket samt över tid, enligt statistik från norra sjukvårdsregionens smittskyddsenheter. Det framkommer även skillnader mellan andra grupper. Nästan var tionde hbtq+-person har testat sig för klamydia vilket är en nästan dubbelt så hög andel jämfört med heterosexuella cispersoner. Det är betydligt vanligare att ha testat sig under det senaste året i den yngsta åldersgruppen 16-29 år (16 procent) jämfört med övriga åldersgrupper, andelen minskar tydligt med stigande ålder.

En av tre unga har haft oskyddat samlag med tillfällig partner under det senaste året

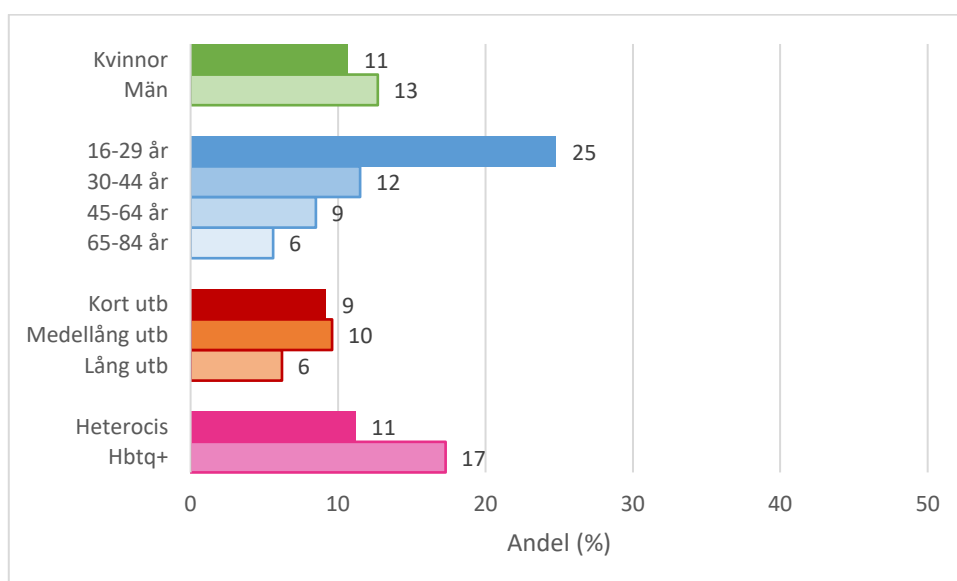
Majoriteten av de som besvarade frågan uppger att de inte har haft samlag, vaginalt och/eller analt, utan kondom med tillfällig partner under det senaste året. Av de som uppger att de har haft oskyddat samlag minskar andelen kraftigt med stigande ålder. Det finns även en tydlig skillnad mellan hbtq+-personer och heterosexuella cispersoner (figur 2).



Figur 2. Andel som har haft oskyddat samlag (vaginalt och/eller analt) med tillfällig partner under de senaste 12 månaderna.

En av fyra unga som inte har testat sig under det senaste året har haft oskyddat samlag med tillfällig partner

Totalt svarar var tionde av de som inte har testat sig att de har haft oskyddat samlag med tillfällig partner under det senaste året. För att få en fördjupad bild av hur det ser ut mellan olika grupper har vi valt att utgå ifrån det större nationella datamaterialet för att få ett mer tillförlitligt resultat. Förutom stora skillnader mellan åldersgrupperna framkommer även skillnader mellan andra grupper (figur 3).

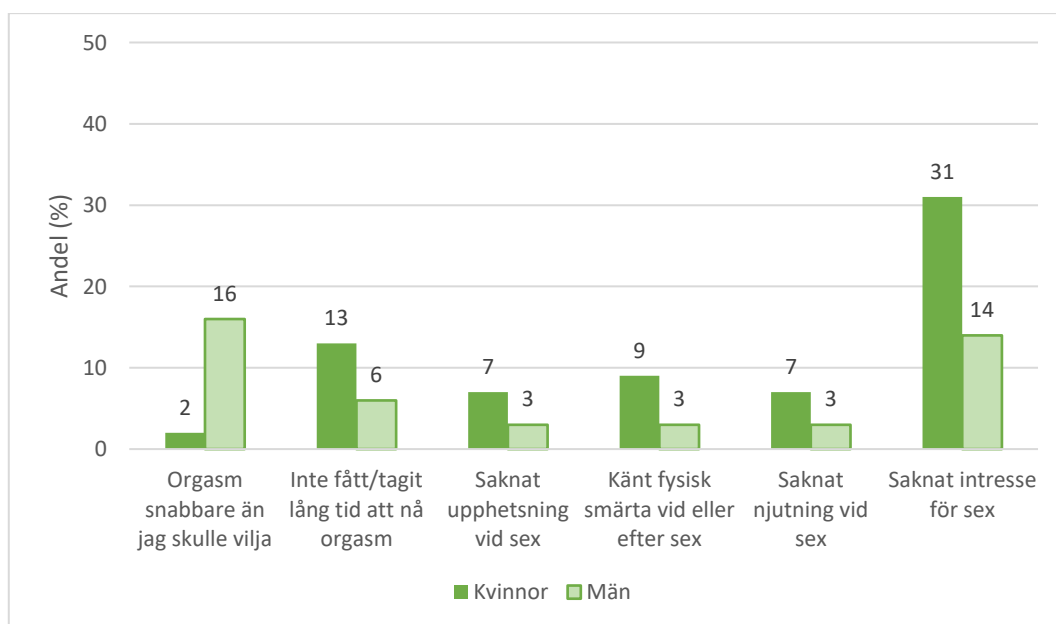


Figur 3. Andel som inte har testat sig och som har haft oskyddat samlag med tillfällig partner under de senaste 12 månaderna.

5.1.3.3 Problem i relation till sexlivet

Vanligare att kvinnor än män har saknat intresse, lust, njutning och upphetsning vid sex

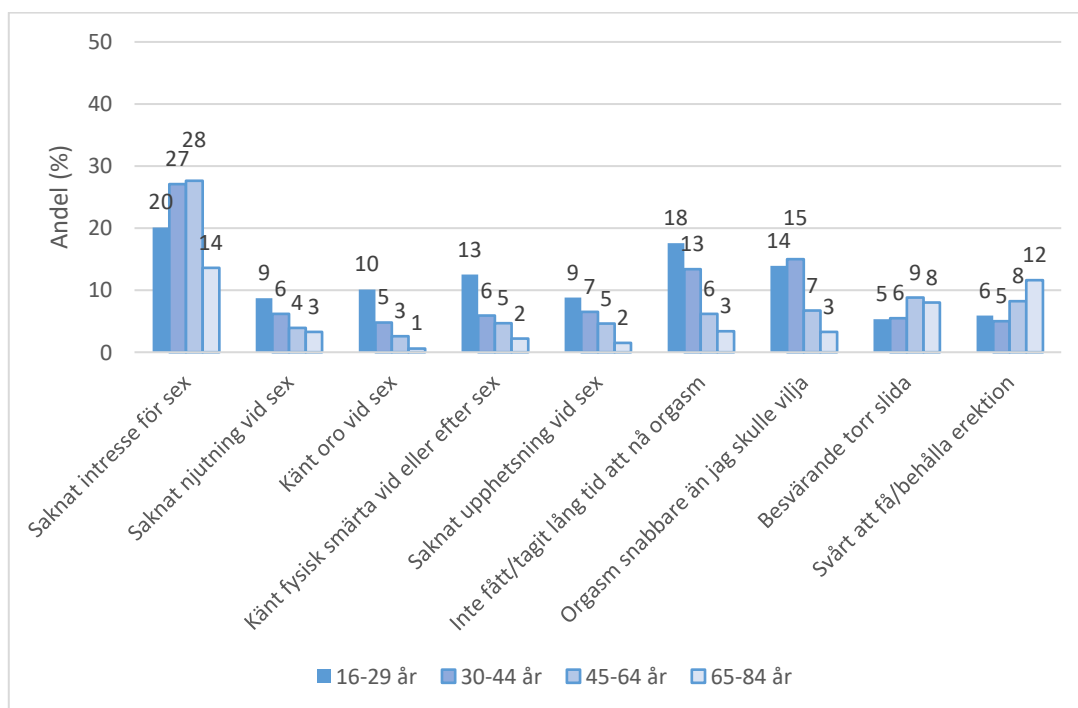
Nästan hälften av de svarande uppger att de har upplevt problem i relation till sexlivet under det senaste året. I den här undersökningen avses problem kopplat till intresse för sex, njutning av sex och upphetsning vid sex. Bland de som svarar att de hade upplevt den typen av problem visar sig skillnader mellan grupper, bland annat utifrån kön (figur 4).



Figur 4. Andel som har upplevt problem i relation till sexlivet under de senaste 12 månaderna utifrån kön.

Yngre har i högre utsträckning än äldre upplevt olika typer av problem i relation till sexlivet

En högre andel yngre rapporterar att de har känt fysisk smärta vid eller efter sex än övriga åldersgrupper, lite mer än var tionde anger detta som ett problem. De rapporterar även i högre utsträckning än övriga åldersgrupper att de har saknat njutning och upphetsning samt att de har känt oro i samband med sex. De äldre uppger i högre utsträckning problem med att få eller behålla erektion samt problem med besvärande torr slida. Det är vanligare att personer som befinner sig i mitten av livet, 30–64 år, har saknat intresse för sex jämfört med yngre och äldre (figur 5). Det finns även skillnader utifrån sexuell identitet och könsidentitet där 8 procent av hbtq+-personer uppger att de har känt oro vid sex under det senaste året i jämförelse med 4 procent av heterosexuella cispersoner. Att ha känt fysisk smärta i samband med sex under det senaste året är även det mer förekommande bland hbtq+-personer (9 procent) jämfört med heterosexuella cispersoner (6 procent).



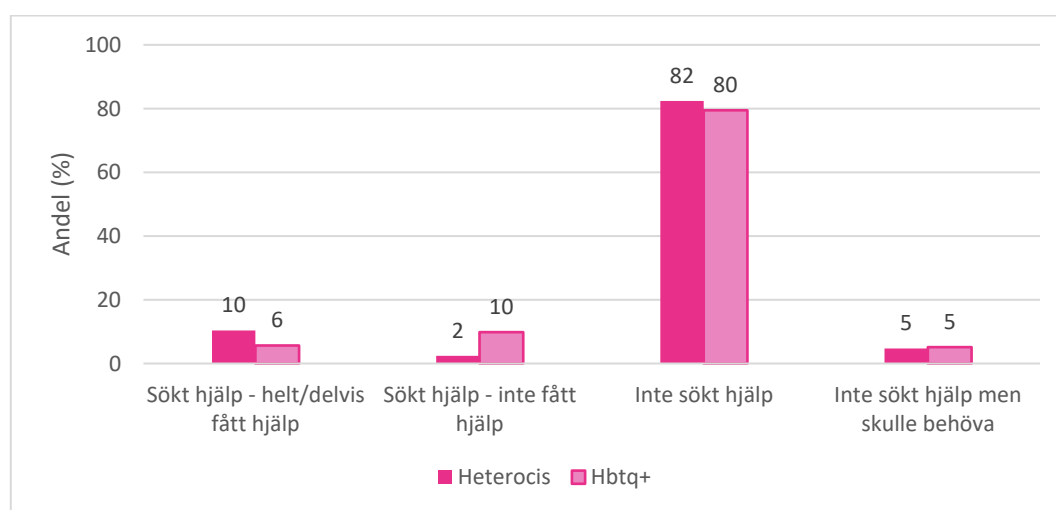
Figur 5. Andel som har upplevt problem i relation till sexlivet under de senaste 12 månaderna utifrån ålder.

Personer med lång utbildning har upplevt problem kopplat till sexlivet i högre utsträckning än de med kort och medellång utbildning

Andelen som uppger att de har saknat intresse för sex ökar med utbildningslängd. Nästan en tredjedel av de med lång utbildning svarar detta, en fjärdedel av de med medellång utbildning och knappt en femtedel av de med kort utbildning. De med medellång och lång utbildning uppger i högre utsträckning än de med kort utbildning att de har upplevt problem med att inte ha fått eller att det har tagit lång tid att få orgasm. Det är vanligare bland personer med medellång utbildning (6 procent) att ha känt oro i samband med sex än bland personer med kort (4 procent) och lång utbildning (2 procent).

En av tio hbtq+-personer har sökt men inte fått råd eller hjälp inom hälso- och sjukvården

Majoriteten av de som har upplevt problem i relation till sexlivet har inte sökt råd eller hjälp inom hälso- och sjukvården. Ungefär var tionde kvinna respektive man har sökt och fått eller delvis fått hjälp. En högre andel hbtq+-personer än heterosexuella cispersoner uppger att de har sökt men inte fått råd eller hjälp från hälso- och sjukvården (figur 6). En skillnad framkommer även på riksnivå, om än det där inte skiljer lika många procentenheter mellan grupperna som det gör i norrlänen.



Figur 6. Andel som har sökt råd eller hjälp inom hälso- och sjukvård för problem angivna i fråga 27. Fråga 27 i enkäten lyder "Har du under de senaste 12 månaderna, upplevt något av följande som ett problem?". Se ovanstående avsnitt för beskrivning av problem.

Fler yngre än äldre svarar att de gärna skulle prova läkemedel för att öka erektion eller lust

Det är vanligast att äldre (8 procent) har fått läkemedel för att öka lust och erektion förskrivet av läkare. Andelen minskar med sjunkande ålder och var endast 0,2 procent bland de yngre. Tvärtom är det fler yngre (7 procent) än äldre (4 procent) som inte har använt men som gärna skulle prova att använda läkemedel för att öka erektion och lust. Det är skillnad mellan könen där 7 procent av männen och 0,1 procent av kvinnorna uppger att de har fått läkemedel förskrivet av läkare. Fler män (4 procent) än kvinnor (0,4 procent) har också köpt läkemedel via nätet eller utomlands. De med kort och medellång utbildning svarar i dubbelt så hög utsträckning än de med lång utbildning att de gärna skulle prova läkemedel för att öka lust eller erektion.

5.1.4 Diskussion

Samtal om sexuell hälsa inom hälso- och sjukvården

Undersökningen visar att olika grupper tillfrågas i olika utsträckning om sin sexuella hälsa eller sitt sexualliv i samband med besök i hälso- och sjukvården. Fler kvinnor än män har fått den typen av frågor, yngre i betydligt högre utsträckning än äldre och en högre andel hbtq+-personer jämfört med heterosexuella cispersoner. Frågor om det sexuella livet sker alltså inte rutinemässigt. Sverige har en lång tradition av sexualupplysning, en välutbildad yrkeskår och god tillgång till kunskap (Sundbeck, 2013). Trots goda förutsättningar visar studier att vården ofta brister i att undersöka människors sexuella hälsa (Ekdahl, 2017) och att hälso- och sjukvårdspersonal tycker att det är svårt att lyfta frågor

om sexuell hälsa (Gahm, 2017). Patienter önskar att personalen initierar samtal om sexuell hälsa (Ekdahl, 2017) och hälso- och sjukvårdspersonal står högst upp på listan gällande vem en helst pratar med om sexuella problem (Gahm, 2017). Den osäkerhet som finns kring att samtala om sexuell hälsa grundar sig till stor del i kunskapsbrist då sexologiska inslag fortfarande saknas i flera av dagens hälso- och sjukvårdsutbildningar (Ekdahl, 2017).

Tänkbara förklaringar till skillnaderna mellan grupper är att kvinnor genom till exempel preventivmedelsrådgivning och mödrahälsovård har ingångar till verksamheter som beaktar den sexuella och reproduktiva hälsan. Det ökar möjligheten till upprepad individanpassad information och rådgivning. Att äldres sexuella hälsa oftare förbises i patientmötet skulle delvis kunna förklaras genom Arvidsson och Granbergs (2017) forskning som visar att vårdpersonalen upplevde att det var lättare att prata om sexuell hälsa med yngre än med äldre patienter. Knutagård (2016) menar vidare att äldre avsexualiseras och att det historiskt sett råder ett tabu kring äldre och sexualitet. Attityden till sexualitet har förändrats och en stor majoritet av de äldre tycker att det är naturligt att inkludera sexualitetsfrågor i hälsoundersökningar, sjukvårdspersonal bör därför inte tveka att fråga om sexuella problem oavsett ålder (Beckman, 2015). Denna undersökning visar också att en högre andel hbtq+-personer än heterosexuella cispersoner har fått den typen av frågor. Tidigare studier har visat att det finns stereotypa föreställningar om att homo- och bisexuella personer har en starkare och mer utlevd sexualitet (Wolf, 2009). Det kan exempelvis innebära att en person som definierar sig som homosexuell förväntas ha större sexuella erfarenheter, fler sexpartners eller andra sexuella preferenser än en heterosexuell person (Larsdotter, 2011).

De fyra norrlänen upptar ett geografiskt område som till ytan utgör mer än halva Sverige. Det innebär utmaningar för hälso- och sjukvården att uppfylla målet om en vård på lika villkor till hela befolkningen, inte minst när det kommer till sexualitetsområdet. Den sexologiska kompetensen inom den norra sjukvårdsregionen är begränsad till enstaka verksamheter. Ekdahl (2017) poängterar att sexuell hälsa och funderingar kring sexualiteten inte ska hanteras som ett smalt specialområde som enbart hör hemma på ungdomsmottagningar och inom mödravården, patienter med behov av sexualrådgivning och behandling för sexuella svårigheter finns även inom andra verksamheter.

Fler kvinnor än män testar sig, så har det sett ut länge – varför?

Den här undersökningen visar i likhet med andra (Tikkanen, 2011 & Folkhälsomyndigheten, 2017) att det är betydligt fler kvinnor än män som testar sig för klamydia. Folkhälsomyndigheten (2017) menar att tjejer och killar tar olika stort ansvar för den sexuella hälsan utifrån preventivmedel, preventivmetoder och testning samt att de nås i olika utsträckning av samhällets förebyggande insatser. Nationell besöksstatistik visar att endast en av tio besökare på ungdomsmottagningar är en ung man (Sveriges kommuner & regioner, 2021). Fler killar behöver nås av hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete för att alla unga ska få förutsättningar till en god sexuell och reproduktiv hälsa (Folkhälsomyndigheten, 2017).

Sexuellt risktagande

En av tre unga har haft oskyddat samlag med en tillfällig partner under det senaste året vilket utgör en risk för överföring av sexuellt överförda infektioner men även för oönskade graviditeter om inte annat preventivmedel används. Tikkanen et al (2011) menar att de personer som utsätter sig själva för sexuellt risktagande har en riskfull livsstil i övrigt och att dessa personer löper större risk för sexuell ohälsa. Den nationella SRHR-strategin lyfter betydelsen av att SRHR-perspektivet integreras i övrigt folkhälsoarbete samt att det är viktigt att stärka den holistiska synen på sexuell och reproduktiv hälsa för att skapa en helhetssyn på individens hälsa (Folkhälsomyndigheten, 2020). Sexualiteten tenderar ofta att enbart hamna i fokus när det handlar om sexuell ohälsa och risker. Den nya och bredare definitionen av SRHR inkluderar dock flera aspekter av sexualiteten (Starrs et al., 2018) vilket kan bidra till att det hälsofrämjande perspektivet får ta större plats i det framtida SRHR-arbetet. Det är

därför avgörande för utvecklingen inom SRHR-området att den nya definitionen beaktas i folkhälsoarbetet.

Vård på lika villkor?

Folkhälsomyndigheten (2014, 2015) rapporterar genom upprepade befolkningsstudier att hbtq+-personer har en sämre hälsa jämfört med övriga befolkningen vilket bör generera ett större vårdbehov. Den här undersökningen pekar på att en större andel hbtq+-personer än heterosexuella cispersoner har sökt men inte fått råd eller hjälp inom hälso- och sjukvården för sexuella problem vilket blir oförenligt med målet om en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Socialstyrelsen (2015) lyfter en hög hbtq+-kompetens och ett gott bemötande som några av förutsättningarna som främjar hbtq+-personers lika rättigheter och möjligheter.

5.1.5 Referenser

Beckman, N. (2015). *Epidemiological studies of sexuality in old age* (Avhandling, Göteborgs universitet). Tillgänglig: https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/37524/3/gupea_2077_37524_3.pdf

Ekdahl, J. (2017). *Sexualitet och sexuella problem*. Lund: Studentlitteratur.

Folkhälsomyndigheten. (2014). *Utvecklingen av hälsan och hälsans bestämningsfaktorer bland homo- och bisexuella personer. Resultat från nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor*. Hämtad 2021-05-27 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/a0255680a6684603a08af46bc8f323a9/utv-halsan-bestamningsfaktorer-homo-bi-fina-2014.pdf>

Folkhälsomyndigheten. (2015). *Hälsan och hälsans bestämningsfaktorer för transpersoner*. Hämtad 2021-05-27 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/c5ebbb0ce9aa4068aacc8a5eb5e02bafc/halsan-halsans-bestamningsfaktorer-transpersoner.pdf>

Folkhälsomyndigheten. (2017). *Sexualitet och hälsa bland unga i Sverige – en studie om kunskap, attityder och beteende bland unga 16-29 år*. Hämtat 2021-05-27 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/11272529714342b390d40fe3200f48cf/sexualitet-halsa-bland-unga-sverige-01186-2017-1-webb.pdf>

Folkhälsomyndigheten. (2020). *Nationell strategi för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR). En god, jämlik och jämställd sexuell och reproduktiv hälsa i hela befolkningen*. Hämtad 2021-05-21 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/n/nationell-strategi-for-sexuell-och-reproduktiv-halsa-och-rattigheter-srhr/>

Folkhälsomyndigheten. (2020). *Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR)*. Hämtat 2021-05-21 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/sexuell-halsa-hivprevention/srhr/>

Gahm, E. (2017). *Praktisk sexualmedicin*. Lund: Studentlitteratur.

Knutagård, M. (2016). *Sexualitet och Socialt Arbete*. Lund: Studentlitteratur.

Larsdotter, S., Jonsson, J., & Gäredal, M. (2011). *Osynliga synliga aktörer. Hbt-personer med erfarenhet av att sälja och/eller köpa sexuella tjänster*. Stockholm: RFSL.

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtat 2021-05-31 från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30

Starrs, A.M., Ezech, A.C., Barker, G., Basu, A., Bertrand, J.T., Blum, R., ...Ashford, L.S. (2018). Accelerate progress - sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission. *Lancet* 2018; 391: 2642–92. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30293-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30293-9)

Sveriges kommuner och regioner. (2021). *Jämställd sex- och samlevnadsundervisning*. Hämtat 2021-05-19 från <https://skr.se/skr/skolakulturfritid/forskolagrundochgymnasieskola/elevhalsaskolmat/elevhalsa/sex-ochsamlevnad.14640.html>

Socialstyrelsen (2015). *Att främja hbtq-personers lika rättigheter och möjligheter - förutsättningar och exempel*. Hämtad 2021-05-31 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2015-3-14.pdf>

Tikkanen, R., Abellson, J. & Forsberg, M. (2011). *UngKAB09 Kunskap, attityder och sexuella handlingar bland unga* (Skriftserien, 2011:1). Göteborg: Institutionen för socialt arbete, Göteborgs universitet.

Wolf, S. (2009). *Sexuality and Socialism: History, Politics, and Theory of LGBT Liberation*. Chicago: Haymarket Books.

5.2 Samtycke - en förutsättning för sexuell hälsa

5.2.1 Sammanfattning

- Majoriteten av de personer som svarat på enkäten upplever att de får ha en relation med den person den vill och kan styra över sitt sexliv. Det finns dock skillnader om jämförelser görs mellan kön, åldrar, utbildningsnivåer eller om hbtq+-personer jämförs med heterosexuella cispersoner.
- Personer i hbtq+-gruppen upplever sig oftare än övriga begränsade i sina val när det gäller vem en kan ha en kärleksrelation eller leva tillsammans med.
- Kvinnor upplever oftare än män att de kan säga ifrån till sex och säga ifrån om ens sexpartner vill göra något som de själva inte vill.
- Utbildningsnivå har betydelse för upplevelsen att kunna säga ifrån, ju högre utbildning desto större andel upplever att de kan säga ifrån. Samtidigt rapporterar en högre andel personer med lång utbildning att de blivit utsatta för sexuella trakasserier eller våld.
- Var femte person i åldern 65–84 år svarar att de inte vet om de kan säga ifrån om en sexpartner föreslår något som de själva inte vill.
- Unga, unga vuxna och hbtq+-personer är de grupper som i störst utsträckning svarar alltid eller ofta på frågan om de känner så höga krav att prestera sexuellt så att det blir ett problem.
- Kvinnor drabbas i betydligt högre utsträckning av sexuella trakasserier och våld jämfört med män. Yngre personer är mer utsatta för sexuella trakasserier och sexuellt våld än äldre.

5.2.2 Introduktion

Frivillighet och samtycke är en förutsättning för en god sexuell hälsa. I Sverige finns sedan 2018 en lagstiftning som bygger på att alla sexuella relationer ska vara frivilliga, se Proposition 2017/18:177. Frivillighet ska visas genom ord eller kroppsspråk. Detta innebär i praktiken att den som vill ha sex behöver ta reda på vad den andra/de andra personerna vill. Diskussioner om sex, sexualitet och samliv och vad som är socialt acceptabelt och vad som inte är det styrs därmed via lagstiftning men

också, och kanske främst, genom positiva och negativa normer och föreställningar om hur något ska vara (Plantin & Månsson, 2012).

Det innebär att trots att sexualiteten är något personligt är det samtidigt samhället och samhällsklimatet som skapar utrymme för eller begränsar hur vi förväntas bete oss utifrån till exempel vilket kön du definierar dig som, vilken ålder du är i och vilken utbildningsnivå du har. Det är vanligt att till exempel kategorisera män och kvinnor som sexuellt olika där kvinnor "ska" vara mer passiva och män "ska" vara mer bestämda. Dessa normer kan påverka individen negativt genom fysisk och emotionell stress. Det kan innebära att till exempel män initierar sexuella aktiviteter som de egentligen inte vill göra eller känner lust inför (Folkhälsomyndigheten, 2019:1, 2019:2).

Sociala normer och stereotyper om kön, genus och sex påverkar hur vi upplever och uppfattar både vår egen och andras sexualitet. Att kunna prata öppet om sex, föreslå hur en vill ha sex och kunna säga nej är associerat med högre grad av sexuell nöjdhet och välmående generellt.

Sexuella trakasserier, övergrepp och våld utgör allvarliga hot mot människors trygghet, hälsa och liv. Förutom fysiska skador kan den som utsätts även drabbas av psykiska hälsokonsekvenser, så som depression, ångest, post-traumatiskt stressyndrom, suicidtankar, ät- och sömnstörningar. Både de som utsätts och de som utsätter andra för hot, trakasserier och våld har ökad risk för social och psykisk ohälsa.

Sexuella trakasserier definieras i Diskrimineringslagen (SFS 2008:567) som uppträdande av sexuell natur, som kränker någons värdighet. Det kan vara kommentarer, närgångna blickar, tafsande, sexuella inviter och närmanden. Sexuellt våld kan definieras som misshandel, kränkningar och övergrepp med sexuella förtecken.

I Sverige har ungefär 20 procent av kvinnorna och 5 procent av männen någon gång i livet utsatts för ett sexuellt övergrepp som inneburit våld eller hot om våld, tvingats till samlag, försök till samlag eller liknande, visar befolkningsundersökningen Våld och hälsa (2014) från Nationellt Centrum för Kvinnofrid (NCK). Det motsvarar cirka 670 000 kvinnor och 170 000 män. Kvinnor har i betydligt högre utsträckning än män utsatts för dödligt våld och allvarligt sexuellt eller psykiskt våld.

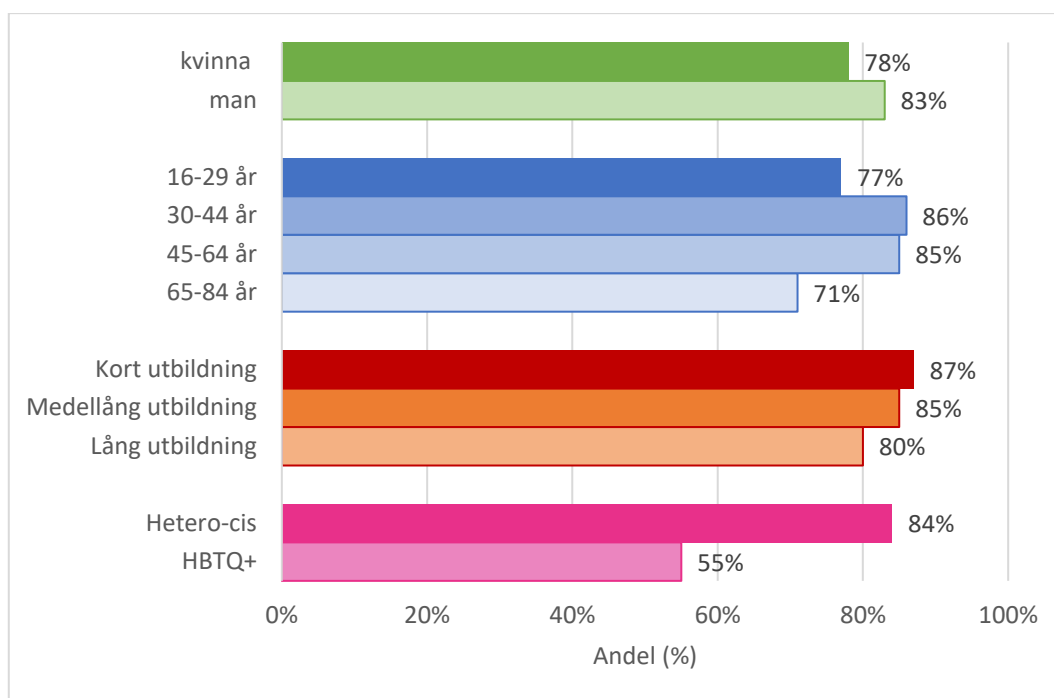
Ungas utsatthet för sexuella trakasserier och sexuellt våld har uppmärksamats i flera studier de senaste åren och tenderar att öka, bland annat på sociala medier (se bl.a. Dahlqvist, Gillander & Gårdin, 2020; Stiftelsen 1000 möjligheter, 2020).

5.2.3 Resultat

5.2.3.1 Makten att göra egna val

Att uppleva sig begränsad

I enkäten SRHR2017 finns en fråga om den svarande upplever sig begränsad av omgivningen eller av sig själv, när det gäller vem det går bra att ha en kärleksrelation eller leva med och inte. Av alla som svarat på undersökningen i de fyra norrlänen uppger 80 procent att de inte har känt eller känner sig begränsade. För denna fråga visar sig en stor skillnad mellan gruppen heterosexuella cispersoner och hbtq+-personer. Det är tydligt att hbtq+-personer upplever en större problematik avseende begränsningar, (figur 7).



Figur 7. Andel som svarat att de inte upplever sig begränsad av omgivningen eller av sig själv, när det gäller vem det går bra att ha en kärleksrelation eller leva med och inte.

I frågan gavs olika alternativ till varför personen kände sig begränsad; partners kön, könsidentitet, sexuell identitet, religion, livsåskådning, kultur, social status, ålder och funktionsvariation. Av alla som svarat att de upplever sig begränsade är de vanligaste orsakerna att individen känner sig begränsad av sig själv eller begränsad av omgivningen på grund av att "partnern bör ha ett annat kön", på grund av åldersskillnad eller att partnern har en sexuell identitet som avviker från normen. För personerna i gruppen hbtq+ är den vanligaste orsaken att personen känner sig begränsad av sig själv.

Att säga nej till sex

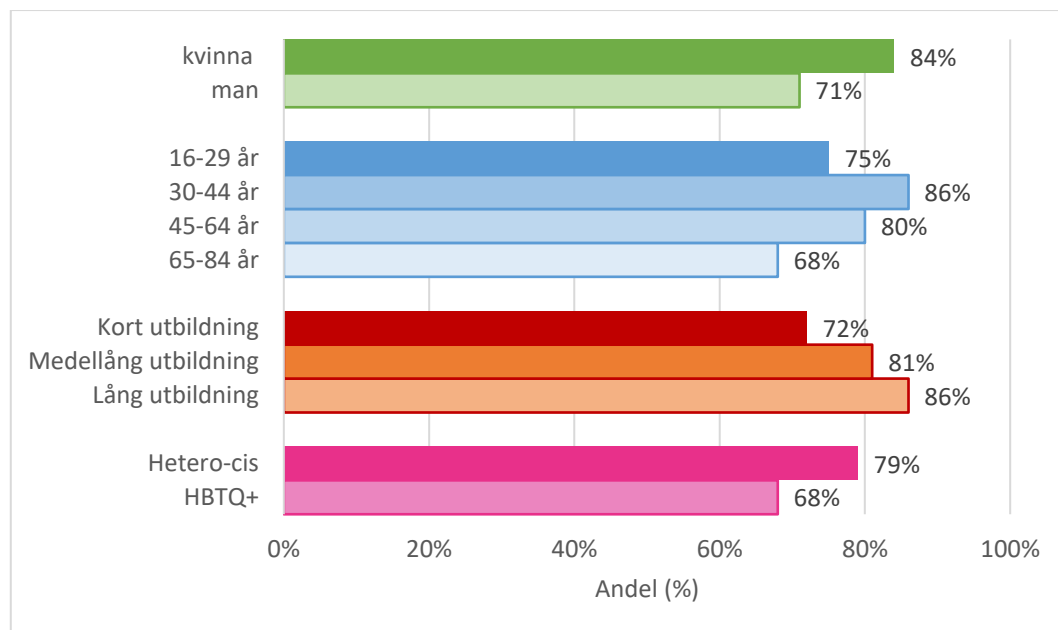
En majoritet av personerna som svarat på undersökningen upplever att de alltid eller oftast kan säga nej om de inte vill ha sex (79 procent) och att de kan säga ifrån om en sexpartner vill göra något som personen själv inte vill (78 procent).

Det är en högre andel kvinnor än män som anger att de alltid eller oftast kan säga nej till sex. Likaså upplever kvinnor det lättare än män att säga ifrån till oönskade handlingar (figur 8). Sex procent av männen upplever att de aldrig eller sällan kan säga ifrån vid oönskade handlingar.

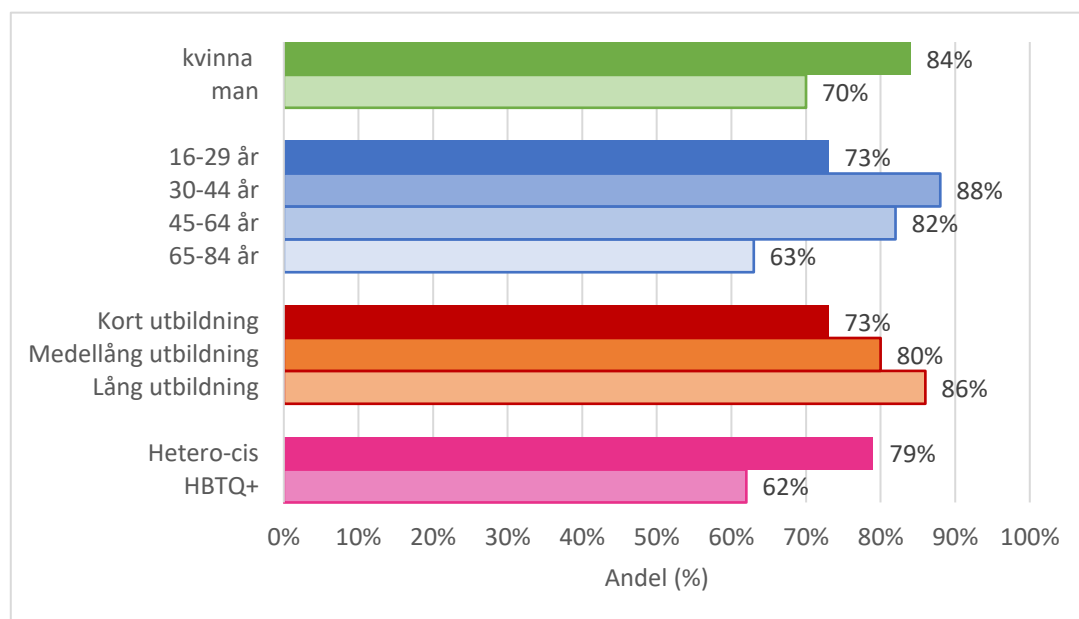
En lägre andel av hbtq+-personer än heterosexuella cispersoner anger att de ofta eller alltid kan säga nej om de inte vill ha sex (figur 8) och att de alltid eller oftast kan säga ifrån om en sexpartner vill göra någonting som de själva inte vill, (figur 9). Det är också en högre andel av hbtq+-personerna som upplever att de sällan eller aldrig kan säga nej jämfört med heterosexuella cispersoner. Bland hbtq+-personer uppger var femte person att de inte vet om de kan säga ifrån om en sexpartner föreslår något som de själva inte vill.

I jämförelse mellan åldrar är det en lägre andel unga och unga vuxna och äldre som upplever att de ofta eller alltid kan säga nej om de inte vill ha sex jämfört med övriga åldersgrupper, (figur 8). Äldre är den grupp där lägst andel svarar att de ofta eller alltid kan säga nej, samt högst andel svarar att de aldrig eller sällan kan säga ifrån. Var femte person i åldern 65–84 år svarar att de inte vet om de kan säga ifrån om en sexpartner föreslår något som de själva inte vill.

På bägge frågorna i figur 8 och figur 9 speglas skillnader i olika utbildningsnivåer där en lägre andel personer med kort utbildningsnivå upplever att de kan säga nej till sex och kan säga ifrån vid oönskade handlingar.



Figur 8. Andel som svarat att ja, ofta eller ja, alltid på frågan "Upplever du att du kan säga nej om du inte vill ha sex?"



Figur 9. Andel som svarat att ja, ofta eller ja, alltid på frågan "Upplever du att du kan säga ifrån om din sexpartner vill göra något som du inte vill när ni har sex?"

Många unga och hbtq+-personer upplever krav att prestera sexuellt

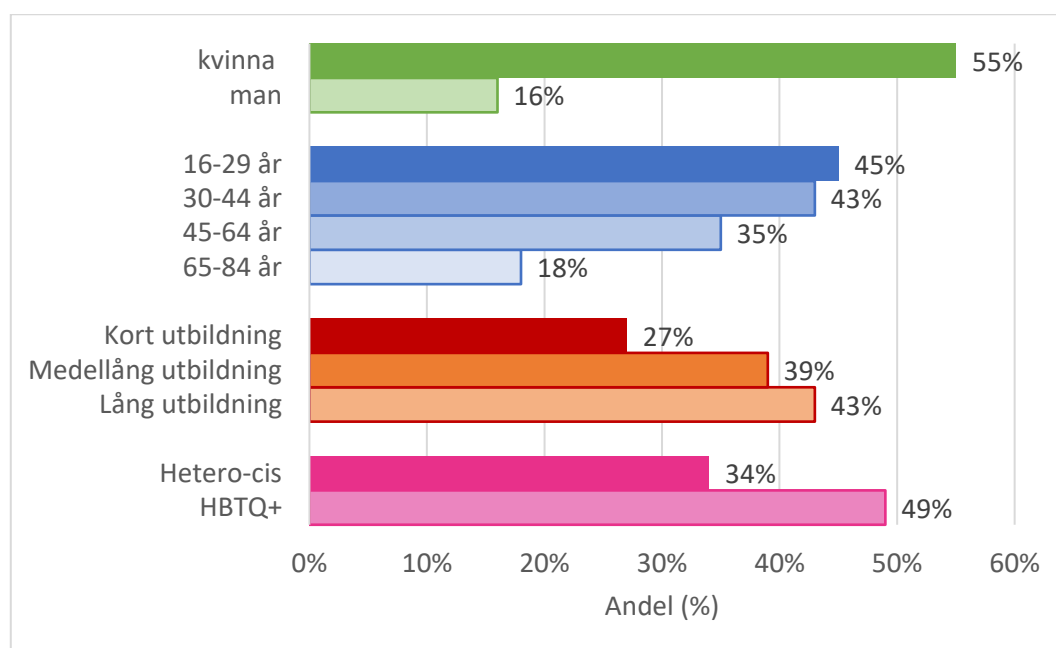
I enkäten fanns en fråga som handlade om sexuell prestation; "Känner du så höga krav att prestera sexuellt så du upplever det som ett problem?". Av de svarande i de fyra norrlänen har totalt 5 procent svarat ja alltid eller ofta och 69 procent svarat nej aldrig eller sällan på frågan. Kvinnor svarar i större utsträckning aldrig eller sällan, än vad män gör. Men andelen som svarat ja, känner krav alltid eller ofta, skiljer sig inte åt mellan kvinnor och män.

Bland unga och unga vuxna, 16–29 år, och hbtq+-personer känner var tionde person så höga krav att prestera sexuellt så att det upplevs som ett problem.

5.2.3.2 Utsatthet för sexuella trakasserier och våld

Våld drabbar främst kvinnor, hbtq+-personer och unga

Nationell statistik visar att sexuella trakasserier, övergrepp och sexuellt våld är vanligt förekommande, en bild som bekräftas av norrlänsdata i denna rapport. Precis som i övriga delar av landet finns stora könsskillnader där kvinnor drabbas i betydligt högre utsträckning än män och likaså hbtq+-gruppen, jämfört med befolkningen generellt. I de fyra norrlänen är yngre mer utsatta för sexuella trakasserier, övergrepp och sexuellt våld, jämfört med svarande i de äldre åldersgrupperna. Även personer med lång utbildning rapporterar högre utsatthet än övriga utbildningsgrupper (figur 10).



Figur 10. Andel som svarat att ja på någon/några av svarsalternativen på frågan "Har det hänt att du blivit utsatt för: (sexuella trakasserier, sexuella övergrepp och/eller sexuellt våld)".

Att söka vård vid utsatthet för sexuella övergrepp

Fem procent av kvinnorna och tre procent av männen som svarat att de utsatts för sexuella trakasserier, övergrepp och/eller sexuellt våld svarar att de en eller flera gånger uppsökt hälso- och sjukvård för det som hänt. I gruppen med hbtq+-personer anger 12 procent av de som utsatts att de sökt vård en eller flera gånger.

Våldsutsatthet och allmän hälsa

De som har blivit utsatta för sexuellt våld rapporterar i lägre utsträckning god allmän och sexuell hälsa jämfört med de som inte varit utsatta (tabell 1). Personer som angivit att de blivit utsatta för sexuellt våld, trakasserier eller förnedring flera gånger har en lägre andel med god allmän eller sexuell hälsa jämfört med de som svarat "ja, en gång" och de som svarat "nej, aldrig".

Tabell 1. Våldsutsatthet och allmän samt sexuell hälsa i norrlänen enligt våldsutsatthetsindex

Utsatt för	Allmän hälsa		
	Bra hälsa*	Någorlunda hälsa	Dålig hälsa*
Sexuellt våld	61 %	30 %	8 %

Sexuella trakasserier och förnedring	70 %	26 %	4 %
Ej utsatt	75 %	22 %	4 %
Sexuell hälsa			
Utsatt för	Bra hälsa*	Någorlunda hälsa	Dålig hälsa*
Sexuellt våld	57 %	28 %	15 %
Sexuella trakasserier och förnedring	65 %	24 %	11 %
Ej utsatt	66 %	23 %	10 %

*Bra hälsa inkluderat de som svarat att de har mycket bra eller bra allmän/sexuell hälsa. Dålig hälsa inkluderar de som svarat att de har mycket dålig eller dålig sexuell

Beskrivning av våldsutsatthetsindex

I tabell 1 finns tre grupper, "utsatt för sexuellt våld", "utsatt för sexuella trakasserier och förnedring" samt "ingen erfarenhet av sexuellt våld eller sexuella trakasserier". I gruppen "utsatt för sexuellt våld" kategoriserades personer som svarat att de genom fysiskt våld eller hot om fysiskt våld blivit utsatt för samlag eller försök till samlag samt de som svarat att de blivit utsatta för sexuellt övergrepp genom psykisk påtryckning. Detta oavsett om de svarat att de blivit utsatta en gång eller flera gånger eller vad de svarat på de andra frågorna som utgjorde indexet. De som inte hade erfarenhet av sexuellt våld enligt ovan men svarat att de hade erfarenhet av annat sexuellt övergrepp som exempelvis smekningar eller kladd, sexuella trakasserier och sexuell förnedring kategoriserades i gruppen "erfarenhet av sexuella trakasserier och förnedring". De som varken svarat att de hade erfarenhet av sexuellt våld, trakasserier eller förnedring kategoriserades i gruppen "ingen erfarenhet av sexuellt våld eller sexuella trakasserier".

5.2.4 Diskussion

Alla sexuella handlingar ska vara frivilliga och genomföras med samtycke. Majoriteten av befolkningen i de fyra norrlänen upplever att de kan säga nej om de inte vill ha sex och säga ifrån om ens partner föreslår något som personen själv inte vill. En övervägande del av befolkningen känner inte heller så höga krav att prestera sexuellt så att det upplevs som ett problem.

Det är dock fortsatt viktigt att synliggöra upplevelsen av egenmakt i relation till sexualitet. Det finns personer inom alla grupper som redovisas i denna rapport som upplever krav, att de inte kan säga nej eller säga ifrån. Unga, unga vuxna och hbtq+-personer är de grupper som i störst utsträckning svarar alltid eller ofta på frågan om de känner så höga krav att prestera sexuellt så att det blir ett problem.

Alla ska känna makt över sin egen situation, alla ska känna möjlighet att säga nej och att säga ja, alla ska kunna ställa krav och beskriva förväntningar på vad en positiv, njutbar upplevelse innebär. En högre andel kvinnor än män uppger att de kan säga nej till sex. En undersökning som Folkhälsomyndigheten genomförde samtidigt som SRHR2017 visar att fler män uppger att de aldrig har haft en anledning att säga nej till sex (Folkhälsomyndigheten, 2019:2). Njutbara sexuella relationer är en viktig del i en persons välmående. Så länge det finns grupper och individer som upplever att de inte har förmågan eller möjligheten att säga ifrån, förekommer tvång och diskriminering.

Trots att juridiken ändrats så att kränkningar av mänskliga rättigheter inte längre sanktioneras av formella lagar och regler, leder gamla föreställningar om vad som är normalt och önskvärt och inte, ändå till att personer som bryter mot dessa normer upplever sig begränsade och löper större risk att råka ut för diskriminering och kränkningar från omgivningen (Plantin & Månsson, 2012). I resultatet framgår att personer i hbtq+-gruppen upplever sig ofta begränsade i sina val gällande vem det går bra att ha en kärleksrelation eller leva med.

Kvinnor drabbas i betydligt högre utsträckning av sexuella trakasserier och våld jämfört med män. Unga är också mer utsatta för sexuella trakasserier, även på sociala medier och på nätet i övrigt, jämfört med övriga åldersgrupper. Unga är också mer utsatta för sexuellt våld än äldre.

Resultaten i den här studien visar att ett fåtal av de som angett att de utsatts för sexuella trakasserier, övergrepp eller sexuellt våld har sökt vård. Många utsatta söker vård upprepade gånger för både akuta och kroniska symtom utan att den bakomliggande orsaken kommer fram. Rutinmässiga frågor om våld till patienterna innebär att fler kan få den hjälp de behöver. Framgångsfaktorer för att lyckas i en hälso- och sjukvårdsorganisation är bland annat utbildning av personal, rutiner för när frågan ska/bör ställas, rutiner för omhändertagande av utsatta personer och kollegialt lärande.

Sammanfattningsvis finns ett starkt vetenskapligt stöd för att utsatthet för sexuellt våld utgör ett betydande folkhälsoproblem. Därför behöver de förebyggande insatserna stärkas, parallellt med att trakasserier och våld lagförs i större utsträckning.

Samtycke och ömsesidighet, att kunna säga ifrån när något känns fel och att kunna kommunicera sina behov sker inte per automatik. Frågor om normer, könsmönster, jämställdhet, sexualitet och relationer behöver tidigt ingå i det breda kunskaps- och värdegrundsarbetet, särskilt i sex- och samlevnadsutbildningen och inom hälso- och sjukvården.

5.2.5 Referenser

Dahlqvist, Gillander & Gårdin, 2020. *Hot och trakasserier på sociala medier – en fokusgruppsstudie på fritidsgårdar i Sundsvalls kommun*. Mittuniversitetet och Sundsvalls kommun. <http://miun.diva-portal.org/smash/get/diva2:1470221/FULLTEXT02.pdf>

Folkhälsomyndigheten, 2019:1. *Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter i Sverige 2017. Resultat från befolkningsundersökningen SRHR2017*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/s/sexuell-och-reproduktiv-halsa-och-rattigheter-i-sverige-2017/?pub=60999>

Folkhälsomyndigheten, 2019:2. *Sexuell kommunikation, samtycke och hälsa. En enkätstudie om hur personer kommunicerar i sexuella situationer och vilka konsekvenser detta kan få*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/s/sexuell-kommunikation-samtycke-och-halsa/?pub=61314>

Folkhälsomyndigheten, 2020. *Nationell strategi för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) En god, jämlik och jämställd sexuell och reproduktiv hälsa i hela befolkningen*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/n/nationell-strategi-for-sexuell-och-reproduktiv-halsa-och-rattigheter-srhr/>

Nationellt Centrum för Kvinnofrid (NCK), 2014. *Våld och hälsa. En befolkningsundersökning om kvinnors och mäns våldsutsatthet samt kopplingen till hälsa*.

Plantin L & Månsson S-A. (2012). *Sexualitetsstudier*. Malmö: Liber AB.

Proposition 2017/18:177. *En ny sexualbrottslagstiftning byggd på frivillighet*.

SFS 2008:567. *Diskrimineringslag*. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/diskrimineringslag-2008567_sfs-2008-567

Stiftelsen 1000 möjligheter, 2020. *Ett år med ungarelationer.se. Erfarenheter och kunskap om killars våld mot tjejer och våld i ungas partnerrelationer*. <https://ungarelationer.se/ettrsrapport>

5.3 Pornografi och internet

5.3.1 Sammanfattning

- Cirka två tredjedelar av männen och lite mindre än en tredjedel av kvinnorna använder pornografi.
- Det är vanligare att använda pornografi hos deltagarna som är mellan 16–44 år än hos deltagarna mellan 45–84 år.
- Hbtq+-personer använder pornografi i något större utsträckning än heterosexuella cispersoner.
- De flesta tycker inte att pornografi påverkar sexlivet, det var också vanligt att inte veta om pornografi påverkar sexlivet.

5.3.2 Introduktion

Internet är tillgängligt för i princip alla, hela tiden. Nittiofem procent av Sveriges befolkning använder internet och har blivit en allt viktigare arena för aktiviteter som är relaterade till sexualitet.

Sex är en av de mest omskrivna företeelserna på internet. Tankarna kanske först går till pornografi men det finns även andra delar av internet som kopplar an till sex, exempelvis sexualupplysning samt dejting- och kontaktsidor.

Pornografi är ett omdiskuterat område. Termen pornografi började användas inom forskning på 1800-talet och handlar om skildringar av sexuella handlingar. Definitionen kan dock se olika ut beroende på vem frågan ställs till; är det pornografi om materialet leder till upphetsning/tändning? Behöver pornografi innehålla nakenhet? Pornografi är alltså ett svårinramat begrepp vilket bidrar till att området är utmanande att bedriva forskning inom.

Forskning visar på både positiva och negativa aspekter av pornografianvändning. Pornografien uppfattas öka friheten och acceptansen av sexualitet, bekräfta sexuella identiteter och praktiker samt fungera som inspirationskälla för att berika sexlivet. Forskningen visar också på negativa aspekter av frekvent användning av pornografi på attityder, beteende och sexuell hälsa. Bland annat kan effekten vara en mer trivialiserande inställning till mäns våld mot kvinnor, och leda till en benägenhet att prova saker inspirerat av pornografien och ta mer sexuella risker. Detta beror sannolikt på pornografins innehåll som i stor utsträckning innehåller dominans och våld mot kvinnor. Utifrån ett folkhälsoperspektiv är syftet i denna undersökning att undersöka hur pornografianvändning påverkar sexlivet, sexuellt välbefinnande och hälsa.

5.3.3 Resultat

5.3.3.1 Sexuellt relaterad internetanvändning

Internetanvändning påverkar oftast inte sexlivet

De flesta upplever att deras användning av internet inte påverkar sexlivet. Bland personer mellan 65–84 år svarar 86 procent att deras internetanvändning inte påverkar sexlivet. I gruppen 16–29 år svarar 59 procent att deras internetanvändning inte påverkar sexlivet. Av dom som svarat att deras internetanvändning påverkar sexlivet har 90 procent svarat att det har en positiv påverkan. 40 procent av deltagarna i enkäten har ej svarat på frågan.

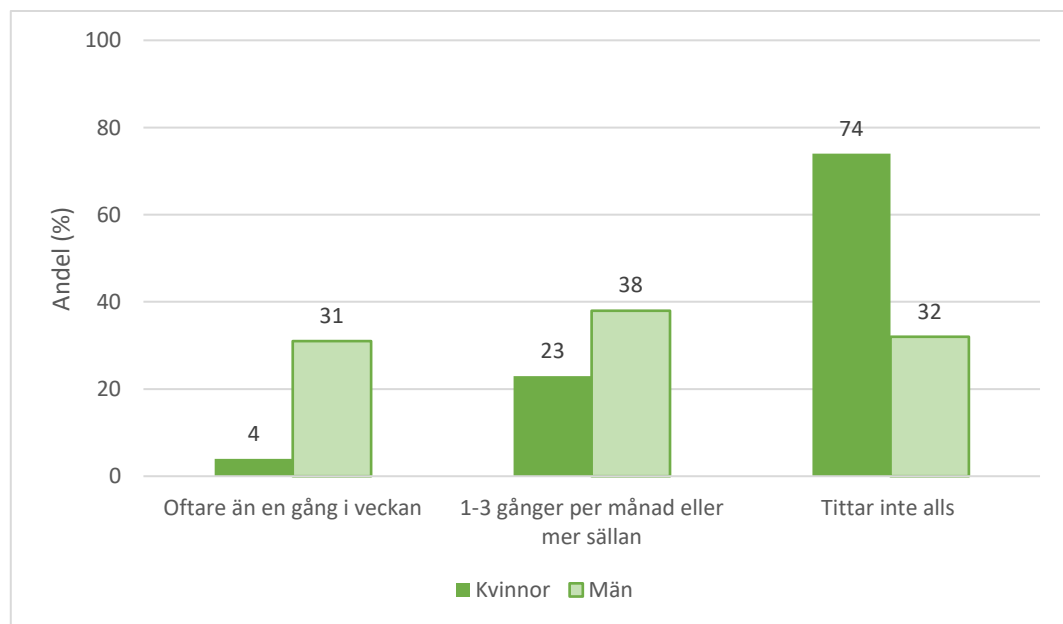
Betydligt vanligare att använda internet till sexrelaterade ändamål hos personer med lång utbildning

På frågan om deltagarna använt internet till sexuellt relaterade ändamål som exempelvis sökt information om sex, letat efter en partner, köpt sexleksaker eller köpt eller sålt sexuella tjänster så skiljer sig svaren åt när det kommer till utbildningsnivå. Av de som har svarat nej, aldrig på frågan stod de med kort utbildning för 42 procent, de med medellång utbildning 29 procent och de med lång utbildning 22 procent.

5.3.3.2 Pornografi

Pornografianvändning skiljer sig åt utifrån kön, ålder och sexuell identitet och könsidentitet

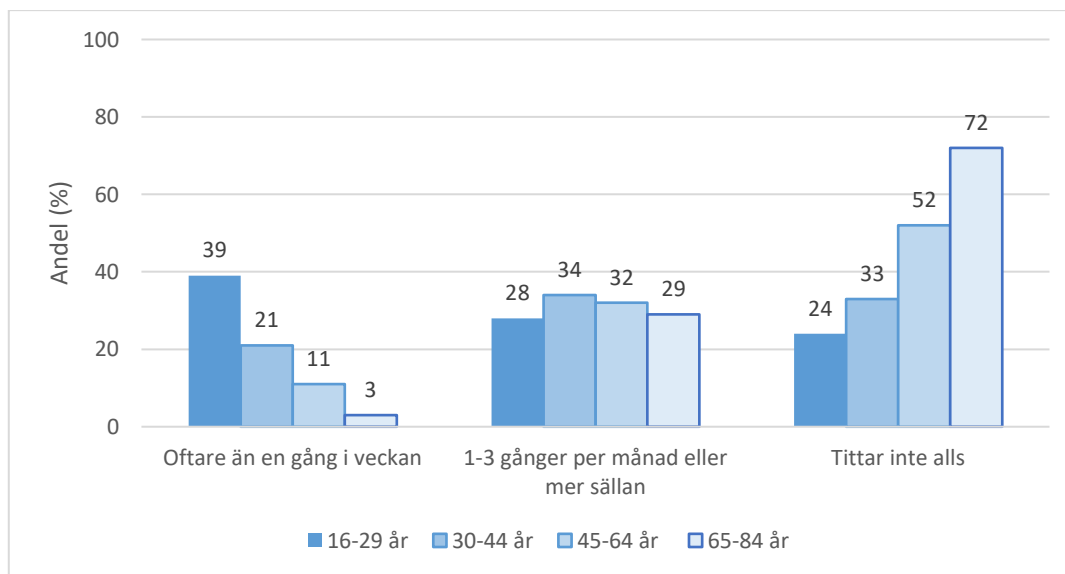
Pornografikonsumtionen skiljer sig åt mellan kvinnor och män. Det är betydligt vanligare att använda pornografi bland män då 4 procent av kvinnorna 31 procent av männen tittar på pornografi oftare än en gång i veckan. Samtidigt anger 74 procent av kvinnorna och 32 procent av männen att de inte tittar alls på pornografi (figur 11).



Figur 11. Andel som använder pornografi utifrån kön och frekvens.

Stora skillnader utifrån ålder inom pornografianvändning

Det är betydligt vanligare att använda pornografi bland de yngre deltagarna i enkäten än de äldre. Av deltagarna som är 16–29 år använder totalt 67 procent i olika utsträckning pornografi jämfört med 22 procent bland de som är mellan 65–84 år. Om åldersgrupperna slås ihop så uppger en tredjedel av personer i åldern 16–44 år att de inte använder pornografi till skillnad mot personer i åldern 45–84 år där två tredjedelar inte använder pornografi. Det är vanligare att titta ofta på pornografi i den yngsta åldersgruppen, 16–29 år, då var femte använder pornografi dagligen eller 3–5 gånger per vecka.

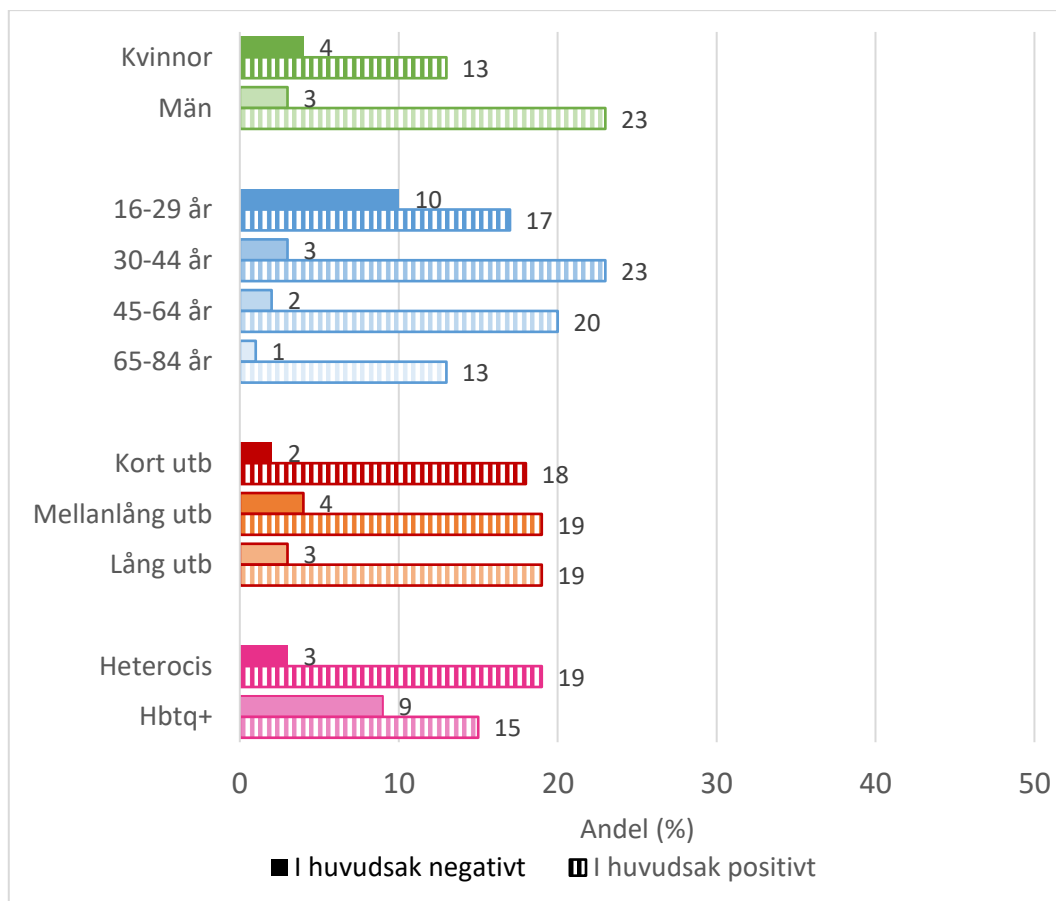


Figur 12. Andel som använder pornografi utifrån ålder och frekvens.

Få upplever att pornografi påverkar deras sexliv negativt

De flesta upplever att pornografi som de själva eller en sexpartner ser inte påverkar sexlivet (figur 13). Något fler kvinnor (49 procent) än män (43 procent) upplever att porr inte påverkar sexlivet. En lika stor andel kvinnor som män (4 procent) upplever att porr påverkar i huvudsak negativt. Dock upplever fler män (23 procent) än kvinnor (13 procent) att porr i huvudsak påverkar positivt. En knapp tredjedel bland både kvinnor (31 procent) och män (27 procent) uppger att de inte vet om och hur porr påverkar deras sexliv.

Utifrån ålder finns det skillnader i upplevd påverkan av pornografi. Den yngsta gruppen, 16–29 år, svarar att pornografi påverkade sexlivet i huvudsak negativt i högst utsträckning (10 procent) jämfört med övriga åldersgrupper (figur 13). Den åldersgrupp som i högst utsträckning upplever en positiv påverkan är gruppen 30–44 år där 23 procent uppger att deras sexliv i huvudsak påverkas positivt av pornografi.



Figur 13. Andel som upplever i huvudsak negativ respektive positiv påverkan av sin egen eller en sexpartners pornografianvändning.

Hbtq+-personer använder pornografi i något större utsträckning än heterosexuella cispersoner

Det är vanligare att använda pornografi inom gruppen hbtq+-personer än inom gruppen heterosexuella cispersoner, 8 procent av heterosexuella cispersoner och 18 procent av hbtq+-personer tittar på pornografi 3–5 gånger i veckan eller mer.

En högre andel bland hbtq+-personer upplever att pornografi som en själv eller ens partner tittar på påverkar sexlivet negativt (9 procent) jämfört med heterosexuella cispersoner (3 procent). En något högre andel bland heterosexuella cispersoner (19 procent) jämfört med hbtq+-personer (15 procent) upplever att pornografi påverkar positivt (figur 14).

Små skillnader i pornografianvändande utifrån utbildningslängd

När det kommer till utbildningslängd ses inga större skillnader i pornografianvändande. Personer med medellång utbildning använder pornografi minst 3–5 gånger per vecka i högre utsträckning (9 procent) än personer med kort (5 procent) och lång utbildning (5 procent). I gruppen med kort utbildning är det två tredjedelar (67 procent) som inte använder pornografi alls, jämfört med hälften av personer med medellång (51 procent) och lång (53 procent) utbildning.

Pornografi, självskattad sexuell hälsa och sexuell prestation

De som ser på pornografi 3–5 gånger i veckan eller oftare och de som aldrig ser på pornografi skattar sin sexuella hälsa något lägre jämfört med personer som ser på pornografi 1–2 gånger i veckan eller 1–3 gånger i månaden eller mer sällan (tabell 2). För att få ett tillräckligt stort underlag används i denna del data från riket.

Tabell 2. Pornografianvändning och sexuell hälsa.

Tittar på pornografi	Självskattad sexuell hälsa		
	God eller mycket god sexuell hälsa	Någorlunda sexuell hälsa	Dålig hälsa eller mycket dålig sexuell hälsa
Dagligen eller 3–5 gånger i veckan	63 %	24 %	13 %
1–2 gånger i veckan	68 %	23 %	9 %
1–3 gånger i månaden eller mer sällan	70 %	21 %	8 %
Aldrig	63 %	24 %	13 %

De som såg på pornografi dagligen eller 3–5 gånger i veckan angav i högre utsträckning än andra att de ofta eller alltid känner så höga krav att prestera sexuellt att det upplevs som ett problem än de som mer sällan eller aldrig ser på pornografi (tabell 3).

Tabell 3. Pornografianvändning och krav på att prestera sexuellt som upplevs som ett problem.

Tittar på pornografi	Känner höga krav att prestera och upplever det som ett problem			
	Ja, alltid eller oftast	Ja, ibland	Nej, aldrig eller sällan	Vet inte
Dagligen eller 3-5 gånger i veckan	14 %	19 %	51 %	15 %
1-2 gånger i veckan	6 %	20 %	64 %	10 %
1-3 gånger i månaden eller mer sällan	6 %	16 %	72 %	6 %
Aldrig	4 %	11 %	71 %	14 %

5.3.4 Diskussion

I undersökningen är det vanligare att uppleva att pornografi är positivt för sexlivet än negativt hos alla grupper i rapporten. Högst svarsfrekvens har alternativet att pornografi inte påverkar sexlivet alls och näst högst svarsfrekvens har alternativet “vet inte”. Sex över lag, och kanske framför allt pornografi, kan vara ett tabubelagt ämne. Utifrån olika erfarenheter av exempelvis sex- och samlevnadsundervisning och möjlighet att prata om sin sexuella hälsa med hälso- och sjukvården skulle det kunna vara så att många inte har reflekterat över sitt pornografianvändande i relation till sexlivet och därför blir frågan svår att svara på. Personer med hypersexuell störning där pornografianvändning kan ingå i den oönskade sexualiteten finns i vården men söker ofta för andra orsaker som till exempel depression, sexuellt överförbara infektioner eller relationsproblem.

Det är stora skillnader mellan män och kvinnor när det kommer till konsumtion av pornografi. En anledning kan vara att samhället har förväntningar om att män ska konsumera pornografi och gilla det, medan kvinnor förväntas att inte använda pornografi och betrakta det som negativt.

När det kommer till pornografianvändning och ålder tittar yngre i större utsträckning än äldre personer på pornografi. Några anledningar till detta skulle kunna vara ökad tillgänglighet samt förändrade attityder kopplat till pornografikonsumtion. Mattebo (2014) visade i en enkätstudie att nästan alla 16-åriga killar och hälften av alla tjejer någon gång har tittat på pornografi. Några upplevde att de fastnade i beteendet. Den gruppen kan behöva hjälp och stöd i att hitta andra sysselsättningar för att öka tiden med sociala sammanhang. Pornografi har varit omdiskuterat under de senaste åren –

framför allt tillgänglighet och porrfilter samt ungas användande. I dessa typer av frågor behöver unga tryggt stöd från vuxenvärden. Ungdomsmottagningarna har till exempel en viktig roll i att prata med unga om pornografi om bland annat hur ungas syn på sin egen sexuella prestation påverkas och vilken typ av sex en önskar från partner/partners. Det är också viktigt att komma ihåg att en tredjedel av personer mellan 16–29 år inte alls använder pornografi, och därför inte heller anta det i samtal med unga.

Hbtq+-personer använder pornografi i något större utsträckning än heterosexuella cispersoner. Det finns tidigare studier som visar att pornografi kan ha en utbildande och bekräftande roll för hbtq+-personer. Bland annat har pornografins roll undersökts i en intervjustudie (McCormack & Wignall, 2017) med unga män 18–32 år, med icke-exklusiva sexuella identiteter (identifierar sig inte exklusivt som heterosexuell eller homosexuell). Resultaten från studien visade att pornografi hade en utbildande roll i de ungas liv och var ett verktyg för dem att få bekräftelse i sin sexuella identitet. Detta blir en fråga om gott bemötande inom hälso- och sjukvården i samtal om sexuell hälsa. Till exempel behöver fokus ligga på sexuell praktik om detta är relevant för samtalet, för att ha inkluderande bemötande.

När det kommer till självskattad hälsa och pornografianvändning ses relativt små skillnader. En riskfaktor för att skatta sin sexuella hälsa något lägre verkar vara att ha en stor pornografikonsumtion, alltså att använda pornografi 3–5 gånger per vecka eller oftare. Samma gäller vid att uppleva hög sexuell prestation som ett problem. Detta är något som hälso- och sjukvården har nytta av att vara medveten om, och ställa frågor kring vid samtal om patientens sexuella hälsa och ohälsa. Personal som möter unga och unga vuxna har goda möjligheter att undersöka dessa frågor för att förebygga ohälsa och främja en god sexuell hälsa.

5.3.5 Referenser

- Annon, J. (1976) *The PLISSIT Model: A Proposed Conceptual Scheme for the Behavioral Treatment of Sexual Problems*, Journal of Sex Education and Therapy, 2:1, 1-15
- Arver, S., Damber, J-E. & Giwercman, A. (2017) *Andrologi*. Lund: Studentlitteratur
- Dunkels, E. (2018). *Vad gör unga på nätet?* Gleerups
- Ekdahl, J. (2017) *Sexualitet och sexuella problem*. Lund: Studentlitteratur
- Gahm, E. (2017) *Praktisk sexualmedicin*, Lund: Studentlitteratur
- Internetstiftelsen. (2019) *Svenskarna och internet 2019*.
<https://svenskarnaochinternet.se/rapporter/svenskarna-och-internet-2019/>
- Internetstiftelsen. (2020) *Svenskarna och internet 2020*.
<https://svenskarnaochinternet.se/rapporter/svenskarna-och-internet-2020/>
- Lindberg, L. (2020). *Sexologi för psykologer och psykoterapeuter*. Studentlitteratur.
- Mattebo, M. (2014). *Use of Pornography and its Association with Sexual Experiences, Lifestyles and Health among Adolescents*. [Doktorsavhandling, Uppsala Universitet] DiVa. <http://uu.diva-portal.org/smash/get/diva2:696130/FULLTEXT01.pdf>
- McCormack, M. & Wignall, L. (2017). *Enjoyment, Exploration and Education: Understanding the Consumption of Pornography among Young Men with Non-Exclusive Sexual Orientations*. Sociology, 51(5): 975-991.

Spišák, S. (2019). *Porn and Norms. Pornography and normative notions of gender, love, sex, and relationships in the sexual narratives of Finns on their adolescent experiences*. [Doktorsavhandling, University of Turku].
<https://www.utupub.fi/handle/10024/148450>

5.4 Sexuell hälsa och egenmakt

5.4.1 Sammanfattning

- En högre andel kvinnor jämfört med män rapporterar sexuell egenmakt, samtidigt uppger en högre andel män jämfört med kvinnor att sex är viktigt för dem.
- Heterosexuella cispersoner har i högre utsträckning än hbtq+-personer har, så här långt i livet, kunnat leva sexuellt som de själva vill.
- Äldre personer uppger att sex är viktigt för dem i lägre utsträckning jämfört med personer i medelåldern, samtidigt uppger sex av tio personer i åldern 65-84 år att sex är viktigt för dem i en relation.
- Personer med lång utbildning rapporterar en god sexuell hälsa i högre utsträckning jämfört med personer med kort utbildning.
- De som har svarat att de känner sig fria att ta initiativ till sex och att de kan föreslå för en partner hur de vill ha sex rapporterar i högre utsträckning god allmän och sexuell hälsa jämfört med de som svarar nej sällan eller aldrig på samma två frågor.

5.4.2 Introduktion

Enligt Gutmacher-Lancet kommissionens definition av SRHR från 2018 är sexuella och reproduktiva rättigheter en förutsättning för hälsa. Folkhälsomyndigheten (2021) beskriver att integritet, frivillighet och samtycke är en förutsättning för en god sexuell hälsa, och att själv bestämma över sin kropp är en mänsklig rättighet. Begreppet sexuell egenmakt står för att en människa känner sig fri att själv fatta beslut som rör när, hur och med vem en vill ha sex.

5.4.3 Resultat

5.4.3.1 Kunna ta initiativ och leva sexuellt som en själv vill

Fler kvinnor än män kan föreslå hur de vill ha sex

Kvinnor har i högre utsträckning än män kunnat leva sexuellt som de själva vill (figur 14) och uppger i högre utsträckning att de alltid eller oftast kan ta initiativ till sex (figur 15) och föreslå för en partner hur de vill ha sex (figur 16). Bland både kvinnor och män svarar var sjunde person att de inte vet om de kan föreslå för en partner hur de vill ha sex.

Två tredjedelar av hbtq+-personerna har kunnat leva sexuellt som de själva vill

Två tredjedelar av heterosexuella cispersoner upplever att de alltid eller oftast kan ta initiativ till sex jämfört med hälften av hbtq+-personer (figur 15). Var femte hbtq+-person har svarat ”vet inte” på frågan. En lägre andel bland hbtq+-personer uppger att de har kunnat leva sexuellt som de själva vill jämfört med heterosexuella cispersoner (figur 14). Hbtq+-personer i norrlänen kan i något högre utsträckning ofta eller alltid ta initiativ till sex (55 procent i norrlänen, 50 procent i riket) med riket

Färre med kort utbildning känner sig fria att ta initiativ till sex

I frågorna om att ta initiativ till sex och föreslå hur du vill ha sex ses de största skillnaderna utifrån utbildningslängd mellan de med kort utbildning och de med mellanlång eller lång utbildning. Desto längre utbildning desto högre andel upplever att de kan ta initiativ till sex (figur 15) och föreslå hur de vill ha sex (figur 16). På frågan om en har kunnat leva sexuellt så som en själv önskar skiljer det enbart några procentenheter mellan utbildningsnivåerna (figur 14).

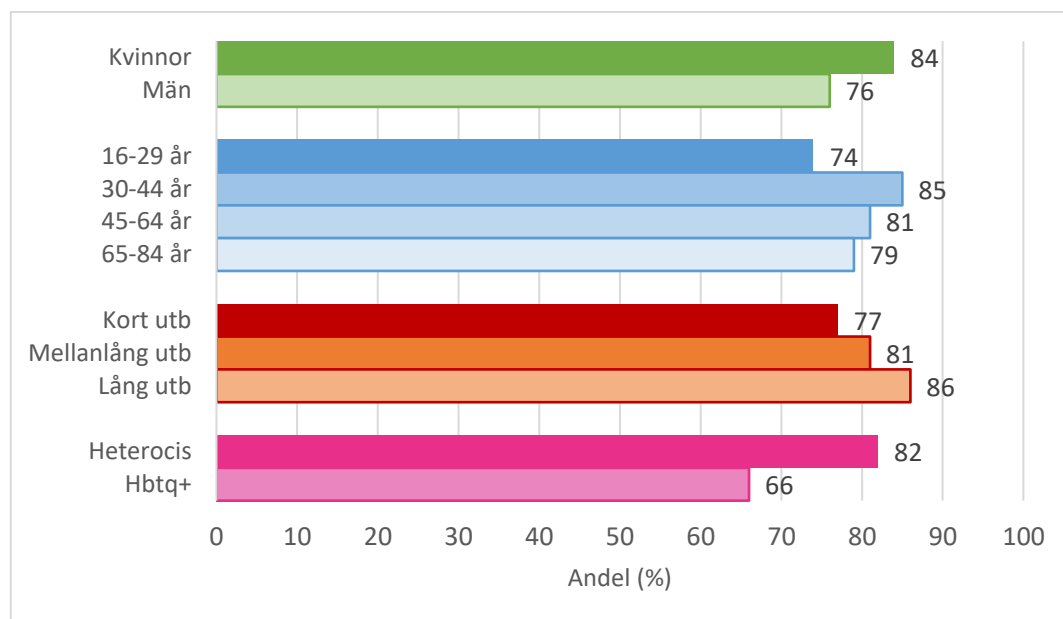
Yngre har i lägre utsträckning kunnat leva sexuellt som de själva vill jämfört med äldre

Den åldersgrupp som i lägst utsträckning har kunnat leva sexuellt som de själva vill är åldern 16–29 år (figur 14). I den yngsta åldersgruppen är det också en lägre andel i norrlänen jämfört med i riket i stort som uppger att de har kunnat leva sexuellt som de själva vill (43 procent i norrlänen, 46 procent i riket).

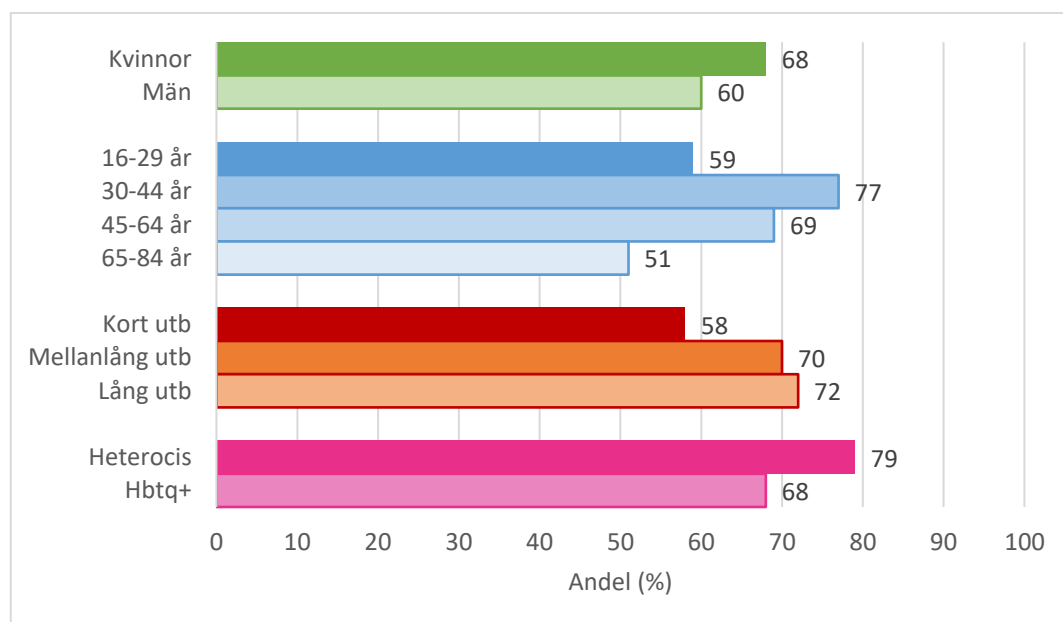
Gruppen 65–84 år är den åldersgrupp där lägst andel uppger att de ofta eller alltid känner sig fria att ta initiativ till sex samt att de kan föreslå för en partner hur de vill ha sex (figur 16). Åldersgruppen 30–44 år har i högre utsträckning än andra åldersgruppen kunnat leva sexuellt som de själva vill (figur 14), känner sig fria att ta initiativ till sex (figur 15) samt kan föreslå för en partner hur de vill ha sex.

I den yngsta och den äldsta åldersgruppen är det fler som svarat att de inte vet om de känner sig fria att ta initiativ till sex eller föreslå för en partner hur de vill ha sex jämfört med åldrarna 30–64 år.

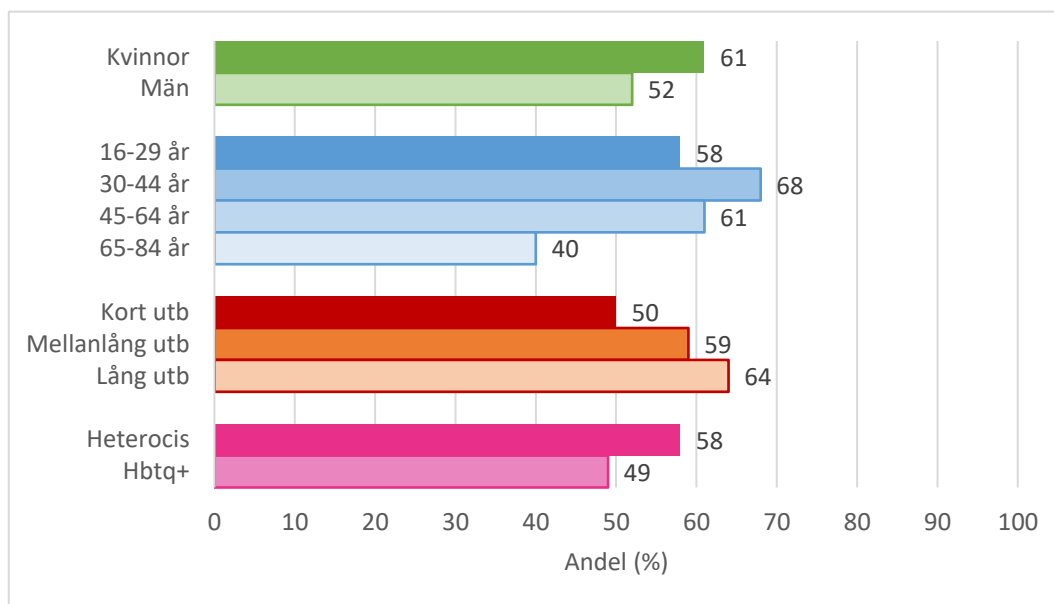
Andelen i åldersgruppen 30–44 år som anger att de ofta eller alltid kan ta initiativ till sex är något större i norrlänen än riket i stort (79 procent i norrlänen, 75 procent i riket).



Figur 14. Andel som svarat ja, helt som jag själv önskar på "Har du, så här långt i livet, kunnat leva sexuellt som du själv vill?"



Figur 15. Andel som svarat ja, alltid eller oftast på "Upplever du dig fri att ta initiativ till sex?"



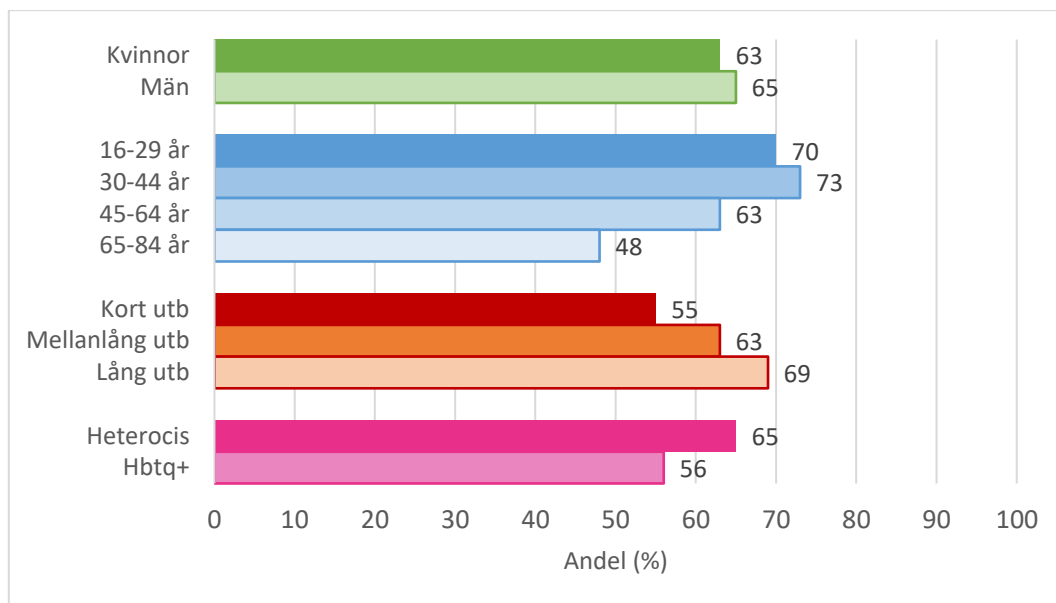
Figur 16. Andel som svarat ja, alltid eller oftast på "Upplever du att du kan föreslå för en partner hur du vill ha sex?"

5.4.3.2 Sexuell hälsa

Ojämlighet i sexuell hälsa

Majoriteten av befolkningen uppger en god eller en mycket god sexuell hälsa men undersökningen visar att det finns skillnader i upplevelsen av sexuell hälsa mellan olika grupper i befolkningen. De som i lägst utsträckning skattar sin sexuella hälsa som bra eller mycket bra är hbtq+-personer, de med kort utbildning och de mellan 65–84 år (figur 17). Det är dock en något högre andel bland hbtq+-personer i norrlänen som skattar sin sexuella hälsa som bra eller mycket bra jämfört med riket. Det finns en något större skillnad mellan andelen män och kvinnor som skattar sin sexuella hälsa som bra eller mycket bra i norr än i riket i stort (60 procent kvinnor och 66 procent män i norrlänen, 63 procent kvinnor och 65 procent män i riket).

Personer med lång utbildning och de som är mellan 16–44 år skattar i högre utsträckning än andra grupper sin sexuella hälsa som bra eller mycket bra. De som skattar sin sexuella hälsa som god skattar också i högre utsträckning sin allmänna hälsa som god jämfört med de som skattar sin sexuella hälsa som dålig. Liknande mönster ses också tvärtom, att de som skattar sin allmänna hälsa som god också i högre utsträckning skattar sin sexuella hälsa som god.



Figur 17. Andel som skattat sin sexuella hälsa som bra eller mycket bra.

5.4.3.3 Samband mellan egenmakt och hälsa

De som alltid eller ofta känner sig fria att ta initiativ till sex och att de alltid eller ofta kan föreslå för en partner hur de vill ha sex rapporterar i högre utsträckning god allmän och sexuell hälsa jämfört med de som svarat nej sällan eller aldrig på samma frågor. I tabell 4 har de som svarat att de alltid eller ofta känner sig fria att ta initiativ till sex och de ofta eller alltid kan föreslå för en partner hur de vill ha sex kategoriserats som "Har egenmakt" medan de som svarat sällan eller aldrig på båda dessa frågor har kategoriserats som "Har inte egenmakt". I denna kategorisering ingår ca 55 procent av alla svarande i norrälän (1381 svar). Dessa resultat är således baserade på ett mindre urval.

Bland de som svarat ja på dessa två frågor har 78 procent en bra/mycket bra allmän hälsa och 79 procent en god/mycket god sexuell hälsa (tabell 4). Motsvarande siffror för de som svarat nej på båda frågor är 51 procent med en bra/mycket bra allmän hälsa och 24 procent med en god/mycket god sexuell hälsa.

Även för de enskilda frågorna visas samma mönster när samtliga svarsalternativ tagits med (då cirka 96 procent svarande). Det vill säga att de som anger att de ofta eller alltid kan ta initiativ eller kan föreslå hur de vill ha sex har en högre andel med bättre allmän och sexuell hälsa. Denna andel minskar i stort för varje svarsalternativ där de som svarat nej aldrig har lägst andel med god allmän och sexuell hälsa. Detta mönster ses både för norrälän och riket.

Tabell 4. Egenmakt och allmän och sexuell hälsa i norrälän

Egenmakt	Allmän hälsa		
	Bra hälsa*	Någorlunda hälsa	Dålig hälsa*
Ja	78 %	19 %	3 %
Nej	51 %	36 %	13 %
	Sexuell hälsa		
	Bra hälsa*	Någorlunda hälsa	Dålig hälsa*
Ja	79 %	16 %	5 %
Nej	24 %	44 %	31 %

*Bra hälsa inkluderar de som svarat att de har mycket bra eller bra allmän/sexuell hälsa. Dålig hälsa inkluderar de som svarat att de har mycket dålig eller dålig sexuell hälsa.

5.4.3.4 Betydelsen av sex

En majoritet tycker att sex är viktigt

En majoritet tycker att sex är viktigt för dem. Fler uppger att sex är viktigt för dem i en relation än att sex är viktigt för dem i sig (figur 18). En högre andel män än kvinnor uppger att sex är mycket eller ganska viktigt, både i sig och i en relation.

Fler äldre tycker att sex är viktigt i en relation i norrlänen än i riket

I åldersgruppen 30–44 år uppger nio av tio att sex är ganska eller mycket viktigt för dem i en relation. Samma åldersgrupp tycker i högre utsträckning att sex är viktigt för dem och att sex är viktigt för dem i en relation i norrlänen jämfört med i riket i stort (85 procent i norrlänen och 78 procent i riket som tycker att sex är viktigt för dem samt 88 procent i norrlänen och 84 procent i riket som tycker att sex är viktigt i en relation). Det är också en något högre andel i åldersgruppen 65–84 år som anger att sex är viktigt för dem i en relation i norrlänen jämfört med riket i stort (60 procent i norrlänen, 56 procent i riket).

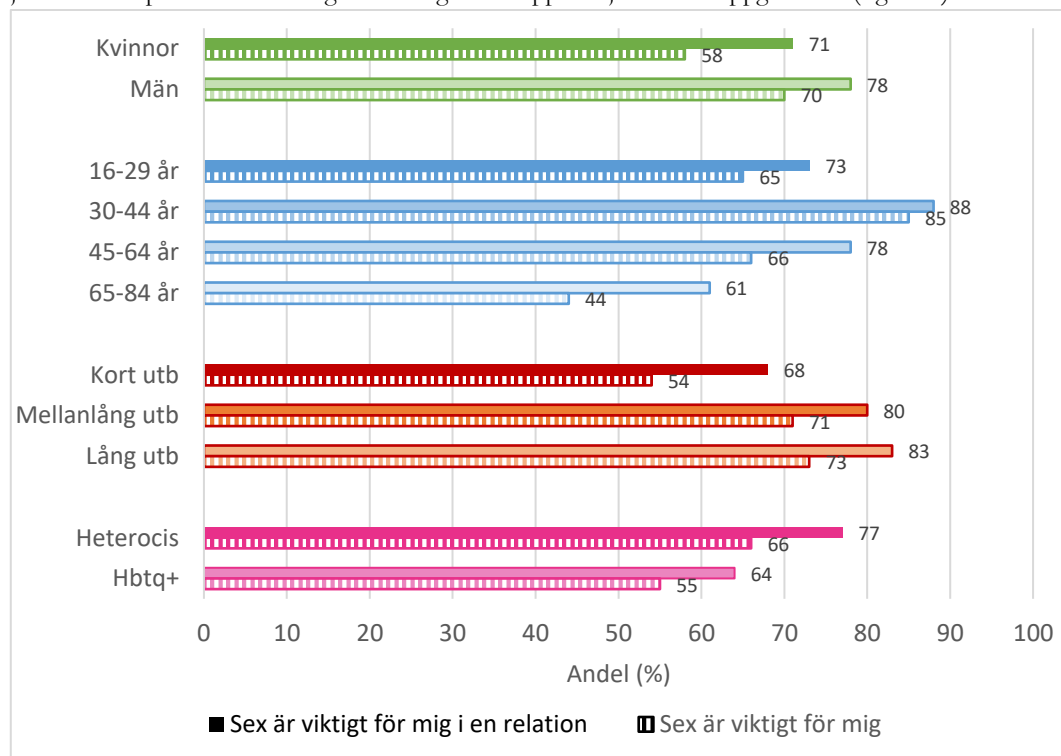
Den åldersgrupp där högst andel anger att sex är ganska eller mycket viktigt för dem är åldrarna 30–44 år. Högst andel som anger att sex inte är särskilt viktigt eller inte viktigt alls är i åldersgruppen 65–84 år. Samtidigt uppger drygt fyra av tio personer i åldersgruppen 65–84 år att sex är viktigt för dem och två tredjedelar i samma åldersgrupp uppger att sex är ganska eller mycket viktigt för dem i en relation (figur 18).

Fler heterosexuella cispersoner tycker att sex är viktigt jämfört med hbtq+-personer

En högre andel bland heterosexuella cispersoner uppger att sex är viktigt för dem samt att sex är viktigt för dem i en relation jämfört med hbtq+-personer (figur 18). Andelen hbtq+-personer som anser att sex är viktigt för dem i en relation tycks vara något större i norrlänen jämfört med riket i stort (64 procent i norrlänen, 59 procent i riket).

De med lång utbildning tycker att sex är viktigt i högre utsträckning än de med kort utbildning

Bland personer med kort utbildning uppger drygt hälften att sex är ganska eller mycket viktigt för dem jämfört med personer med lång utbildning där knapp tre fjärdedelar uppger detta (figur 18).



Figur 18. Andel som svarat att sex är viktigt för mig och att sex är viktigt för mig i en relation.

5.4.4 Diskussion

Fler kvinnor än män känner sig fria att ta initiativ till sex och att de kan föreslå hur de vill ha sex. Dessa resultat stämmer överens med enkätundersökningen Sexuell kommunikation, samtycke och hälsa som Folkhälsomyndigheten (2019b) genomförde samtidigt som studien SRHR2017 där fler kvinnor än män uppger att de vet hur de vill ha sex och känner att de kan föreslå hur de vill ha sex. Detta skulle till viss del kunna förklaras av att kvinnor i högre utsträckning än män får öva på sin kommunikativa förmåga under uppväxten och vuxenlivet. En teoretisk förklaringsmodell skulle kunna vara teorin om sexuella skript (Gagnon & Simon, 2004) som beskriver könade föreställningar om mäns och kvinnors sexualitet där mäns sexualitet och sexualdrift som aktiv och kvinnors som passiv. Eftersom förväntningen på män är att ”de alltid vill ha sex” så är initiativförmåga inte av lika stor betydelse som för kvinnor som inte alltid förväntas vilja ha sex och därmed aktivt behöver att kunna ta initiativ.

Fler heterosexuella cispersoner än hbtq+-personer rapporterar sexuell egenmakt, utifrån frågorna i detta kapitel. En högre andel av hbtq+-personerna har svarat att de inte vet eller att inget påstående stämmer in på dem på flera frågor jämfört med heterosexuella cispersoner. Detta skulle kunna vara en indikator på att frågorna och svarsalternativen i studien var med anpassade efter heterosexuella cispersoner som därmed i högre utsträckning hittade ett svarsalternativ som passade dem. Färre hbtq+-personer uppger att de har kunnat leva sexuellt som en vill jämfört med heterosexuella cispersoner. Detta skulle kunna förklaras med att homo- och bisexuella personer i högre utsträckning rapporterar diskriminering och erfarenhet av kränkande behandling än heterosexuella personer i andra undersökningar (Folkhälsomyndigheten, 2014) vilket i sin tur kan påverka möjligheten att leva sexuellt som en önskar. Även friheten att kunna ta initiativ till sex med en ny person kan påverkas då rädsla och risk för hot och våld är högre för hbtq+-personer än heterosexuella cispersoner. Enligt en undersökning om transpersoners hälsa från Folkhälsomyndigheten (2015) hade 33 % av transpersoner avstått från att ragga eller flörta med någon det senaste året på grund av rädsla för dåligt bemötande.

Förväntningar utifrån sexuella skript (Gagnon & Simon, 2004) utgår från heteronormen och det sexuella skriptet, manuset, utgår från traditionellt manliga och kvinnliga roller. Att bryta dessa roller kring sexualitet och könsidentitet i ett sexuellt sammanhang och därmed gå utanför manus skulle också kunna göra det svårare att ta initiativ och ge förslag i en sexuell situation då rollerna för parterna i situationen inte är lika givna.

Den yngsta och den äldsta åldersgruppen rapporterar i lägre utsträckning sexuell egenmakt än personer mellan 30 och 64 år. Det är också den yngsta och den äldsta åldersgruppen som i högst utsträckning svarat ”vet inte” på frågorna i kapitlet. Dessa resultat både bekräftas och motsägs i undersökningen Sexuell kommunikation, samtycke och hälsa (Folkhälsomyndigheten, 2019b). Undersökningen riktade sig till personer i åldern 18–64 år till skillnad från SRHR2017 som innefattar svarande från 16–84 år, således syns inte de allra yngsta 16–17 år samt de äldsta 65–84 år i undersökningen. I den undersökningen sågs att andelen som vet hur de vill ha sex ökar med stigande ålder och andelen som säger att hur de vill ha sex beror på situation och partner minskar med åldern. Detta skulle kunna tolkas som att äldre personer känner sig mer trygga i sin sexualitet jämfört med yngre personer. Däremot såg undersökningen att andelen som anger att kommunikationen kring om, när och hur de vill ha sex fungerar minskar med stigande ålder. Yngre personer känner sig oftare säkrare och förstår om någon vill ha sex med dem jämfört med äldre personer. Dessa motsägelser visar på fortsatt behov av kunskap om ålderns påverkan på sexuell kommunikation och egenmakt.

På de flesta frågor stiger andelen som rapporterar egenmakt med utbildningslängd. Skillnader utifrån utbildningslängd blir svåra att tolka då åldersfördelningen mellan de olika utbildningsgrupperna är så pass stora. I gruppen med kort utbildning är medelåldern betydligt högre än i gruppen med lång utbildning. Vissa mönster bekräftas dock i undersökningen Sexuell kommunikation, samtycke och hälsa (Folkhälsomyndigheten, 2019b). Exempelvis sågs att andelen som känner sig säkra på sin förmåga att förstå om en annan person vill ha sex ökar med utbildningslängd. Detta skulle kunna bidra till en större frihet att ta initiativ och föreslå hur en vill ha sex.

5.4.5 Referenser

Gagnon JH, Simon W. Sexual Conduct: The Social Sources of Human Sexuality. (2004) New Brunswick, NJ: Aldine Transaction.

Folkhälsomyndigheten (2014) Utvecklingen av hälsan och hälsans bestämningsfaktorer bland homo- och bisexuella personer. Resultat från nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor. Hämtad 2021-05-03 från

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/a0255680a6684603a08af46bc8f323a9/utv-halsan-bestamningsfaktorer-homo-bi-fina-2014.pdf>

Folkhälsomyndigheten (2015) Hälsan och hälsans bestämningsfaktorer för transpersoner. Hämtad 2021-05-07 från

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/c5ebbb0ce9aa4068aec8a5eb5e02bafc/halsan-halsans-bestamningsfaktorer-transpersoner.pdf>

Folkhälsomyndigheten (2019b) Sexuell kommunikation, samtycke och hälsa. Hämtad 2021-05-03 från

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/s/sexuell-kommunikation-samtycke-och-halsa/?pub=61314>

6. Slutsats

Den ojämlikhet som ses i hälsan generellt ses även i den sexuella hälsan. Det finns stora skillnader utifrån kön, ålder, utbildningslängd och könsidentitet/sexuell identitet i många av frågorna. Resultatet överensstämmer i stort med riket och med tidigare studier och undersökningar.

Den här undersökningen visar att olika grupper tillfrågas i olika utsträckning om sin sexuella hälsa och sitt sexualliv i samband med besök i hälso- och sjukvården. Fler kvinnor än män har fått den typen av frågor, yngre i betydligt högre utsträckning än äldre och en högre andel hbtq+-personer jämfört med heterosexuella cispersoner. Könsskillnaden kan tänkas ha samband med att kvinnor genom till exempel preventivmedelsrådgivning och mödrahälsovård har ingångar till verksamheter som beaktar den sexuella och reproduktiva hälsan. Äldre personer rapporterar en lägre sexuell hälsa än yngre men får mer sällan frågor om sin sexuella hälsa inom vården. Skillnader utifrån ålder skulle delvis kunna förklaras med att vårdpersonal, enligt forskning, upplever att det är lättare att prata om sexuell hälsa med yngre än med äldre patienter och att normer kring sex avsexualiserar äldre personer. I motsats till avsexualiseringen av äldre finns det även stereotypa föreställningar om att homo- och bisexuella personer har en starkare och mer utlevd sexualitet.

Enligt den här undersökningen är det vanligare att uppleva att pornografi är positivt för sexlivet, snarare än negativt. Högst svarsfrekvens har alternativet att pornografi inte påverkar sexlivet alls och näst högst svarsfrekvens har alternativet "vet inte". Detta skulle kunna innebära att frågan är något svår att svara på då många inte har reflekterat över sitt pornografianvändande i relation till sexlivet. Yngre använder pornografi i större utsträckning än äldre och detta ställer ökade krav på vuxenvården. En anledning till denna fördelning skulle kunna vara ökad tillgänglighet och andra normer kring pornografianvändning. Nationella studier visar dock att pornografianvändning hos unga inte har ökat de senaste 15 åren.

När det kommer till sexuell egenmakt så är det en högre andel som upplever att de kan säga nej till sex och säga ifrån om ens sexpartner gör någonting en själv inte vill, än som känner fria att ta initiativ till sex och föreslå för en partner hur de vill ha sex. Detta kan ses som ett exempel på behovet av ett

främjande perspektiv på frågor som rör sex och sexualitet med ett fokus på frågor som samtyckte och ömsesidighet. Även här spelar normer och föreställningar kring sex utifrån aspekter som kön, ålder och sexuell identitet en roll för vem som har större frihet att ta initiativ och föreslå hur en vill ha sex.

Att kvinnor drabbas i betydligt högre utsträckning av sexuella trakasserier och våld jämfört med män och att unga är mer utsatta för sexuella trakasserier och sexuellt våld än äldre, bekräftas i resultaten i den här studien. Att personer med längre utbildning i högre grad rapporterar förekomst av trakasserier och våld kan spegla en högre medvetenhet om sina rättigheter och vad som uppfattas som trakasserier, övergrepp och våld och hur det kan yttra sig.

6.1 Rekommendationer

Förbättrad struktur

Det behöver finnas en struktur för ett systematiskt arbete med SRHR inom regionerna, inom såväl folkhälsoarbetet som hälso- och sjukvården. Arbetet stärks genom samverkan med andra relevanta aktörer som Folkhälsomyndigheten, Länsstyrelserna, ideella organisationer, kvinno-, tjej-, och transjourer, elevhälsa, skolor och äldreomsorg.

Ökad kunskap

För att säkerställa hög kvalitet i regionernas SRHR-arbete behövs kunskap om att sexuell och reproduktiv hälsa är en grundläggande del av den allmänna hälsan och välbefinnandet, såväl fysiskt och psykiskt som socialt. Berörda yrkesgrupper ska ha rätt kompetens för att på ett respektfullt sätt våga och vilja lyfta frågor som rör sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter. Arbetet behöver också omfatta hur våra normer och förväntningar på sexuella beteenden kan påverka hur vi bemöter andra och hur vi kommunicerar i frågor som rör människors sexuella hälsa. Utifrån dessa resultat finns bland annat ett behov av att öka hbtq+-kompetensen på bred front i den norra sjukvårdsregionen för att främja en jämlik vård och hälsa oavsett sexuell identitet och könsidentitet.

Lyfta hälsofrämjande perspektiv

I rapporten framgår att sexuell egenmakt har betydelse för hälsan. Det är av vikt att SRHR-arbetet inte enbart bedrivs utifrån ett risk- och sjukdomsperspektiv utan även med ett hälsofrämjande perspektiv. Detta kan till exempel innebära insatser som stärker rättigheter, lyfter sexuell kommunikation eller har ett fokus på att förändra normer och maktstrukturer kring sex och sexualitet. Ungdomsmottagningarna är en viktig aktör i arbetet som dels har en vana att arbeta hälsofrämjande med sexuell och reproduktiv hälsa, dels når en viktig målgrupp.

Integrera ett jämlikhetsperspektiv

I insatser och arbete med SRHR behöver det tas hänsyn till den ojämlikhet i sexuell hälsa som syns i rapporten. Ojämlikheten behöver inte bara påtalas utan även kompenseras för genom ett aktivt, förebyggande och kompensatoriskt arbete. Det behöver ske både inom det patientnära arbetet inom hälso- och sjukvården, inom utbildningsinsatser riktat till vårdpersonal och i befolkningsinriktade insatser så väl som i det strategiska arbetet för att främja SRHR.

Fortsätta att följa SRHR i norrlänen

Det är av vikt att fortsätta att följa upp och undersöka SRHR i norrlänen. Befolkningsundersökningar kan kompletteras med kvalitativa undersökningar med olika målgrupper. Många av frågorna som denna rapport baseras på kan vara svåra att svara på för personer som inte har reflekterat så mycket över sin egen sexuella hälsa eller rättigheter. En kvalitativ undersökning skulle kunna bidra med perspektiv som inte kan fångas upp i den här typen av enkätundersökning.