



Folkhälsomyndigheten

Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter i Sverige 2017

Resultat från befolkningsundersökningen SRHR2017

Publicerad: 28 maj 2019

Uppdaterad: 6 september 2019



Innehåll

Om publikationen	6
Sammanfattning	7
Ny kunskapsbas om SRHR i Sverige	7
SRHR är en fråga om jämställdhet och jämlikhet	12
SRHR i Sverige – hur går vi vidare?	13
Att undersöka sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter	14
Summary	17
New knowledge about SRHR in Sweden	17
SRHR – an issue of gender equality and equity	22
SRHR in Sweden – how to proceed	23
To examine sexual and reproductive health and rights	24
Undersökningen SRHR2017 – bakgrund och metod	28
Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter i ett folkhälsoperspektiv	28
Metodbeskrivning SRHR2017	31
Att följa upp utvecklingen inom SRHR	36
Referenser	38
Sexuella trakasserier och våld	40
Nästan varannan kvinna har utsatts för sexuella trakasserier och våld	40
Stort behov av förebyggande arbete mot sexuella trakasserier och våld	41
Sexuella trakasserier och våld i ett folkhälsoperspektiv	41
Metodbeskrivning och frågorna om sexuella trakasserier och våld	44
Resultat kring alla former av sexuella trakasserier, övergrepp och våld	46
Diskussion om sexuella trakasserier och våld	57
Slutsatser om sexuella trakasserier och våld	62
Referenser	62
Sexlivet del A	65
Majoriteten är nöjd med sitt sexliv	65
Fortsatt folkhälsoarbete	66
Sexualitet, sexliv och hälsa	66
Metodbeskrivning och frågorna om sexlivet	68
Resultat om sexliv och nöjdhet	71
Diskussion om resultaten om sexlivet	81
Slutsats om sexlivet	84

Referenser Sexlivet del A	84
Sexlivet del B – om sexuell identitet och transerfarenhet	87
Sexuell identitet och transerfarenhet har betydelse för nöjdhet i sexlivet	87
Fortsatt folkhälsoarbete	88
Bakgrund om sexlivet, sexuell identitet och transerfarenhet	89
Metodbeskrivning och undersökningens frågor om sexuell identitet, transerfarenhet och sexlivet	90
Resultaten om sexuell identitet och könsidentitet	92
Diskussion av resultat om upplevelser av sexlivet bland hbtq-personer	106
Slutsatser om sexlivet	109
Referenser del B	110
Sex, relationer och egenmakt	112
Bakgrund om sex, relationer och egenmakt	112
Metodbeskrivning och frågor om sex, relationer och egenmakt	115
Resultat om sex, relationer och egenmakt	116
Diskussion av resultaten om sex, relationer och egenmakt	132
Slutsatser	134
Referenser	135
Sexualitet och digitala arenor	137
Internetanvändning och hälsa	138
Metodbeskrivning och frågorna om sexualitet och digitala arenor	142
Resultat om sexualitet och digitala arenor	143
Diskussion om sexrelaterade aktiviteter på internet	149
Slutsatser om sexualitet och digitala arenor	151
Referenser	152
Pornografianvändning och sexuell hälsa	154
Arbete för ökad jämlikhet och jämställdhet i hälsa	154
Folkhälsomyndighetens uppdrag, SRHR och pornografianvändning	155
En utforskning av litteraturen om pornografianvändning	157
Metodbeskrivning och frågorna om pornografianvändning	161
Resultaten om pornografianvändning	162
Diskussion om pornografianvändning och sexuell hälsa	175
Slutsatser om pornografianvändning och sexuell hälsa	179
Referenser	180
Sex mot ersättning	183

Förebyggande arbete mot sex mot ersättning	183
Bakgrund om sex mot ersättning	184
Metodbeskrivning och frågorna om sex mot ersättning	189
Resultat om att ge ersättning för sex	190
Resultat om att ta emot ersättning för sex	194
Diskussion om sex mot ersättning	196
Slutsats om sex mot ersättning	200
Referenser	200
Reproduktiv hälsa	203
Preventivmedel	203
Barn	203
Graviditet	203
Förlossning	203
Slutsatser om reproduktiv hälsa	204
Bakgrund om reproduktiv hälsa	204
Metodbeskrivning och frågorna om reproduktiv hälsa	210
Resultat om reproduktiv hälsa	211
Diskussion om reproduktiv hälsa	223
Slutsatser om reproduktiv hälsa	229
Referenser	230
Sex- och samlevnadsundervisning – en viktig del av SRHR	235
Alla har rätt till kunskap om SRHR	235
Få tycker att skolundervisningen ger tillräcklig kunskap	235
Lärarna behöver mer kompetens och tydligare styrning	235
Rätten till kunskap och information om sex och sexualitet	236
Attityder till sex- och samlevnadsundervisningen	240
Diskussion om sex- och samlevnadsundervisning	242
Slutsats och framtida folkhälsoarbete för allas rätt till kunskap	243
Referenser	244
Ordlista	245
Bilagor	246
Bilaga 1. Enkäten SRHR2017	246
Bilaga 2. Fler resultat om reproduktiv hälsa	246

behöver därför inte vara komplett. Hela publikationen och den senaste versionen hittar ni på www.folkhalsomyndigheten.se

Om publikationen



Folkhälsomyndigheten är ansvarig för nationell samordning och kunskapsuppbyggnad inom sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) i Sverige. Vi ansvarar även för att följa utvecklingen på området. Sommaren 2016 fick Folkhälsomyndigheten i uppdrag att genomföra en befolkningsbaserad nationell enkätstudie på området sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter. Studien fick namnet SRHR2017 och genomfördes hösten 2017 av Folkhälsomyndighetens enhet för sexuell hälsa och hivprevention, i samarbete med SCB och Enkätfabriken AB.

Denna publikation innehåller resultaten från undersökningen och syftet med rapporten är att öka kunskapen och därigenom skapa bättre förutsättningar för ett effektivt folkhälsoarbete för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter. Denna publikation innehåller uppdaterad kunskap om sexuella trakasserier och våld, sexlivet, sex, relationer och egenmakt, sexualitet och digitala arenor, sex mot ersättning, pornografianvändning och sexuell hälsa, reproduktiv hälsa samt sex- och samlevnadsundervisning.

Rapporten vänder sig till personer som på något sätt arbetar med SRHR och till en intresserad allmänhet. Ansvarig projektledare har varit Charlotte Deogan och ansvarig enhetschef har varit Louise Mannheimer på enheten för sexuell hälsa och hivprevention, avdelningen för smittskydd och hälsoskydd.

Folkhälsomyndigheten, maj 2019

Britta Björkholm
Avdelningschef

Sammanfattning

Ny kunskapsbas om SRHR i Sverige

Att bli utsatt för sexuella trakasserier och övergrepp är vanligt bland kvinnor

Sexuella trakasserier, övergrepp och sexuellt våld utgör allvarliga hot mot människors trygghet och hälsa. Forskning har visat hur vanligt sexuellt våld är och hur många olika hälsokonsekvenser som det kan föra med sig. Sexuellt våld inverkar negativt på människors fysiska, sexuella, reproduktiva och psykiska hälsa.

Undersökningen visar att många typer av sexuella trakasserier och sexuella övergrepp är vanligt förekommande i befolkningen. Kvinnor drabbas i betydligt högre utsträckning än män, och homosexuella, bisexuella och transpersoner mer än befolkningen generellt. Yngre personer är mer utsatta än äldre.

Sexuella trakasserier har upplevts av knappt hälften av kvinnor i Sverige (42 procent) och av en tiondel av män (9 procent). Andelen bland kvinnor 16–29 år är mer än hälften (57 procent). Mer än var tredje kvinna (39 procent) och knappt var tionde man har varit med om någon form av annat sexuellt övergrepp. I likhet med sexuella trakasserier är det över hälften av kvinnor 16–29 år (55 procent) som har varit med om annat sexuellt övergrepp.

Elva procent av kvinnor och en procent av män har utsatts för försök till samlag genom fysiskt våld eller hot om fysiskt våld. Även detta är vanligare bland homosexuella, bisexuella och transpersoner. Exempelvis hade 30 procent av homosexuella kvinnor varit utsatta och 10 procent av homosexuella män.

Det finns även skillnader på utbildningsnivå. Utsatthet för sexuella trakasserier och sexuella övergrepp är vanligare bland kvinnor med längre utbildning jämfört med kortare. Dessa skillnader beror troligtvis på skillnader i kunskap och medvetenhet om sexuella trakasserier och dess yttningar.

Kvinnor med kort utbildning hade däremot oftare varit utsatta för påtvingat samlag med fysiskt våld eller hot om fysiskt våld än kvinnor med längre utbildning.

De flesta är nöjda med sitt sexliv men stora könsskillnader finns

Sexualiteten är en betydelsefull del av livet och viktig för hälsan. Sexualiteten har koppling till identitet, integritet och intimitet. Dessa påverkar i sin tur bland annat självkänslan, välbefinnandet och förmågan till återhämtning. Att mäta upplevelser kring sexliv och sexualvanor är inte utan svårigheter. Tidigare studier har fokuserat på hur ofta människor har sex, sexuellt överförbara sjukdomar och sexuellt risktagande. Denna studie med ett bredare fokus på SRHR undersökte nöjdhet med sexlivet och upplevda problem i relation till sexlivet.

Resultaten visar att majoriteten av den svenska befolkningen är nöjd med sitt sexliv, tycker att

sex är viktigt och har haft sex under det senaste året. Minst nöjda med sitt sexliv är de yngsta männen och de äldre, både kvinnor och män.

Kön har betydelse för upplevelser och problem i sexlivet. Det är vanligare bland män än kvinnor att ha saknat en sexpartner, fått orgasm snabbare än de har velat, inte haft sex på de sätt de ville och önska fler sexpartner. Sjutton procent av männen uppger också att de haft svårt att få eller behålla erektion. Det är däremot vanligare bland kvinnor än män att ha saknat intresse, lust, njutning och upphetsning vid sex, ha känt fysisk smärta vid eller efter sex samt att inte ha fått orgasm eller att det hade tagit lång tid att få orgasm. Betydligt fler kvinnor än män upplever även att de har varit för trötta eller stressade för att ha sex under det senaste året, särskilt i åldern 30–44 år. Åtta procent av befolkningen rapporterar att de har haft hälsoproblem eller fysiska problem som påverkat sexlivet. Tretton procent har sökt råd eller hjälp inom hälso- och sjukvården för problem i sexlivet.

Även sexuell identitet och transerfarenhet har betydelse för upplevelser kring sexlivet. Majoriteten av hetero-, bi- och homosexuella kvinnor och män i Sverige rapporterar att de är nöjda med sitt sexliv. Bisexuella kvinnor och män är dock oftare missnöjda än övriga grupper. De flesta hbt-personer och heterosexuella har haft sex under det senaste året, men var fjärde transperson och var femte bisexuell man hade inte haft sex. En lägre andel transpersoner uppger att de är nöjda, men de 45–64 år är mer nöjda än övriga åldersgrupper.

Upplevelser av sexlivet skiljer sig alltså åt mellan kvinnor och män, och skillnaderna är som störst i reproduktiv ålder. Fördjupade analyser krävs för att bättre förstå skillnaderna och öka kunskapen om vilka konsekvenser de kan ge på relationer, samliv och välbefinnande. Behovet av stöd relaterat till sexlivet och sexualiteten bör mötas med tillgänglig och behovsanpassad information, rådgivning och vård.

Kvinnor känner sig friare att ta initiativ och säga nej till sex än män

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 man vill ha sex.

Resultaten visar att en majoritet tycker att det är viktigt med sex i en relation, känner sig fria att ta initiativ till sex, kan säga nej om de inte vill ha sex, kan föreslå för en partner hur de vill ha sex, samt säga ifrån om en sexpartner vill göra något de inte vill. Ungefär hälften av både kvinnor och män uppger att de och deras partner bestämmer lika ofta hur och när de har sex. Fler män än kvinnor anser att deras partner oftare bestämmer när och hur de har sex. Fler kvinnor än män uppger att de oftast eller alltid upplever sig fria att ta initiativ till sex, kan säga nej till sex, kan föreslå för en partner hur de vill ha sex och kan säga ifrån om deras sexpartner vill göra något som de inte vill när de har sex.

Män med längre utbildning kan i högre utsträckning säga nej till sex än män med kortare utbildning. Kvinnor med längre utbildning tycker oftare att sex är viktigt i en relation, tar oftare initiativ till sex och föreslår oftare hur de ville ha sex, jämfört med kvinnor med kortare utbildning.

Alla sexuella handlingar ska vara frivilliga i Sverige, och det är brottsligt att tvinga någon till

sexuella handlingar. Frivillighet och samtycke är dessutom en förutsättning för en god sexuell hälsa. Det är viktigt att nå ut med information tidigt i livet om ömsesidighet, och förskola och skola är den arena som når alla. Där kan man tidigt diskutera värdegrund och etik samt allas rätt att själva bestämma över sin egen kropp.

Majoriteten upplever att de kan kommunicera kring sex

Sexuell kommunikation och sexuellt samtycke kan vara komplicerat att hantera i praktiken, eftersom det påverkas av till exempel kontexten och de inblandade personerna. Att kunna kommunicera kring sexualitet och sitt sexliv, och om, när och hur man vill ha sex, är betydelsefullt för människors sexuella och allmänna hälsa. Inom ramen för uppdraget gjordes den fördjupade undersökningen ”Sexuell kommunikation, samtycke och hälsa” med ca 12 000 deltagare via Novus Sverigepanel.

Undersökningen visar att de flesta anser att de kan förmedla om och hur de vill eller inte vill ha sex. Det gäller särskilt för kvinnor, yngre personer och de som lever i en relation. De flesta använder främst tal, kroppsspråk eller blickar för att visa att de vill ha sex och hur. Kvinnor använder kroppsspråk och blickar oftare än män som framförallt kommunicerar med ord. Detta är viktig ny kunskap som visar på skillnader mellan könen.

En tredjedel anser att kommunikationsförmågan inte påverkar hur de mår, men en fjärdedel upplever att den får dem att må bättre och lika många att de blir säkrare i sexuella situationer. En tiondel upplever att de blir osäkra och stressade i sexuella situationer på grund av brister i förmågan att kommunicera.

Dubbelt så många kvinnor som män har gått med på sex trots att de inte ville

Undersökningen från Novus visar också att 63 procent av kvinnor och 34 procent av män har gått med på att ha sex trots att de egentligen inte ville. De som gått med på att ha sex fast de egentligen inte ville gjorde det ofta för partnerns skull, för relationens skull eller på grund av förväntningar. Det gäller särskilt för kvinnor. Fler kvinnor än män har också avbrutit pågående sex. Bisexuella kvinnor har oftare gått med på att ha sex fast de egentligen inte ville, än övriga kvinnor. Homo- och bisexuella män har mer än heterosexuella män gått med på att ha sex fast de egentligen inte ville.

Män anger oftare att de aldrig haft anledning att uttrycka att de inte vill ha sex eller inte vill ha sex på ett visst sätt. Det är också fler män som aldrig avbrutit sex.

Resultaten visar därför att sätten att uttrycka vad man vill och inte vill i en sexuell situation beror på kön, relationsstatus, utbildningsnivå, ålder, sexuell identitet och vilken situation man befinner sig i. Det behövs dock mer kunskap om hur den sexuella kommunikationen påverkas av normer kring maskulinitet och femininitet och andra maktstrukturer, till exempel heteronormativitet.

70 % av män använder pornografi, medan 70 % av kvinnor aldrig gör det

Pornografi är ett omdiskuterat fenomen. Forskning visar på både positiva och negativa aspekter av pornografianvändning. Pornografin 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 en benägenhet att prova saker inspirerat av pornografin 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.

Resultaten visar att många kvinnor och män, i alla åldrar, använder internet för sexualitetsrelaterade aktiviteter, till exempel söka sexrelaterad information, läsa sexuellt upphetsande texter eller söka partner. Nästan alla aktiviteter är vanligast bland unga, för att sedan bli mindre vanliga med stigande ålder. Det finns små eller inga skillnader mellan könen bland unga, men bland äldre är det fortfarande vanligare att män ägnar sig åt sexrelaterade aktiviteter på nätet.

Pornografianvändning är betydligt vanligare bland män och unga än kvinnor och äldre personer, och det finns stora skillnader mellan kön och åldersgrupper. 72 procent av män använder pornografi, medan det bland kvinnor är det omvända; 68 procent av kvinnor använder aldrig pornografi.

Bland de yngsta männen (16–29 år) är 41 procent frekventa användare och tittar alltså dagligen eller nästan dagligen på pornografi. Motsvarande andelar för kvinnor 16–29 år är 3 procent. Resultaten visar också att det finns ett samband mellan att använda pornografi dagligen eller nästan dagligen och sämre självskattad sexuell hälsa, och även samband med riskfaktorer för sexuell hälsa såsom mer erfarenhet av sex mot ersättning, problem med alltför höga sexuella prestationskrav och missnöje med det egna sexlivet. Knappt hälften uppger att pornografianvändning inte påverkar sexlivet, medan en tredjedel svarar att de inte vet om det påverkar. En låg andel av både kvinnor och män upplever att pornografianvändningen har en mestadels negativ påverkan på sexlivet, medan de positiva effekterna anges högre. Andelen män som regelbundet använder pornografi var högre bland personer med längre utbildning.

Pornografianvändning och dess koppling till hälsa behöver undersökas mer. En viktig del i det förebyggande arbetet är att diskutera pornografins negativa konsekvenser med pojkar och män, och skolan är en viktig arena för detta. Undervisning om jämställdhet, sexualitet, kön och relationer är också obligatorisk i svensk skola och sex- och samlevnadsundervisningen är en viktig del.

Nästan en tiondel av män har någon gång betalat eller gett annan ersättning för sex

Med sex mot ersättning menas att en person får eller utlovas någon form av ersättning i utbyte mot sexuella handlingar. Ersättningen kan vara exempelvis pengar, kläder, presenter, alkohol, droger eller sovplats. Sedan 1999 är det förbjudet att köpa sex i Sverige, medan det inte är straffbart att ta emot ersättning.

Att ha betalat eller gett annan ersättning för sex förekommer nästan bara bland män. Knappt en av tio män och mindre än en procent bland kvinnor har någon gång gett ersättning för sexuella tjänster. Det är vanligare att män hade betalat för sex utomlands än i Sverige; 80 procent av dem som gett ersättning för sex hade gjort det utomlands. Inga skillnader utifrån utbildningsnivå kan

ses i erfarenhet av att ha gett ersättning för sex. Det är vanligare att homo- och bisexuella män har gett ersättning för sex än heterosexuella män (knappt 15 jämfört med 10 procent).

Ett av syftena med lagen om förbud mot köp av sexuella tjänster var att förändra attityderna till sexköp. Arbetet med att förändra attityderna och minska sexköpen ingår i det bredare jämställdhetsarbete som måste genomföras i samhällets alla sektorer för att minska kvinnors utsatthet. Att minska efterfrågan på prostitution ingår i det övergripande jämställdhetspolitiska målet att mäns våld mot kvinnor ska upphöra.

Resultaten visar också att det är ovanligt att ha tagit emot ersättning för sex. Dock är det vanligare bland homosexuella, bisexuella eller queerpersoner. Bland både kvinnor och män är det vanligare att ha tagit emot ersättning för sex i Sverige än utomlands.

Det finns många olika skäl till att ha sex mot ersättning, och olika erfarenheter av det. I preventionsarbetet behövs därför många olika slags åtgärder från exempelvis myndigheter, skola och hälso- och sjukvård. De personer som berörs bör erbjudas socialt stöd och insatser som främjar en god sexuell, fysisk och psykisk hälsa, oavsett kön och sexuell identitet.

Reproduktiv hälsa: resultat om preventivmedel, graviditet, abort, missfall, barn och förlossning

Reproduktion är en central del av livet. Preventivmedelsanvändning, tankar om barn och reproduktiva erfarenheter som graviditet, abort, missfall och förlossning är centrala delar av den reproduktiva hälsan och har starka kopplingar till psykisk, sexuell och allmän hälsa.

Resultaten visar bland annat att färre kvinnor i åldern 16–29 år använder p-piller bland dem med högre inkomst än dem med lägre inkomst, samt bland dem med längre utbildning än kortare. Skillnaderna beror troligen på skillnader i kunskap och rädsla för hormoner och biverkningar, samt inkomst och utbildning.

En tredjedel av alla kvinnor uppger att de har genomgått en eller flera aborter. Denna andel, liksom andelen missfall som också uppgår till en tredjedel, har varit på samma nivå sedan 70-talet.

När kvinnor rapporterar om sina förlossningar, uppger de att de har medfört fysiska (26 procent), psykiska (17 procent) och sexuella konsekvenser (14 procent). Upplevelsen av konsekvenser beror på ålder och utbildning. Även partner som deltagit vid förlossning anger att de upplevt psykiska eller sexuella konsekvenser, om än i mindre utsträckning. Majoriteten av kvinnor som fött barn har blivit klippta eller fått en bristning vid förlossningen. Fyra procent har fått en bristning som involverat ändtarmsmuskeln (grad 3 eller 4). Ungefär en tiondel av kvinnor har sökt vård på grund av problem relaterat till klipp eller bristningar i samband med förlossning. Ålder, utbildning eller inkomst påverkar inte om du har sökt eller fått vård för besvär kopplat till förlossning, bristning eller klipp.

De flesta uppger att de har de antal barn de önskar, förutom män med kort utbildning och låg inkomst som mindre ofta än andra har det. Tre procent uppger ofrivillig barnlöshet, och fem procent anger att de inte vill ha barn. Bland både män och kvinnor svarar sju procent att de någon gång fått barn utan att de själva ville.

Sammanfattningsvis visar studien att användningen av hormonella preventivmedel bland kvinnor i

Sverige varierar utifrån ålder och behov, men även utifrån inkomst och utbildning. Reproductiva erfarenheter som graviditet, abort, missfall och förlossning varierar också utifrån en mängd faktorer, exempelvis ålder, inkomst, utbildning, sexuell identitet och ibland region. För att skillnaderna ska kunna åtgärdas behöver vi undersöka sambanden med fler variabler.

SRHR är en fråga om jämställdhet och jämlikhet

Resultaten från SRHR2017 visar på skillnader i sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter mellan grupper i befolkningen. Könsskillnaderna är påtagliga i nästan alla frågor i studien. De största könsskillnaderna ses i

- utsatthet för sexuella trakasserier och våld
- erfarenhet av att betala eller ge annan ersättning för sex
- pornografianvändning
- en rad upplevelser kring sexlivet.

Detta avspeglar sexualitetens, reproduktionens och hälsans olika förutsättningar för kvinnor och män. Resultaten visar också på grupper med högre utsatthet bland kvinnor, unga vuxna, icke-heterosexuella och transpersoner samt i vissa fall personer med kortare utbildning och lägre inkomst.

Majoriteten av befolkningen visar en generellt god sexuell hälsa. Samtidigt ter sig sexualiteten och sexlivet olika, och ibland mycket olika, för män och kvinnor. Till exempel drabbas kvinnor betydligt mer av minskad sexlust på grund av trötthet och stress. Att män mindre ofta än kvinnor upplever sig kunna säga ja eller nej till sex behöver också studeras och förklaras ytterligare. Det finns som tidigare visats starka normer runt sexualitetsområdet, och då särskilt inom området sexualvanor. Könroller, femininitets- och maskulinitetsnormer samt heteronormer påverkar hur människor tillåts leva sina liv.

Sexuella trakasserier, övergrepp och våld och hur de påverkar hälsan är en viktig folkhälsofråga. Förekomsten och konsekvenserna påverkar inte bara individens välmående. Det är också en markör för hur jämställt samhället är.

Utifrån resultaten från SRHR2017 bör arenor för sexualitetsområdet analyseras och diskuteras, utifrån tillgången till rådgivning, stöd och utbildning. Den vuxna och äldre befolkningen kommer sällan i kontakt med instanser som ger råd och stöd kring sexualitetsfrågor. För unga finns ungdomsmottagningar samt även mödrahälsovården där sexualitetsfrågorna innefattas, men som i huvudsak når kvinnor. Det behövs krav på uppföljning inom framförallt ungdomsmottagningen, också utifrån det faktum att även män behöver stöd, rådgivning, samtal och vård runt sexualitet. Stöd och rådgivning behöver därför även utformas utifrån mäns behov och villkor. Mäns reproductiva rättigheter och hälsa behöver lyftas i samtliga forum, för att också diskutera mäns rätt till reproduktiv hälsa, vägen till barn, preventivmedelsanvändning och sexuellt överförbara infektioner samt generell sexuell hälsa.

Resultatet visar att kvinnor och män i alla åldrar använder digitala arenor för sexuella syften. Unga är mer aktiva på nätet än äldre, och skillnaderna i aktivitet mellan könen är liten bland de yngre. UMO.se är ett bra exempel på hur sexualitetsfrågor kan tas om hand på ett korrekt sätt med hög tillgänglighet och med kvalitetsgranskad information och stöd på nätet.

Skolan är en viktig arena för att främja jämställdhet och jämlikhet i hälsa, och sex- och samlevnadsundervisningen en viktig del för SRHR-arbetet. Sex- och samlevnadsundervisningen och elevhälsans insatser ska ge en kunskapsbas för alla elever om både strukturella perspektiv som lagstiftning och normer, och individuella perspektiv som kropp, sexuell hälsa, relationer och sexualitet. Studier visar att skolans undervisning gett eleverna mer kunskap om framförallt sexuell hälsa och graviditetsförebyggande åtgärder, än om jämställdhet, hbtq-perspektiv och relationer. Även inom skolområdet har många och viktiga insatser och förändringar genomförts, såsom en mer ämnesintegrerad sex- och samlevnadsundervisning. Arbetet stöds av en nationell kvalitetsgranskning från Skolinspektionen, utvecklingsinsatser från bland annat Skolverket, andra myndigheter, regioner och flera civilsamhällesorganisationer samt internationella riktlinjer kring sex- och samlevnadsundervisningen från Unesco och WHO Europa.

SRHR i Sverige – hur går vi vidare?

Sverige har goda förutsättningar för att uppnå en jämställd och jämlik sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter utifrån svensk lagstiftning, FN-konventioner och etablerade policy- och styrdokument. Det finns ett starkt politiskt stöd för SRHR, vilket också synliggörs i Agenda 2030.

Sexualitet är en av hälsans bestämningsfaktorer. Det är samspelet mellan strukturella, socioekonomiska, demografiska och biologiska faktorer som avgör förutsättningarna för den sexuella hälsan. Sexualitet och sexuell hälsa är också beroende av många andra hälsoaspekter och levnadsvanor, exempelvis psykisk hälsa och användning av alkohol och droger.

Sammanfattningsvis bekräftar resultaten vad vi tidigare förståelse för SRHR: Samhälleliga förutsättningar och människors livsvillkor är avgörande för att ha frihet, kontroll och makt över sin sexualitet och reproduktion, och ha en god sexuell, reproduktiv, psykisk och allmän hälsa. Könsskillnader kan kopplas till strukturer, normer och förväntningar, utifrån både individen och samhället. Detta skapar mönster som påverkar sexualliv, kommunikation, relationer och familjeliv relaterat till hälsa.

En viktig folkhälsofråga är sexuella trakasserier, övergrepp och våld och hur de påverkar hälsan. Trakasserier, övergrepp och våld ska inte bara minska, utan upphöra helt.

För en ökad jämställd och jämlik hälsa, behöver skillnaderna utifrån kön, socioekonomi och sexuell identitet utredas ytterligare, och ojämställda sexuella villkor mellan könen åtgärdas. Förutsättningarna för och rätten till en god sexuell hälsa behöver fortsatt följas upp, analyseras och samverkas kring.

Nationellt är SRHR en angelägen fråga som samordnas av Folkhälsomyndigheten, som arbetar för kunskapsutveckling, nationell samverkan och uppföljning och analys av området. I uppföljningen av Agenda 2030, jämställdhetspolitiken och strategin mot mäns våld mot kvinnor, är SRHR-frågorna och även specifika frågor från detta kunskapsunderlag centrala, för att säkerställa måluppfyllelsen. Den nya kunskap som denna undersökning genererar är en utgångspunkt för vidare folkhälsoarbete inom SRHR i Sverige.

Att undersöka sexuell och reproduktiv hälsa och

rättigheter

Folkhälsomyndigheten verkar för nationell samordning, kunskapsuppbyggnad och uppföljning av sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) i Sverige. Regeringens uppdrag till Folkhälsomyndigheten att genomföra befolkningsstudien SRHR2017 syftade till att öka kunskapen och därigenom skapa bättre förutsättningar för SRHR i Sverige.

Paradigmskifte för sexualitetsfrågor

Sexualitet och hälsa har undersökts tidigare. Sverige anses vara det land som genomförde den första sexualvanestudien i världen, år 1967. Efter 10 års förberedelser genomförde dåvarande Statens Folkhälsoinstitut 1996, på uppdrag av regeringen, studien "Sex i Sverige". Den har kommit att bli en ofta citerad referensram i sammanhanget sexualitet och hälsa, mycket på grund av avsaknaden av andra befolkningsstudier på området.

Under de 20 år som passerat sedan år 1996 har det genomförts en rad viktiga reformer och förändringar inom SRHR. I tidslinjen nedan visas ett urval av dessa. Stora skillnader från 90-talet är dagens användning av internet i alla aspekter av livet, hbtq-personers stärkta rättigheter och Sveriges EU-medlemskap som tillsammans med ökade globaliseringen ökat rörligheten av människor och tjänster.

Figur 1. Tidslinje med ett urval av reformer och förändringar för SRHR i Sverige sedan år 1996



När Folkhälsomyndigheten år 2017 genomförde denna undersökning görs det således i ett nytt landskap för SRHR-frågor. Det gäller specifikt för jämställdhet och feminism, normmedvetenhet, förbättrade rättigheter och möjligheter för hbtq-personer och inte minst användningen av internet i samhället. Dessutom utvecklade Guttmacher-Lancet-kommissionen för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter år 2018 en sammanfattad och evidensbaserad agenda med prioriteringar för SRHR. Där definieras SRHR enligt följande:

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.

Att uppnå en god sexuell och reproduktiv hälsa är beroende av att vi inser att sexuella och reproduktiva rättigheter är del av de mänskliga rättigheterna. Det innebär att alla har rätt till att

- få sin kroppsliga integritet, personliga sfär och självbestämmanderätt respekterad
- fritt definiera sin egen sexualitet, inklusive sin sexuella läggning, könsidentitet och könsuttryck
- bestämma om och när man vill vara sexuellt aktiv
- själv välja sexpartner
- ha säkra och njutbara sexuella erfarenheter
- avgöra om, när och med vem man ska ingå äktenskap
- bestämma om, när och hur man skaffar barn och hur många barn man vill ha
- under hela livet ha tillgång till information, resurser, tjänster och stöd som krävs för att uppnå det som nämnts ovan, fritt från diskriminering, tvång, utnyttjande och våld.

Att följa utvecklingen inom SRHR

De globala hållbarhetsmålen Agenda 2030 har ett fokus på ökad jämställdhet och jämlikhet och på att stärka sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter. SRHR berör många av målen, men främst mål 3 om hälsa och välbefinnande i alla åldrar, och mål 5 om jämställdhet och alla kvinnors och flickors egenmakt.

Att följa utvecklingen inom SRHR i Sverige är centralt för att globalt kunna uppfylla målen. Det gäller inte minst eftersom skillnaderna fortsatt är stora utifrån bland annat kön och ålder. Definitionen av SRHR sammanfattar också nyckelaspekterna kring varför kvinnor, barn, ungdomar och unga vuxna är centrala för att kunna nå de globala hållbarhetsmålen. En rad myndigheter och aktörer arbetar med dessa frågor, med hälso- och sjukvården, socialtjänsten och skolan som centrala arenor.

Tabell 1. De globala hållbarhetsmålen och delmålen som är mest relevanta för SRHR.

 GLOBALA MÅLEN för hållbar utveckling	DELMÅL
3. Hälsa och välbefinnande	3.1 Minska mödradödligheten.
	3.2 Förhindra alla dödsfall som hade kunnat förebyggas bland barn under 5 år.
	3.3 Bekämpa smittsamma sjukdomar
	3.7 Tillgängliggör reproduktiv hälso- och sjukvård, familjeplanering och utbildning för alla.
5. Uppnå jämställdhet och alla kvinnors och flickors egenmakt	5.1 Utrota diskriminering av kvinnor och flickor.
	5.2 Utrota våld och utnyttjande av kvinnor och flickor.
	5.3 Avskaffa tvångsäktenskap och könsstympning.
	5.6 Allmän tillgång till sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter.
10. Minskad ojämlikhet	10.3 Säkerställa lika rättigheter för alla och utrota diskriminering.

Metod

Befolkningsundersökningen SRHR2017 är en undersökning bland allmänheten i Sverige, som genomfördes av Folkhälsomyndigheten i samarbete med Statistiska centralbyrån och Enkätfabriken AB. Frågorna gällde allmän och sexuell hälsa, sexualitet och sexuell erfarenhet, sexualitet och relationer, internet, sex mot ersättning, sexuella trakasserier, våld och utsatthet samt reproduktiv hälsa. SRHR2017 har således ett bredare fokus än frågorna i ”Sex i Sverige” från år 1996. SRHR2017 har godkänts av Regionala etikprövningsnämnden i Stockholm (Dnr: 2017/1011-31/5).

Enkäten skickades ut med post till ett slumpmässigt stratifierat urval av totalbefolkningsregistret på ca 50 000 personer. Svarsfrekvensen blev 31 procent. Bortfallet var 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. Resultaten bör ändå tolkas med försiktighet. Undersökningen är den första slumpmässiga befolkningsstudien om SRHR i Sverige och resultaten kan redovisas utifrån bland annat kön, ålder, utbildningsnivå, sexuell identitet och i vissa fall transexfarenhet.

Folkhälsomyndigheten gjorde också en webbundersökning under hösten 2018 om sexuell kommunikation, sexuellt samtycke och hälsa bland ca 12 000 deltagare i Novus Sverigepanel. Panelen har ungefär 44 000 personer som slumpmässigt kan rekryteras till en undersökning. Novus anger att panelen är riksrepresentativ när det gäller ålder, kön och region i åldersspannet 18–79 år. Undersökningarna i panelen har vanligtvis en deltagarfrekvens på 55–60 procent, och i denna undersökning var den 60,2 procent. För mer information om undersökningen, se rapporten ”Sexuell kommunikation, samtycke och hälsa”.

Summary

New knowledge about SRHR in Sweden

Experience of sexual harassment and assault is common among women

Sexual harassment, assault, and sexual violence constitute serious threats against peoples' safety and health. Research has shown how common sexual violence is and has identified the many different negative health consequences it brings. Sexual violence affects peoples' physical, sexual, reproductive, and mental health negatively.

SRHR2017 shows that many different forms of sexual harassment and sexual assaults are common in the population. Women are more often victimized than men, and LGBT persons are more often victimized than the general population. Younger individuals are also more often exposed than older individuals.

Almost half of women (42 percent) in Sweden have been subjected to sexual harassment, as have 9 percent of Swedish men. The proportion among women aged 16–29 is more than half (57 percent). More than every third woman (39 percent) and almost every tenth man (9 percent) have been subjected to some form of sexual assault. As with sexual harassment, more than half of women aged 16–29 (55 percent) have been the victim of some form of sexual assault.

Eleven percent of women and one percent of men have been victims of attempted rape through physical violence or threat of violence. LGBT people have experienced this to a higher degree than heterosexuals, and about 30 percent of lesbians and 10 percent of gay men have experienced this.

There are differences related to level of educational attainment. Women with lower education are more often subjected to sexual harassment and to sexual assault compared to women with higher education. These distinctions are probably due to differences in knowledge about and awareness of the meaning of sexual harassment.

Women with lower educational level are also more often the victims of rape enforced by physical violence or threat of violence compared to women with higher educational level.

The majority are satisfied with their sex life, but there are large differences between the genders

Human sexuality is an important part of life and has a significant effect on health. Our sexuality is linked to our identity, integrity, and intimacy. These in turn affect, among other things, our self-esteem, our well-being, and our resiliency. Measuring experiences of peoples' sex lives and sexual habits is not without its difficulties. Earlier studies have focused on how often people have sex, sexual transmitted infections, and sexual risk taking. The current study has a broader focus on SRHR and examined, among other things, sexual satisfaction and sexual dysfunctions.

The results show that the majority of the Swedish population is satisfied with their sex life, find

sex important, and have had sex during the past year. The youngest men (aged 16–29) and the oldest men and women (aged 65–84) were the least satisfied.

Sexual experiences and sexual dysfunctions differed depending on gender. It was more common among men to be without a sex partner compared to women. It was also more common among men to have had premature orgasms, to not have had sex the way they wanted to, and to want more sex partners. Seventeen percent of men reported erectile dysfunctions. On the other hand, women more often reported lack of interest in sex, low sex drive, lack of feelings of pleasure, lack of sexual arousal, pain during or after sex, and lack of orgasms.

Considerably more women reported to have been too tired or too stressed to have sex during the past year, especially in the age span of 30–44 years. Eight percent of the population reported health problems or physical problems that negatively affected their sex life, and 13 percent had sought health care for their sexual problems.

Another influencing factor is sexual identity and transgender experience. Regardless of sexual identity, the majority reported being satisfied with their sex life. However, both bisexual women and men reported more often that they were dissatisfied with their sex life compared to other groups. Most LGBT people and heterosexuals had had sex in the past year, although every fourth trans and every fifth bisexual man reported not to have had sex. A lower percentage of trans people were satisfied with their sex life, but trans people aged 45–84 were more satisfied than the younger age groups.

Women's and men's experiences of their sex life differ, and the differences are most pronounced during the reproductive years. Deeper analyses are needed to better understand these differences and to improve knowledge on what consequences these can have on relations, life in common, and people's well-being. The need of support in relation to sexuality ought to be met by accessible and needs-oriented information, counseling, and care.

Women feel freer to take initiative and to say no to sex than men

Integrity, voluntariness, and sexual consent are prerequisites for good sexual health. Free decision making over one's body is also a human right. The concept of sexual empowerment describes an individual's perception of autonomy and decision making over when, how, and with whom to have sex.

The results show that a majority of the population think sex is important in a romantic relationship, feel free to take sexual initiative, can say no to sex, know how to suggest to a partner how they want to have sex, and know how to say no if a sex partner wants to do something they do not want to do. Approximately half of women and men reported that they and their partner equally often decide when and where to have sex. It was more common for men to report that their partner decided where and when to have sex. A larger percentage women, as compared to men, most often feel free to take sexual initiatives, know how to say no to having sex, know how to suggest how to have sex, and know how to say no if a sex partner want to do something they do not want to do.

Men with shorter education feel freer to say no to having sex compared to men with lower educational level. Women with university education are more likely to find sex to be important in

relationships, know how to take the sexual initiative, and tend to more often be able to tell a partner how they want to have sex.

All sexual activity is to be voluntarily in Sweden, and it is a criminal offence to force someone to partake in sexual activities against their will. Sexual consent and voluntariness are prerequisites for good sexual health. It is important to spread information to young people, and schools are an important arena for this. Schools are a place where one early on can discuss ethics and basic human values and the right of all humans to make decision over their own bodies.

Most people know how to communicate if and how they want to have sex

Sexual communication and consent can be complicated to handle in practice because it is dependent on, for example, the context and the people involved. The ability to communicate in sexual situations might lead to different health outcomes. In the same government assignment, the study “Sexual communication, consent and health” was performed via the Novus Sverigepanel and included 12,000 participants.

The results show that most people reported that they have the ability to communicate if and how they want or do not want to have sex. Women, younger people, and those who live in a relationship reported this more often. The most common ways to communicate were verbally or with body language and eye contact. Sexual communication varied based on gender, education, and relationship status, among other things.

One third of the respondents think that their communication skills do not affect their wellbeing. One quarter feel that their communication skills make them feel better, and another quarter reported that these skills make them feel safer in sexual situations. One tenth feel insecure and stressed in sexual situations as a result of their communication skills.

Twice the number of women as men have complied with having sex

The Novus survey also shows that 63 percent of women and 34 percent of men have complied with having sex at least once even though they did not really want to. Reasons to comply were they did it for their partner's sake, for the relationship, or due to expectations. This was especially true for women. More women than men also ended ongoing sex. Bisexual women have more often complied with having sex even though they did not really want to compared to lesbians and heterosexual women. It was also more common among gay men and bisexual men to comply with having sex compared to heterosexual men.

Men stated to a greater extent that it has not been relevant to express that they do not want to have sex or that they do not want to have sex in a certain way, to comply with having sex, or to end ongoing sex.

The results therefore show that how one communicates what one wants and does not want to do when one has sex depends on gender, relationship status, educational attainment, age, sexual identity, and the situation itself. More knowledge is needed on how sexual communication is affected by masculinity and femininity norms together with other power structures such as heteronormativity.

Seventy percent of men consume pornography, while 70 percent of women do not

Pornography is widely debated, and research has found both negative and positive consequences of pornography consumption. Pornography is said to increase the acceptance of sexuality, sexual identities, and different sexual practices and to act as a source of inspiration. Research has also pointed out negative consequences of frequent pornography consumption on, for example, attitudes, behaviors, and sexual health. Frequent pornography consumption is, among other things, associated with more accepting attitudes toward violence against women, a tendency to want to try sexual activities inspired by pornography, and increased sexual risk taking. This is probably due to the content of pornography today, which to a large extent constitutes violence against women and male dominance. From a public health perspective, the aim of this survey was to explore how pornography consumption affects people's sex life, sexual well-being, and general health.

The results show that many women and men of all ages use the Internet for sex-related activities such as looking for information, reading sexually arousing texts, or looking for a partner. Almost all activities are most common among younger people and decrease with age. There are few differences in Internet use for sex-related activities among young people. It is more common among older men to use the Internet for sexual activities than among women.

Pornography consumption is much more common among men than among women, and it is more common among younger people compared to older people. A total of 72 percent of men report that they consume pornography, while the opposite is true for women, and 68 percent never consume pornography.

Forty-one percent of men aged 16 to 29 are frequent users of pornography, i.e. they consume pornography on a daily basis or almost on a daily basis. The corresponding percent among women is 3 percent. Our results also show an association between frequent pornography consumption and poorer sexual health, and an association with transactional sex, too high expectations of one's sexual performance, and dissatisfaction with one's sex life. Almost half of the population state that their pornography consumption does not affect their sex life, while a third do not know if it affects it or not. A small percentage of both women and men say their pornography use has a negative effect on their sex life. It was more common among men with higher education to regularly use pornography compared to men with lower education.

There is a need for more knowledge on the link between pornography consumption and health. An important preventive piece is to discuss the negative consequences of pornography with boys and young men, and school is a natural place to do this. Education on gender equality, sexuality, and relationships are mandatory in schools in Sweden, and sexuality education is an important part of the preventive work for sexual health for all.

Almost 10 percent of men have paid for sex

Transactional sex is used to describe a situation where a person gets, or is offered, compensation or reimbursement in exchange for sex. The compensation can be money, clothes, gifts, alcohol, drugs, or a place to sleep. Since 1999 it is illegal to buy sex in Sweden, while selling sex is not.

To pay or in other ways reimburse someone in exchange for sex is mainly a male phenomenon. Almost 10 percent of men – but fewer than one percent of women – reported to have at least once paid for sexual favors. It was more common to have paid for sex abroad, and 80 percent of men who paid for sex did so abroad. No differences were found between men with different educational levels. Gay men and bisexual men had more often paid for sex compared to heterosexual men (nearly 15 percent and 10 percent, respectively).

One of the purposes when criminalizing the buying of sex was to change attitudes towards paying for sex. Changing these attitudes is part of the broader work for gender equality that has to be undertaken in every corner of society in order to reduce women's vulnerability. To decrease the demand for prostitution is part of the overall goal to discontinue men's violence against women.

The results also show that it is rare to accept payment in exchange for sex. Nevertheless, it is more common among LGBT people. It is also more common to accept payment in exchange for sexual favors in Sweden among both women and men than to do so abroad.

The reasons for accepting payment in exchange for sexual favors are diverse. Prevention should therefore include different actions from public authorities, the education sector, and the health care sector. Those concerned should be offered social support and social interventions that encourage good sexual, physical, and psychological health regardless of sex or sexual identity.

Reproductive health: results on contraceptives, pregnancy, abortion, miscarriage, children, and child delivery

Reproduction is a central part of life. Contraceptive use, thoughts about children, and reproductive experiences such as pregnancy, abortion, miscarriage, and child delivery are important parts of our reproductive health and are also closely linked to our psychological, sexual, and general health.

The results show that fewer women aged 16–29 use birth-control pills among those with higher income compared to women with lower income as well as among women with higher education compared to those with lower education. The differences in use are probably due to differences in knowledge and fear of hormones and their side effects.

A third of all women reported they have had at least one abortion. This proportion, as well as the percentage who have experienced a miscarriage, has remained unchanged since the 1970s.

When women reported about their child deliveries, 26 percent said they had entailed physical consequences, 17 percent reported psychological consequences, and 14 percent reported sexual consequences. These consequences differ depending on age and educational attainment. Partners participating during the delivery of their child were also affected psychologically, physically, and sexually, although to a lesser extent. The majority of women with experience of child delivery had had an episiotomy or a spontaneous laceration, while 4 percent had a rupture involving the anal sphincter (grade 3 or 4). Approximately one tenth had sought care for problems related to the episiotomy or spontaneous lacerations in relation to delivery. Neither age, education level, nor income affected the seeking or receiving of care or problems related to child delivery.

Most people reported that they have the number of children that they want, except for men with

lower education. Three percent are involuntarily childless, whereas 5 percent in all age brackets do not want children. Approximately 7 percent of both women and men aged 30 to 84 have become parents without wanting to.

In conclusion, SRHR2017 showed that use of contraceptives among women in Sweden varies depending on age and need, but also on income and educational level. Reproductive experiences such as pregnancy, abortion, miscarriage, and child delivery vary depending on a range of factors such as age, income, education, sexual identity, and sometimes region. Further knowledge on associations with more variables is needed to know how to best go about addressing inequities in reproductive health.

SRHR – an issue of gender equality and equity

SRHR2017 showed differences in sexual and reproductive health and rights between different groups in the population. The answers to almost all questions in the survey differed between women and men, and the greatest gender differences were seen for:

- sexual harassment and sexual violence
- experiences of payment in exchange for sex
- pornography use
- several different experiences in people's sex lives

This reflects different gender conditions regarding sexual and reproductive health. Further, the results show greater vulnerability among women, younger people, non-heterosexuals, and trans people and to a certain degree among people with lower income and education.

A majority of the population have good sexual health, which of course is a positive result. At the same time, sexuality and people's sex lives differ, sometimes a lot, between women and men. For example, women more often experience low sex drive because of fatigue and stress compared to men. Why men less often feel free to say no to sex needs to be studied further. There are strong norms in our society regarding sex and sexuality, and gender roles, norms regarding femininity and masculinity, and norms regarding heterosexuality affect to what extent people feel free to live their lives as they see best.

Sexual harassment, assault, and sexual violence and how these affect our health is an important public health issue. The prevalence and the consequences do not just affect the victimized individual; they are also a marker for how equal a society is.

Based on the results of SRHR2017, there appears to be a need for more discussions and analyses on sexuality regarding support, advice, and education. For young people we have youth clinics and maternity health care centers where issues related to sex also can be discussed – but that mainly target women – and there are few places where older people can turn to receive help regarding their sex life and sexuality. There is a need to systematically monitor and evaluate these preventive institutions, especially youth clinics, also because of the need of men for support, advice, and care related to their sexuality. We need to emphasize the reproductive rights and health of men and discuss men's rights to reproductive health, the path to having children, their use of contraceptives, treatment for sexually transmitted diseases, and general sexual health.

In SRHR2017, we see that women and men of all ages use digital arenas for sexual purposes. Young people are more active online, and differences between the sexes are small among young people. UMO.se is an online youth clinic and a good example of how to handle sexuality issues in way that reaches many and with high quality.

Schools are important arenas for improving gender equality and equity regarding health, and the sex education in schools constitutes an important part of SRHR. Sex education in schools and school health care are to provide information to all students about structural perspectives, like legislation and norms, and individual perspectives, such as the physical body, sexual health, relationships, and sexuality. Studies show that students receive more information on sexual health, pregnancy, and contraceptive use than about gender equality, LGBT perspectives, and relationships even though sex education has been subjected to improvements such as integration into other subjects. The improvement work with sex education is supported by a quality assessment from the School Inspection, improvements from the School Authority, and international guidelines regarding sex education from UNESCO and WHO Europe.

SRHR in Sweden – how to proceed

Sweden has a unique opportunity to reach gender-equal sexual and reproductive health and rights based on Swedish legislation, UN conventions, and established policy documents. Sweden has a strong political consensus, which is also reflected in Agenda 2030.

Sexuality is a determinant of health, and the interplay between structural, socioeconomic, demographic, and biological factors influences sexual health. Sexuality and sexual health are dependent on many other aspects of health and lifestyle factors, such as mental health and the use of alcohol and drugs.

In conclusion, our results confirm our prior understanding of SRHR, namely that social prerequisites are crucial for people's freedom and sense of control over their sexuality and reproduction and to have good sexual, reproductive, mental, and general health. Gender differences exist due to structures, norms, and expectations on both the individual level and societal level, and this creates patterns that affect people's sex life, communication, relationships, and family life in relation to health.

An important public health issue is sexual harassment, assault, and sexual violence and how this negatively affects health. Harassment, assault, and sexual violence have to stop.

We need further knowledge on differences due to gender, socioeconomic status, and sexual identity in order to improve gender equality and equity. The conditions for and the rights to sexual health need to be monitored and analyzed.

SRHR is coordinated on a national level by The Public Health Agency of Sweden, which works to improve knowledge and national cooperation. In the monitoring of the sustainable development goals, the Swedish gender equality policy, and the strategy to end men's violence against women, the SRHR issues and specific items from this material are essential. The knowledge generated by this study is a starting point for further public health improvements within the field of SRHR in Sweden.

To examine sexual and reproductive health and rights

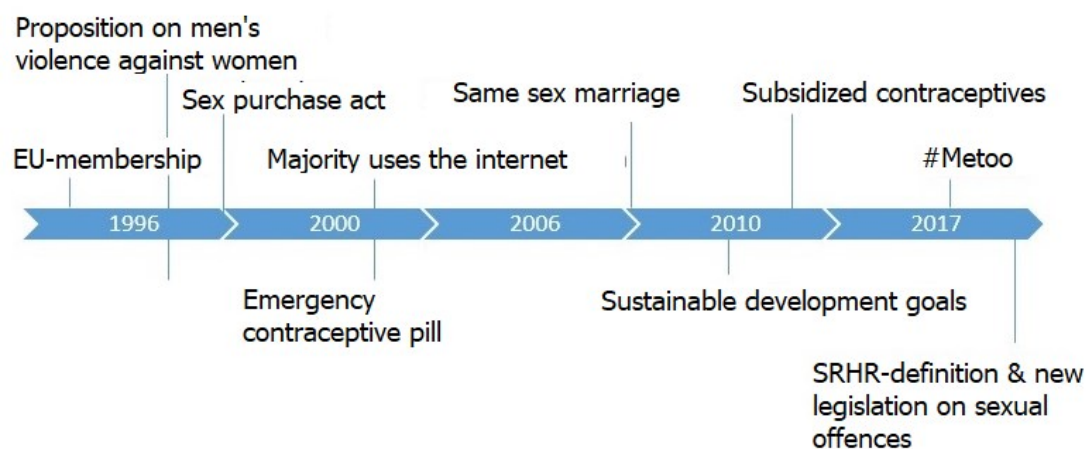
The Public Health Agency of Sweden coordinates SRHR nationally, builds knowledge, and monitors SRHR in Sweden. The purpose with the government's assignment for the agency to perform a population survey on SRHR was to increase knowledge and by doing so create better conditions for SRHR in Sweden.

Paradigm shift in sexuality issues

The link between sexuality and health has been investigated previously. Sweden performed the first population-based sexuality survey in the world in 1967. After ten years of preparation, the former Public Health Institute of Sweden undertook, on assignment from the government, the study "Sex in Sweden" in 1996. This study is often cited concerning sexuality and health issues, largely due to the lack of large studies on the topic.

During the past 20 plus years since 1996, several important changes and reforms have been passed. In the time line below, we show a selection of these societal changes. Some of the greatest changes are the introduction of the Internet, improved rights for LGBT people, and Sweden's membership in the EU, which together with increased globalization have increased the mobility of people and services.

Figure 1. Time line with some of the changes in the SRHR field since 1996.



When the Public Health Agency in 2017 conducted the survey described here, it was done in a new context for SRHR. This is most evident regarding gender equality and feminism, norm awareness, improved LGBT rights, and of course the Internet. In addition, the Guttmacher–Lancet commission for sexual and reproductive health and rights developed a thorough and evidence-based agenda with priorities for SRHR in 2018. Their definition of SRHR is:

Sexual and reproductive health is a state of physical, emotional, mental and social well-being in relation to all aspects of sexuality and reproduction, not merely the absence of disease, dysfunction or infirmity. Therefore, a positive approach to sexuality and reproduction should recognize the part played by pleasurable sexual relationships, trust and communication in promoting self-esteem and overall well-being. All individuals have a right to make decisions

governing their bodies and to access services that support that right.

Achieving sexual and reproductive health relies on realizing sexual and reproductive rights, which are based on the human rights of all individuals to:

- have their bodily integrity, privacy, and personal autonomy respected
- freely define their own sexuality, including sexual orientation and gender identity and expression
- decide whether and when to be sexually active
- choose their sexual partners
- have safe and pleasurable sexual experiences
- decide whether, when, and whom to marry
- decide whether, when, and by what means to have a child or children and how many children to have
- have access over their lifetimes to the information, resources, services, and support necessary to achieve all of the above free from discrimination, coercion, exploitation, and violence

To monitor SRHR

The global goals of Agenda 2030 focus on improved gender equality and equity and on strengthening people's sexual and reproductive health and rights. Many of the goals in Agenda 2030 are related to SRHR, foremost goal number 3 about health and well-being for all ages and goal number 5 about gender equality and the empowerment of all women and girls.

Following the development of SRHR in Sweden is central to being able to fulfill the global goals. This is largely due to the great gender differences and the differences between age groups. The definition of SRHR summarizes the key reasons for why women, children, and young adults are the focus in order to reach the global goals. Several authorities and other operators continually work with these issues together with the health care sector, the social services, and the schools as central arenas.

Table 1. The most relevant global goals and targets for SRHR.

 GLOBALA MÅLEN för hållbar utveckling	TARGETS
3. Good health and wellbeing	3.1 Reduce maternal mortality
	3.2 End all preventable deaths under age 5.
	3.3 By 2030, end the epidemics of AIDS, tuberculosis, malaria, and neglected tropical diseases and combat hepatitis, water-borne diseases, and other communicable diseases.
	3.7 By 2030, ensure universal access to sexual and reproductive health-care services – including family planning, information, and education – and the integration of reproductive health into national strategies and programs.
5. Gender equality	5.1 End all forms of discrimination against all women and girls everywhere.
	5.2 Eliminate all forms of violence against all women and girls in the public and private spheres, including trafficking and sexual and other types of exploitation.
	5.3 Eliminate all harmful practices, such as child, early, and forced marriage and female genital mutilation.
	5.6 Ensure universal access to sexual and reproductive health and reproductive rights.
10. Reduced inequalities	10.3 Ensure equal opportunity and reduce inequalities of outcome, including by eliminating discrimination.

Method

The population-based survey SRHR2017 was a survey among the Swedish general population that was carried out by the Public Health Agency in collaboration with Statistics Sweden and Enkätfabriken AB. The survey included questions on general and sexual health, sexuality and sexual experiences, sexuality and relations, the Internet, payment in exchange for sexual favors, sexual harassment, sexual violence, and reproductive health. Therefore, the scope of SRHR2017 was much broader compared to that of “Sex in Sweden” from 1996. The SRHR2017 study was approved by the ethical committee in Stockholm (Dnr: 2017/1011-31/5).

The survey was sent by mail to a representative stratified sample of 50,000 individuals with help from the Total Population register. The response rate was 31 percent. The dropout rate was higher among people with lower education and among those born outside of Sweden. The percentage of dropouts was slightly higher than in general surveys about health, but similar to other surveys about sexuality and health. We used calibration weights to adjust for non-response and to be able to draw inferences to the total population. Still, the results should be interpreted carefully. SRHR2017 is the first population-based study on SRHR in Sweden, and the results are presented by sex, age-group, educational level, sexual identity, and in some cases for trans people.

In addition, the Public Health Agency performed a web survey during the fall of 2018 about sexual communication, sexual consent, and health among approximately 12,000 respondents from the Novus Sverigepanel. This panel contains 44,000 individuals who are randomly selected for different surveys. According to Novus, their panel is representative of the Swedish population

regarding sex, age, and region within the age-bracket 18–79. The panel surveys often reach a response rate of 55–60 percent, and our survey had a response rate of 60.2 percent. For further information, please see the report ”Sexuell kommunikation, samtycke och hälsa” by the Public Health Agency of Sweden.

Undersökningen SRHR2017 – bakgrund och metod

Folkhälsomyndigheten har gjort en befolkningsbaserad nationell enkätstudie på området sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR). Detta kapitel sammanfattar bakgrunden till området och metoden för undersökningen SRHR2017.

Enkäten handlade om sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter som en hälsodeterminant ur perspektivet folkhälsa, jämlikhet och jämställdhet. Frågorna gällde allmän och sexuell hälsa, sexualitet och sexuell erfarenhet, sexualitet och relationer, internet, sex mot ersättning, diskriminering, våld och utsatthet samt reproduktiv hälsa. SRHR2017 har ett bredare fokus än frågorna i tidigare svenska sexualvanestudier. Frågeområdena gäller viktiga samhällsområden med koppling till hälsan i befolkningen.

Undersökningen SRHR2017 genomfördes 2017 i samarbete med Statistiska centralbyrån och Enkätfabriken AB. Enkäten skickades ut till ett randomiserat stratifierat urval av totalbefolkningsregistret på ca 50 000 individer. Svarsfrekvensen blev 31 procent. Bortfallet var skevt, med högre bortfall bland exempelvis personer med lägre utbildning. Orsakerna till bortfallet är liknande som för andra undersökningar och har hanterats med viktning för att svaren i möjligaste mån representera Sveriges befolkning.

Undersökningen är den första större befolkningsstudien med slumpmässigt urval om SRHR i Sverige och resultaten kan redovisas utifrån bland annat kön, ålder, socioekonomi och sexuell identitet. En svaghet är det stora bortfallet, en annan att vissa frågor i enkäten efterfrågade erfarenheter under hela livet medan andra undersökningar gäller t.ex. det senaste året. Resultaten ger inte den fullständiga och slutliga bilden av läget inom SRHR, men genom studien får vi mer och uppdaterad kunskap.

Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter i ett folkhälsoperspektiv

Området sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) berör hela befolkningen och omfattar människans hela livscykel. Det är ett område med betydelse för varje människas självkänsla, nära relationer och välbefinnande, och är en av hälsans bestämningsfaktorer och utfall. I livscykelperspektivet understryks människors olika behov och således olika fokusområden för att förebygga ohälsa, från prenatala stadiet, skolålder, tonårstiden, till unga och unga vuxnas livsvillkor, möjligheten till utbildning och försörjning, familjebildning och åldrande. Under alla dessa faser ackumuleras risk- och friskfaktorer, och således positiva och negativa effekter på hälsoutfallet och välbefinnandet inom SRHR (1).

Folkhälsomyndigheten har regeringens uppdrag att verka för kunskapsuppbyggnad och nationell samordning inom SRHR och att följa upp utvecklingen på området (2). Arbetet för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter syftar till att förbättra samhälleliga och sociala förutsättningar för ökad sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter för individen. En utgångspunkt är det övergripande folkhälsopolitiska målet att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen (3). En annan utgångspunkt är allas lika värde och principen om ickediskriminering i relation till sexuell och reproduktiv hälsa. Detta inkluderar rätten till

information och tillgång till hälso- och sjukvård. Tidigare kunskapsunderlag och forskning i Sverige tyder på att det finns ojämlikheter i SRHR mellan olika grupper, så att barn, unga och unga vuxna, sexuella minoriteter och olika migrantgrupper i vissa fall är missgynnade (4-6). Det är således viktigt att förebyggande insatser riktas till specifika grupper för att minska ojämlikheten.

SRHR bygger också på ett normkritiskt perspektiv som bland annat gör det lättare att få syn på, och ifrågasätta, de normer som begränsar eller på annat sätt påverkar uppfattningar om vad som är ”normalt” och därmed oreflekterat uppfattas som önskvärt. Normkritik är således ett verktyg för att långsiktigt främja lika rättigheter och möjligheter genom att ifrågasätta och kritiskt granska det rådande arbetet och maktstrukturerna. Många normer samverkar – och ibland motverkar de varandra – i ett komplext system som påverkar hur olika gruppers rättigheter upprätthålls eller inte. Hur olika maktordningar samspelar synliggörs med hjälp av ett så kallat intersektionellt perspektiv (7).

Området SRHR har utvecklats mycket under de senaste decennierna. Vid den internationella befolkningskonferensen i Kairo år 1994 (ICPD) antog 179 länder ett handlingsprogram, Program of Action (8). Där lyftes, för första gången, reproduktiv hälsa som en mänsklig rättighet. Programmet innehåller 243 rekommendationer där individers sexualitet och reproduktion står i centrum. Kairodeklarationen fastställde att reproduktiv hälsa gäller alla människors samlevnad, relationer och sexualliv samt att den omfattar hela livscykeln och inte begränsas till den fertila tiden i en människas liv. Begreppet omfattar kunskap om sexualitet och reproduktion, skydd mot hiv och andra sexuellt överförda infektioner, tillgång till preventivmedel och vård under graviditet och förlossning, och vård av nyfödda. Tillgång till säker abort tillförsäkrades också, men enbart i de länder där abort var lagligt. Pekingdeklarationen kom 1995 då FN:s fjärde kvinnokonferens hölls i Peking där en gemensam handlingsplan (Beijing Platform for Action) antogs av 189 länder (9). Den innehåller en rad åtgärder inom tolv särskilt kritiska områden där kvinnor diskrimineras, och berör bland annat fattigdom, utbildning, hälsa, våld, inflytande och mänskliga rättigheter. Handlingsprogrammet slår fast att sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter är en förutsättning för att kvinnor aktivt ska kunna delta i samhällets alla delar.

En SRHR-strategi har tagits fram, som beskriver svenska regeringens ställningstaganden och strategier för det internationella biståndsarbetet (10). Det finns däremot ingen SRHR-strategi som stöd för det svenska arbetet. Inom ramen för jämställdhetspolitiken i Sverige (11) är målet att kvinnor och män ska ha samma makt att forma samhället och sina egna liv. Detta har också relevans inom SRHR-området, liksom regeringens strategi mot mäns våld mot kvinnor (12). Den svenska folkhälsopolitiken och en rad policydokument, strategier, FN-konventioner och svenska lagar belyser mänskliga rättigheter, rätten till hälsa och vård samt förbudet mot diskriminering utifrån kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder. De globala hållbarhetsmålen (Agenda 2030) har ett fokus på ökad jämställdhet och jämlikhet och på att sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter ska stärkas (13). I Europa arbetar WHO och medlemsländer utifrån WHO Euro Action plan för sexuell och reproduktiv hälsa 2017–2021 (14).

SRHR – definitioner och innebörd

Guttmacher-Lancet-kommissionen för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter definierar SRHR enligt följande (15):

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.

Att uppnå sexuell och reproduktiv hälsa är beroende av att vi inser att sexuella och reproduktiva rättigheter är del av de mänskliga rättigheterna, och innebär att alla har rätt till:

- få sin kroppsliga integritet, personliga sfär och självbestämmanderätt respekterad
- fritt definiera sin egen sexualitet, inklusive sin sexuella läggning, könsidentitet och könsuttryck
- bestämma om och när man vill vara sexuellt aktiv
- själv välja sexpartner
- ha säkra och njutbara sexuella erfarenheter
- avgöra om, när och med vem man ska ingå äktenskap
- bestämma om, när och hur man skaffar barn och hur många barn man vill ha
- under hela livet ha tillgång till information, resurser, tjänster och stöd som krävs för att uppnå det som nämnts ovan, fritt från diskriminering, tvång, utnyttjande och våld

Denna definition belyser bredden och omfattningen på området SRHR och avgränsar inte till specifika sjukdomar eller åkommor. Denna definition är mer i linje med SRHR i en svensk kontext än tidigare internationella definitioner av sexuell och reproduktiv hälsa har varit, och rättighetsaspekterna är nu mer framträdande än tidigare.

Sex, sexualitet, reproduktion, rättigheter och hälsa – tidigare studier

Under de senaste 30 åren har stora framsteg gjorts inom forskning om sexualitet. De första större befolkningsundersökningarna om sexuellt beteende genomfördes på 1980-talet som ett svar på spridningen av hiv och möjligheterna att diagnosticera sjukdomen. I Sverige har det sedan 1987 med jämna mellanrum genomförts befolkningsbaserade studier om kunskaper, attityder och beteenden som rör hiv (16), och i England har liknande undersökningar genomförts flera gånger (17). Undersökningar om sexualitet och sexuellt beteende har också under åren gjorts i andra delar av världen (18). Dessa studier har visat betydande förändringar i sexuellt beteende under den senare hälften av 1900-talet. I Sverige och andra västerländska höginkomstländer består förändringarna av bland annat tidigare sexdebut, fler sexpartner och förändringar i relationer och barnafödande.

Den första befolkningsbaserade sexualvanestudien genomfördes 1967 och var den första i sitt slag i världen (19). Undersökningen var en befolkningsbaserad enkätundersökning med ett urval på 4781 personer. Intervjuer genomfördes sedan med 2810 (svarsfrekvens 59 procent). Bortfallet var skevt och framför allt äldre kvinnor var underrepresenterade i materialet. År 1996 genomförde dåvarande Folkhälsoinstitutet en nationell studie om människors förhållningssätt till sin sexualitet (20) i samarbete med SIFO och Stockholms universitet. Det anses vara den andra befolkningsbaserade sexualvanestudien i Sverige. Sedan 1996 har ingen övergripande nationell

befolkningsstudie gjorts inom området sexualvanor i Sverige, men det finns undersökningar som fokuserat på andra specifika områden. Mycket forskning har också gjorts på sexuellt beteende, sexualitet, sexuell hälsa, reproduktiv hälsa och rättigheter, och evidensbasen kring dessa frågor är därför bred.

Sexuellt beteende formas av den sociala och historiska kontexten, och forskningen om ämnet påverkas på liknande sätt. Syftet och innehållet i befolkningsundersökningar om sexualitet har med tiden också förändrats. I början fokuserade de endast på sexualvanor, men i dag är dessa undersökningar bredare och omfattar både reproduktiv och sexuell hälsa samt välbefinnande. Vi har i dag en bredare definition av sexuell hälsa som inte enbart inbegriper frånvaro av sjukdom och problematik utan även betonar vikten av att människor ska få leva ett liv som är fritt från sexuellt tvång, kränkning, diskriminering och våld (21, 22). Flera studier har visat ett samband mellan sexuellt våld och risk för hiv/STI (23) och ofrivillig graviditet (24). Över tid har förbättrade urvalsstrategier, frågekonstruktion, mätteknik och datainsamlingsmetoder höjt kvaliteten på data. Parallellt med det har biologiska mått som STI-prevalens och hormonnivåer kommit att komplettera självrapporterade data (25).

Under de senaste åren har det genomförts ett par slumpmässiga befolkningsstudier i Europa. I Storbritannien har undersökningen Natsal genomförts i tre omgångar. Den senaste, Natsal nummer 3, genomfördes 2012 med en enkät och intervjuer med ett randomiserat urval. Biologiska prover för STI (26) togs också för att komplettera enkätdata. I Tyskland genomförs 2018 en undersökning om sexuell hälsa, och i Nederländerna genomfördes två representativa befolkningsstudier om sexuell hälsa 2017. Den ena gjordes bland vuxna 18–84 år och besvarades av ca 17 000 personer (27), medan den andra omfattade ungdomar 12–25 år och besvarades av ca 20 500 personer (28). Liknande studier har tidigare genomförts i Nederländerna 2005 och 2012 men med färre respondenter (29, 30). I Danmark genomfördes 2018 en befolkningsundersökning om sexuell hälsa av Aalborgs universitet i samarbete med danska Statens Serum Institut (31).

Syftet med SRHR2017

Folkhälsomyndigheten har ansvaret att verka för uppföljning, kunskapsuppbyggnad och nationell samordning inom sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter i Sverige. På uppdrag av regeringen genomfördes denna befolkningsbaserade nationella enkätstudie om sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter år 2017 (32).

Det övergripande syftet med enkätstudien är att skapa bättre förutsättningar för ett effektivt folkhälsoarbete när det gäller sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter. Mer specifikt vill vi öka kunskapen och stärka arbetet med att främja och följa upp området SRHR i Sverige. Frågorna i enkäten handlade således om sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter som en hälsodeterminant ur perspektivet folkhälsa, jämlikhet och jämställdhet. Jämfört med tidigare sexualvanestudier har denna studie ett bredare fokus på sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter, i enlighet med den nya definitionen av SRHR, och omfattar således inte bara exempelvis sexualvanor, sexliv eller sexuellt överförda infektioner.

Studien har godkänts av Regionala etikprövningsnämnden i Stockholm (Dnr:2017/1011-31/5).

Metodbeskrivning SRHR2017

I Sverige finns befolkningsregister som omfattar både hälsoområdet och människors boenden, utbildning, arbete och inkomst. Dessa register används ofta i olika undersökningar, statistiska rapporter och vetenskapliga studier. Inom ämnesområdet SRHR återfinns data i register, såsom information om graviditet, förlossning och aborter. Information om t.ex. människors attityder på området SRHR, sexuella identitet och sexvanor återfinns av naturliga skäl inte i några register. När en myndighet, organisation eller forskare idag önskar mäta och studera SRHR i befolkningen är den främsta metoden att göra ett så kallat stratifierat obundet slumpmässigt urval från hela befolkningen och låta dessa personer besvara t.ex. en enkät eller bli intervjuade. Det finns naturligtvis både för- och nackdelar med dessa metoder, och det diskuteras i avsnittet Diskussion.

Enkätfrågor om SRHR

Frågeformuläret bestod av 66 numrerade frågor. Flera av dem hade delfrågor vilket totalt genererade 118 frågor (enkät finns i bilaga 1).

Frågeområdena fokuserade på bestämningsfaktorer för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter:

- bakgrund om kön, transexfarenhet och sexuell identitet
- social situation om socialt och praktiskt stöd
- hälsa om allmän, sexuell, fysisk och psykisk hälsa
- sexualitet och sexuell erfarenhet om sexliv, erfarenheter, kunskap, problem och nöjdhet
- sexualitet och relationer om attityder och egenmakt
- internet om erfarenheter av sexuella aktiviteter via internet, mobil eller appar
- sex mot ersättning om erfarenheter av att ge eller ta emot ersättning för sex
- diskriminering, våld och utsatthet om erfarenheter av diskriminering, sexuella trakasserier och sexuellt våld
- reproduktiv hälsa om reproduktiva erfarenheter, graviditetsutfall som missfall, abort och förlossning

Folkhälsomyndigheten utformade frågorna i enkäten i samarbete med Statistiska centralbyrån (SCB). Samråd skedde även med forskare inom sexuell och reproduktiv hälsa, Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (MUCF), Nationella sekretariatet för genusforskning vid Göteborgs universitet, Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK) vid Uppsala universitet, Riksförbundet för sexuell upplysning (RFSU) och Riksförbundet för homosexuellas, bisexuellas, transpersoners och queeras rättigheter (RFSL).

Enkätens frågor utvecklades delvis utifrån undersökningen ”Våld och Hälsa” som genomfördes 2014 av NCK, Natsal 3 som genomfördes i England, Sex i Sverige som genomfördes av Statens Folkhälsoinstitut, och andra enkätundersökningar inom sexuell hälsa. Helt nya frågor finns också med i enkäten. Det är ibland problematiskt att använda frågor från äldre undersökningar, såsom Sex i Sverige, eftersom språkbruket och samhället förändras. En del gamla frågor är inte längre aktuella och relevanta, och de skulle ibland också kunna förstärka fördomar. En nackdel med att ställa nya frågor är dock att det inte finns några tidigare svar att jämföra med om man vill belysa utvecklingen över tid.

Efter utformning av enkäten genomfördes en standardgranskning och kognitiva intervjuer av mätteknisk expertis i syfte att minska risken för mätfel. Grunden för bra kvalitet i en undersökning är en hög kvalitet på data som samlas in. För att säkerställa att frågorna fungerade så bra som möjligt har därför alla enkäter genomgått mättekniska tester.

Förutom de variabler som samlades in via enkäten inhämtades följande registervariabler: kön, ålder under året, födelseland grupperat på världsdel (Sverige, Norden utom Sverige, Europa utom Norden, Afrika, Asien, Nordamerika, Sydamerika, Oceanien och övriga), invandringsår, högst uppnådda utbildning, län, inkomstgrupp och sysselsättning.

Åldersspann och antalet respondenter

Enkäten riktades till individer i åldrarna 16–84 år. Det gäller även andra befolkningsbaserade undersökningar såsom Hälsa på lika villkor (HLV) och Hiv i Sverige 2016, vilket möjliggör jämförelser.

SCB var ansvariga för urvalsdragning, utskick och leverans av registervariabler. SCB ansvarade även för populationsurvalet. Urvalsramen byggde på Registret över totalbefolkningen (RTB) i juni 2017. Antalet personer i urvalsramen var 7 906 368, dvs. de personer som vid tidpunkten var i åldrarna 16–84 år och var folkbokförda i Sverige. Från urvalsramen drogs ett stratifierat obundet slumpmässigt urval om 50 016 personer. Ett stratifierat obundet slumpmässigt urval innebär att alla objekt inom ett stratum har samma sannolikhet att komma med i urvalet. Totalt bildades 48 stratum utifrån kön, ålder och bostadsregion.

Urvalsramen stratifierades på kön (2)* ålder (4) * regioner (6)

Kön (2 grupper): Kvinna, Man

Ålder (4 grupper): 16–29, 30–44, 45–64 och 65–84 år

Regioner (6 grupper):

- Region Norrbotten, Region Västerbotten, Region Jämtland Härjedalen och Region Västernorrland
- Region Gävleborg, Region Dalarna, Region Västmanland, Region Värmland och Region Uppsala
- Region Sörmland, Region Östergötland, Region Örebro län, Region Jönköpings län, Region Kalmar län, Region Kronoberg, Region Halland och Region Blekinge
- Västra Götalandsregionen
- Region Skåne
- Region Stockholm och Region Gotland

Utskick och statistisk bearbetning

I ett första informationsbrev kunde uppgiftslämnarna läsa om undersökningens bakgrund och syfte samt att undersökningen genomfördes i samarbete mellan Folkhälsomyndigheten och SCB. Enkätfabriken AB var ansvarig för utveckling och support av webbenkäten och att skanna in svaren från pappersenkäten. Detta framgick också i informationsbrevet samt att uppgifter

hämtades från SCB:s register och att en avidentifierad datafil skulle levereras till Folkhälsomyndigheten. Brevet informerade även om personuppgiftslagen och offentlighets- och sekretesslagen, och att det var frivilligt att medverka i undersökningen. I det andra utskicket skickades pappersenkäten per post till respondenterna tillsammans med information om att enkäten även gick att fylla i via internet (bilaga 1). Efter det skickades ytterligare en pappersenkät ut. Två skriftliga påminnelser skickades ut. Den totala datainsamlingstiden omfattade drygt en och en halv månad.

Svarsfrekvens och viktning

Totalt besvarades enkäten av 15 186 personer, vilket ger en svarsfrekvens på 30,5 procent. Skattningar som bygger på enbart de svarande kan vara skeva om bortfallet, alltså de som inte svarade, skiljer sig från de svarande när det gäller undersökningsvariablerna. För att reducera bortfallsskevheter har vikter beräknats med hjälp av en s.k. fördjupad kalibrering. Genom att beräkna en vikt för varje svarande person kan vi redovisa resultaten för hela befolkningen och inte bara för de svarande. Vikten kallas därför även för uppräkningsstal. Vikterna har beräknats utifrån urvalsdesignen och antaganden om objektsbortfall och täckningsfel. Beräkningen gjordes av SCB. Dock bör den statistik som tas fram tolkas med försiktighet och man bör ha i åtanke att det kan finnas skevheter kvar även efter viktning. För ytterligare information hänvisas till SCB:s Teknisk rapport – en beskrivning av genomförandet och metoder SRHR - Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter 2017.

Resultaten har viktats vad gäller kön, ålder, region, födelseland och utbildningsnivå i förhållande till det förväntade resultatet (viktat). Det är de viktade resultaten som presenteras i rapporterna från SRHR2017. Nedan redovisas fördelningen mellan oviktade och viktade frekvenser, vilken reflekterar bortfallet.

Kön

Tabell 1. Kön

K Ö N	OVIKTAT %	VIKTAT %	SVARSANDEL %
Kvinna	56,2	49,7	34,3
Man	43,8	50,3	26,8

Det är fler kvinnor än män som besvarade enkäten, vilket är vanligt i liknande undersökningar.

Region

Bostadsort baseras i denna enkätundersökning på de sex regionala nätverk som har etablerats av landstingen i arbetet med hiv- och STI-prevention. Med den indelningen kan vi genomföra ytterligare databearbetningar och analyser av resultaten på nätverksnivå.

”Norr” består av landstingen i Västernorrland och Västerbotten samt Region Jämtland Härjedalen och Region Norrbotten. ”Mellansverige” utgörs av landstingen i Värmland och Dalarna samt regionerna Gävleborg, Västmanland och Uppsala. Till ”Mellanöstra Sverige” räknas landstingen i Sörmland, Kalmar och Blekinge samt regionerna Kronoberg, Halland, Östergötland, Jönköping och Örebro. Stockholms läns landsting och Region Gotland utgör ett

eget nätverk liksom Region Skåne samt Västra Götalandsregionen.

Tabell 2. Regioner

REGIONALA NÄTVERK	OVIKTAT %	VIKTAT %	SVARSANDEL %
Norr	17,3	9	31,6
Mellansverige	16,5	14,9	30,5
Mellanöstra Sverige	16,8	23	31
Stockholm/Gotland	16,6	23,2	29,9
Region Syd	15,9	13,3	29,1
Västra Götaland	16,8	16,7	31

Tabellens viktade skattningar visar fördelningen i olika regioner i Sverige för personer 16–84 år. Skillnaden mellan oviktade skattningar och viktade beror till största delen på svarsandelen och skevheter i andra bakgrundsvariabler.

Åldersgrupper

Tabell 3. Åldersgrupper

ÅLDERSGRUPP	OVIKTAT %	VIKTAT %	SVARSANDEL %
16–29	20,6	21,9	24,7
30–44	23,0	24,4	27,9
45–64	26,2	31,6	31,8
65–84	30,2	22,1	37,0

Tabellens viktade skattningar visar fördelningen av ålder i Sverige för personer 16–84 år. Skillnaden mellan oviktade skattningar och viktade beror till största delen på svarsandelen och skevheter i andra bakgrundsvariabler.

Utbildningsnivå

Tabell 4. Utbildningsnivå

UTBILDNINGSNIVÅ	OVIKTAT %	VIKTAT %	SVARSANDEL %
Förgymnasial	17,2	22,9	21,9
Gymnasial	45,0	48,0	27,3
Eftergymnasial, ≥ 2 år	37,8	29,1	40,6

Tabellens viktade skattningar visar fördelningen av utbildningsnivå i Sverige för personer 16–84 år. Skillnaden mellan oviktade skattningar och viktade beror till största delen på svarsandelen och skevheter i andra bakgrundsvariabler.

Bortfallsanalys

På uppdrag av Folkhälsomyndigheten har SCB genomfört en bortfallsanalys. Bortfallet består av både objektsbortfall, dvs. att en del personer inte besvarade enkäten, och partiellt bortfall, dvs. att vissa frågor i enkäten inte är besvarade. Svarsandelen bland personer födda i Sverige var 33,8 procent. Bland personer födda i övriga Europa, Nordamerika och Oceanien var den 22,4 procent, bland dem födda i Afrika och Sydamerika 12,9 procent, och bland personer med födelseland i Asien svarade 12,2 procent.

Objektsbortfall och partiellt bortfall

Majoriteten av objektsbortfallet är personer som inte gett något svar på enkäten.

Tabell 5. Objektsbortfall

	ANTAL
Avböjd medverkan	432
Inget svar	32 819
Insänd blank/oanvänd	327
Postreturer	753
Förhindrad medverkan	129
Inte anträffade	126
Totalt	34 568

Det partiella bortfallet kan bero på att frågan är svår att förstå eller känslig, att uppgiftslämnaren glömmer att besvara frågan eller att instruktionerna vid s.k. hoppfrågor misstolkas. Det partiella bortfallet var 0–14 procent för de flesta frågorna.

SCB:s slutsatser av bortfallet är att det inte är slumpmässigt utan att det finns variabler som påverkar benägenheten att svara. Bortfallsanalysen visar att de som inte svarade i högre utsträckning var födda utanför Sverige, hade lägre utbildningsnivå, hade föräldrar med lägre utbildningsnivå, var män och tillhörde de yngre åldersgrupperna. Resultatet av bortfallsanalysen överensstämmer med många andra undersökningar.

I Folkhälsomyndighetens kvalitetsgranskning av data exkluderades ytterligare 639 personer på grund av inkongruenta svar. Det slutgiltiga antalet analyserade respondenter var 14 547, varav 8 176 kvinnor och 6 371 män.

Den statistik som tas fram bör behandlas med försiktighet och man bör ha i åtanke att det kan finnas skevheter kvar även efter viktning.

Att följa upp utvecklingen inom SRHR

Folkhälsomyndigheten arbetar för att långsiktigt följa upp utvecklingen inom SRHR. Detta gör vi

med hjälp av dels självrapporterade datamaterial, såsom denna undersökning, dels registerdata. Resultaten från undersökningen SRHR2017 är en utgångspunkt för självrapporterade data (en s.k. baslinjemätning) och Folkhälsomyndighetens andra undersökningar exempelvis inom hiv och STI, sexuell hälsa samt hbtq-hälsa är också relevanta för framtida uppföljning.

Styrkor och svagheter

Denna undersökning är den första större randomiserade befolkningsstudien om sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter i Sverige. Många av de tematiska områden som enkäten innefattar är angelägna samhällsproblem, och kopplingen till hälsa är en viktig fråga. I dag finns dock för lite kunskap om exakt hur vanligt förekommande kränkningar och trakasserier är. Materialet tillåter att resultatet redovisas fördelat på exempelvis kön, ålder och sexuell identitet, vilket är efterfrågat och viktigt för att kunna bidra till ett effektivt folkhälsoarbete.

Denna typ av undersökningar, där frågor ställs till ett urval av befolkningen, har begränsningar. Ett generellt problem med enkätundersökningar är att svarsfrekvensen med tiden minskar. I denna undersökning är svarsfrekvensen 30,5 procent och bortfallet skevt, vilket vi till viss del har hanterat via viktning. Ett stort bortfall kan dock innebära mindre tillförlitliga resultat, vilket man alltid bör ha i åtanke när man tolkar resultat från urvalsundersökningar. Således bör samtliga resultat från SRHR2017 tolkas med försiktighet.

Den här enkäten innehåller 118 frågor (inklusive delfrågor), vilket vissa personer kan tycka är alltför tidskrävande så att de avstår från att delta. Dessutom kan en del frågor om sexualitet uppfattas som privata eller intima, vilket också kan innebära att personer avstår från att svara. Samtidigt kan ämnet motivera respondenten att svara, på grund av tidigare erfarenheter eller intresse. Den engelska termen ”self-selection” beskriver att människor som har ett extra starkt intresse för en fråga, ur en positiv eller en negativ ståndpunkt, är mer benägna att svara. Det starka intresset beror inte sällan på att personen ifråga har erfarenheter som skiljer sig från den övriga befolkningens, och de som svarar kan alltså ge andra svar än vad de som inte deltar skulle ha gjort. Resultatet bör därför tolkas med försiktighet.

Den här enkäten och dess frågekonstruktion har begränsningar som bör belysas, exempelvis att vi har använt frågor utan en tydlig tidsram. Liknande befolkningsundersökningar innehåller ofta frågor om erfarenheter under de senaste tolv månaderna. I den här enkäten ställdes dock t.ex. frågorna om sexuella trakasserier och våld med syftet att undersöka ”livstidsprevalens”, det vill säga erfarenhet av detta någon gång under livet. Därför utformades frågorna som ”har det hänt att du blivit utsatt för ...?”. Förutom svårigheten att jämföra svaren med tidigare undersökningar är en nackdel att resultaten konsekvent visar en fallande trend utifrån ålder – trots att livstidsprevalensen i stället bör öka i en tvärsnittsstudie av detta slag, oavsett justering för dödlighet och andra effekter. Detta beror snarare på så kallade minnesfel (eller på engelska recall bias) det vill säga glömska (som ofta ökar med åldern) och/eller andra minnesfel som till exempel beror på hur respondenter tenderar att återge olika händelser (33, 34). Det här betyder att många av estimaten är underskattningar. En annan svaghet är att flera frågor i enkäten har många svarsalternativ, vilket både kräver tålamod och kan försvåra för respondenten.

Alla undersökningsmetoder har olika fördelar och nackdelar. Folkhälsomyndighetens utgångspunkt med denna studie är inte att presentera den fullständiga och slutliga bilden av dessa aspekter av sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter, utan vi vill inom ramen för undersökningsmetoden bidra till mer kunskap.

Referenser

1. Marmot M. The Marmot Review. Strategic Review of Health Inequalities in England Post 2010. In: Institute of Health Inequalities U, editor. London 2010.
2. Sveriges Riksdag. Förordning (2013:1020) med instruktion för Folkhälsomyndigheten. 2018.
3. Regeringen. God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik Regeringens proposition 2017/18:249. 2018.
4. Folkhälsomyndigheten. Hälsan och hälsans bestämningss faktorer för transpersoner - En rapport om hälsoläget bland transpersoner i Sverige. 2015.
5. Folkhälsomyndigheten. Sexualitet och hälsa bland unga i Sverige - UngKAB15 – en studie om kunskap,. 2017.
6. Folkhälsomyndigheten. Sexualitet och hälsa bland unga och unga vuxna inom statlig institutionsvård - En studie om kunskap, attityder och beteende bland unga och unga vuxna 16–29 år. 2018.
7. Crenshaw K. Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color. Stanford Law Review. 1991;43(6):1241-99.
8. UNFPA ICPD. Programme of Action adopted at the International Conference on Population and Development Cairo, 5–13 September 1994. 1994.
9. United Nations (UN). Beijing Declaration and Platform for Action*. 1995.
10. Regeringen. Sweden's international policy on Sexual and Reproductive Health and Rights. 2006.
11. Regeringen. Mål för jämställdhet. 2016.
12. Regeringen. En nationell strategi för att förebygga och bekämpa mäns våld mot kvinnor Utdrag (kapitel 5, sid 109-155) ur Makt, mål och myndighet – feministisk politik för en jämställd framtid Skr. 2016/17:10. 2016.
13. Förenta Nationerna (FN). Svensk översättning av FN:s Transforming our world: The 2030 agenda for sustainable development. 2016.
14. World Health Organization Europe. Action Plan for Sexual and Reproductive Health: towards achieving the 2030 Agenda for Sustainable Development in Europe – leaving no one behind (2016). 2016.
15. Starrs AM, Ezeh AC, Barker G, Basu A, Bertrand JT, Blum R, et al. Accelerate progress; sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher Lancet Commission. The Lancet. 2018;391(10140):2642-92.
16. Folkhälsomyndigheten. Hiv i Sverige 2016 En studie om kunskap, attityder och förhållningssätt till hiv i befolkningen. 2017.
17. Maddox J. Sexual behaviour unsurveyed. Nature. 1989;341:181.
18. Wellings K, Collumbien M, Slaymaker E, Singh S, Hodges Z, Patel D, et al. Sexual behaviour in context: a global perspective. The Lancet. 2006;368(9548):1706-28.
19. Zetterberg H. Om sexuallivet i Sverige värderingar, normer, beteenden i sociologisk tolkning SOU 1969:2 Utbildningsdepartementet; 1969.
20. Folkhälsoinstitutet. Sex i Sverige, om sexuallivet i Sverige 1996 1996.
21. World Health Organization (WHO). Defining sexual health Report of a technical consultation on sexual health 28–31 January 2002, Geneva. 2006.
22. Wellings K, AM. J. Framing Sexual health research: adopting a broader perspective. The Lancet 2013;382:1759-62.
23. Sareen J, Pagura J, Grant B. Is intimate partner violence associated with HIV infection among women in the United States? General Hospital Psychiatry. 2009;31(3):274-8.
24. Mille E JB, Levenson R, Silverman JG. . Reproductive Coercion: Connecting the Dots Between Partner Violence and Unintended Pregnancy. Contraception. 2010 81(6):457–9.
25. Wellings K CJ. Surveys on sexual health: recent developments and future directions. . Sex Transm Infect 2001;177:238-41.
26. NATSAL. The National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles 2012. Hämtad från: <http://www.natsal.ac.uk/home.aspx>
27. Rutgers & the Dutch National Institute for Public Health and the Environment (RIVM). Sexual health in the Netherlands 2017. 2017.
28. SOAIDS and Rutgers Netherlands. Sex under the age of 25. 2017.
29. Graaf Hd, Meijer, S., Poelman, J., & Vanwesenbeeck, I. Seks onder je 25e: Seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2005.: Delft: Eburon; 2005.
30. Graaf Hd, Kruijer, H., Acker, J. van, & Meijer, S. Seks onder je 25e: Seksuele gezondheid van

- jongeren in Nederland anno 2012.: Delft: Eburon; 2012.
31. Danske Seruminstitut & Aalborg Universitet. Projekt Sexus 2018. Hämtad från:
<https://www.projektsexus.dk/Projekt%20SEXUS/Om%20Projekt%20SEXUS.aspx>
 32. Regeringen Socialdepartementet. S2016/04991/FS (delvis). 2016.
 33. Statistiska Centralbyrån. Frågor och svar om frågekonstruktion i enkät och intervjuundersökningar 2016.
 34. Streiner DL PS, Anthony J, Cairney J. . Has “lifetime prevalence” reached the end of its life? An examination of the concept. International journal of methods in psychiatric research. 2009;18(4):221-8.

Sexuella trakasserier och våld

Det är olagligt att utsätta en annan människa för en ovälkommen handling, beröring, kommentarer eller liknande av sexuell natur eller att utsätta någon för annat sexuellt ofredande eller våld. Det kan också påverka hälsan negativt för den som blir utsatt. I den här rapporten beskrivs resultat från undersökningen SRHR2017 i vilken ett representativt urval av Sveriges befolkning fick besvara frågor om bland annat sexuella trakasserier och våld. Svarsfrekvensen var 31 procent. Resultaten bör, trots kalibreringsvikter, tolkas med försiktighet. Samtliga frågor efterfrågar händelser under hela livet. Syftet med rapporten är beskriva svenska befolkningens erfarenheter av sexuella trakasserier och sexuellt våld i ett folkhälso- och SRHR-perspektiv. Folkhälsomyndigheten redovisar upplevelser av detta utifrån kön, ålder, utbildningsnivå, sexuell identitet och transerfarenhet.

Nästan varannan kvinna har utsatts för sexuella trakasserier och våld

Den här undersökningen visar att många typer av sexuella trakasserier, sexuella övergrepp och sexuellt våld är vanligt förekommande i befolkningen och att de drabbar både kvinnor och män. Kvinnor drabbas dock i betydligt högre utsträckning än män, och homosexuella, bisexuella och transpersoner (hbt-personer) är mer drabbade än befolkningen generellt. De vanligaste formerna av övergrepp var sexuella trakasserier och s.k. annat sexuellt övergrepp (t.ex. ovälkommen beröring). Detta hade fyra av tio kvinnor och knappt en av tio män upplevt. Yngre personer hade oftare erfarenhet av utsatthet än äldre. Bland kvinnor i åldern 16–29 år svarade över hälften att de hade utsatts för sexuella trakasserier, och en lika stor andel hade utsatts för annat sexuellt övergrepp.

Bisexuella kvinnor är den grupp som var mest utsatt för sexuella trakasserier, och tre av fyra hade blivit sexuellt trakasserade. Homosexuella män var också mer utsatta än heterosexuella män. Utsatthet för de grövsta formerna av sexuellt våld, försök till samlag genom hot eller våld och påtvingat samlag genom fysiskt våld, var vanligast bland homosexuella kvinnor. Homosexuella män var utsatta i samma utsträckning som heterosexuella kvinnor.

Utsattheten minskar med stigande ålder för båda könen.

Resultaten i korthet:

- Alla former av sexuella trakasserier, övergrepp och våld är utbredda i befolkningen och drabbar kvinnor i betydligt högre utsträckning än män
- Sexuella trakasserier, som till exempel oönskade sexuella inviter, oönskade sms, telefonsamtal eller att ha utsatts för blottare, har upplevts av knappt hälften av kvinnor i Sverige (42 procent) och av en tiondel av män (9 procent). I åldersgruppen 16–29 år hade över hälften (57 procent) av kvinnorna någon gång blivit utsatta för sexuella trakasserier samt knappt hälften (48 procent) av kvinnor 30–44 år.
- 39 procent av kvinnor och knappt tio procent av män hade varit med om ”annat sexuellt övergrepp”, exempelvis att man har blivit smekt, kysst, ”kladdad på”, eller att någon fått dig att mot din vilja ta i eller röra vid någon annans kropp på ett sexuellt sätt. Bland kvinnor 16–29 år hade över hälften (55 procent) erfarenheter av annat sexuellt övergrepp samt nästan

hälften (47 procent) av kvinnor 30–44 år.

- 11 procent av kvinnor och 1 procent av män har utsatts för försök till samlag genom fysiskt våld eller hot om fysiskt våld. Detta var vanligare bland hbt-personer, där 30 procent av homosexuella kvinnor hade varit utsatta och 10 procent av homosexuella män.
- 7 procent av kvinnor och 1 procent av män har utsatts för påtvingat samlag med fysiskt våld eller hot om fysiskt våld.
- 23 procent av kvinnor och 5 procent av män har utsatts för sexuellt övergrepp genom psykisk påtryckning. Även här var andelen högre hos homo- och bisexuella personer, 44 procent av bisexuella kvinnor och 16 procent av homosexuella män.
- 9 procent av kvinnor och 3 procent av män har varit utsatta för sexuell förnedring som exempelvis att ha fått sin kropp kritiserad, eller ens sexuella lust eller kapacitet, eller att mot sin vilja tvingats titta på porrfilm eller porrbilder.
- Homosexuella-, bisexuella- och transpersoner är generellt mer utsatta än heterosexuella personer och cispersoner
- Utsatthet för sexuella trakasserier och annat sexuellt övergrepp var vanligare bland kvinnor med eftergymnasial utbildning jämfört med förgymnasial. Kvinnor med endast förgymnasial utbildning hade däremot oftare varit utsatta för påtvingat samlag med fysiskt våld eller hot om fysiskt våld än kvinnor med eftergymnasial utbildning. Inga skillnader utifrån utbildningsnivå fanns bland kvinnor eller män avseende utsatthet för sexuellt övergrepp genom psykisk påtryckning eller sexuell förnedring

Stort behov av förebyggande arbete mot sexuella trakasserier och våld

Studien visar att alla typer av sexuella trakasserier, övergrepp och sexuellt våld är utbredda i befolkningen och drabbar främst kvinnor. Även homosexuella, bisexuella och transpersoner är en utsatt grupp.

Det behövs fortfarande mycket arbete för att förebygga sexuella trakasserier och våld, och för att komma tillrätta med de stora könsskillnaderna i utsattheten för sexuella trakasserier och våld. Här spelar skolan en viktig roll. Frågor om normer, könsmonster, jämställdhet, sexualitet och relationer behöver tidigt ingå i det breda kunskaps- och värdegrundsarbetet, och särskilt i sex- och samlevnadsundervisningen.

Sexuella trakasserier och våld i ett folkhälsoperspektiv

Våld är ett utbrett samhällsproblem, och ett allvarligt hot mot människors trygghet och hälsa. Forskning har visat hur vanligt sexuellt våld är och hur många olika hälsokonsekvenser som problemet kan föra med sig. Sexuellt våld har negativ inverkan på människors fysiska, sexuella och reproduktiva samt psykiska hälsa, vilket i sin tur har stor inverkan på människors och speciellt kvinnors sjuklighet och dödlighet (1).

Folkhälsomyndighetens uppdrag och arbete inom området sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) avser hela Sveriges befolkning. Ur ett jämlikhets- och

jämställdhetsperspektiv är livsvillkor och levnadsvanor som rör SRHR centrala. Dessa påverkar hälsan speciellt för flickor och kvinnor, hbt-personer, migranter och personer med lägre socioekonomisk position. Tidigare studier visar att det är vanligare att vara utsatt för sexuellt våld bland dessa grupper (2, 5).

Det bör nämnas att folkrörelsen #Metoo startade i oktober 2017, vilket var slutskedet av datainsamlingen till SRHR2017, då majoriteten av enkätsvaren redan hade inkommit. Vi vet inte om resultaten av hur vanligt förekommande sexuella trakasserier är hade sett annorlunda ut om datainsamlingen skett efter #Metoo.

I undersökningen SRHR2017 efterfrågades erfarenheter av olika sexuella trakasserier och övergrepp. Dessa inkluderar frågor om försök till samlag genom våld och påtvingat samlag. Syftet med Folkhälsomyndighetens undersökning är att samla ny kunskap utifrån ett folkhälsoperspektiv som ska komplettera existerande kunskap från andra aktörer, till exempel Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK). NCK har regeringens uppdrag att arbeta med metodutveckling, information, utbildning, forskning och kunskapssammanställning kring mäns våld mot kvinnor, våld i samkönade relationer och hedersrelaterat våld och förtryck (3). Vidare har Jämställdhetsmyndigheten regeringens uppdrag att bidra till genomförandet av jämställdhetspolitiken där de delvis arbetar utifrån En nationell strategi för att förebygga och bekämpa mäns våld mot kvinnor (4).

Förenta Nationernas (FN) globala hållbarhetsmål (Agenda 2030) fokuserar på ökad jämställdhet och jämlikhet och på att sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter ska stärkas. SRHR nämns specifikt i hållbarhetsmål 3 om hälsa och hållbarhetsmål 5 om jämställdhet, det femte målet om jämställdhet tar också specifikt upp avskaffandet av alla former av våld.

Vad är sexuellt våld och sexuella trakasserier?

Enligt Världshälsoorganisationens (WHO:s) definition innefattar det mer vidare begreppet sexuellt våld även sexuella trakasserier (5):

Sexual violence is defined as: any sexual act, attempt to obtain a sexual act, unwanted sexual comments or advances, or acts to traffic, or otherwise directed, against a person's sexuality using coercion, by any person regardless of their relationship to the victim, in any setting, including but not limited to home and work.

Problemen med sexuellt våld är utbredda och väldokumenterade i internationella studier och kartläggningar (1, 6). En tidigare svensk nationell representativ studie av NCK (Våld och Hälsa) mätte förekomst och erfarenheter av våldsutsatthet bland personer 18–74 år och visade att graden av utsatthet skilde sig åt mellan kvinnor och män (2). Kvinnor rapporterade oftare att de har blivit utsatta för allvarligt sexuellt och psykiskt våld medan män i högre grad var utsatta för allvarligt fysiskt våld. Var femte kvinna och var tjugonde man hade någon gång i sitt liv utsatts för allvarligt sexuellt våld. Resultaten överensstämmer med fynd från Brottsförebyggande rådets (Brå) nationella trygghetsundersökning (NTU) från 2016, som är nationellt representativ och innefattar personer 16–79 år (8). I undersökningen efterfrågades erfarenheter av sexualbrott och resultaten visade att 8 procent av kvinnorna och 1 procent av männen hade varit utsatt för sexualbrott under de senaste tolv månaderna. Det finns ålderskillnader i utsatthet. Unga kvinnor tenderade att vara mest utsatta för alla former av sexualbrott. Enligt NTU hade 6,4 procent av kvinnor i åldern 16–24 år och 2,2 procent av kvinnor i åldern 25–44 år varit utsatta för allvarligt

sexualbrott under de senaste åren (8). Sexualbrottets allvarlighetsgrad brukar undersökas av tre frågor: 1) att någon, genom att hota, hålla fast eller göra illa den utsatta personen på något sätt, tvingade eller försökte tvinga till sig en sexuell handling, 2) sexuellt utnyttjande i en situation där den utsatta inte kunde försvara sig, till exempel på grund av att hen sov eller var alkohol- eller drogpåverkad och 3) att den utsatta personen själv skulle beskriva händelsen som en våldtäkt. De första två frågorna beskriver händelser som skulle kunna motsvara brottsbalkens definition av försök till eller fullbordat sexuellt tvång eller våldtäkt.

Enligt BRÅ uppgår nästan var femte ung person (18 procent) i åldern 16–24 år, att de någon gång varit utsatta för systematiska kränkningar och förödmjukelser, försök till inskränkningar i sin frihet, hot, trakasserier, misshandel eller sexualbrott av en nuvarande eller tidigare partner. Bland kvinnorna uppgår 23 procent att de utsatts, jämfört med 14 procent av männen. Vanligast är psykiskt våld som kränkningar eller försök till inskränkningar i frihet; 21 procent av kvinnorna och knappt 12 procent av männen uppgår att de utsatts (9).

Folkhälsomyndighetens undersökning ”Hälsa på lika villkor” (HLV) inkluderar två frågor om utsatthet för hot om våld respektive fysiskt våld under det senaste året. Resultaten visar att det är betydligt vanligare bland homo- och bisexuella personer att bli utsatta för hot om våld och fysiskt våld än bland heterosexuella och detta är allra vanligast bland bisexuella kvinnor (10). Även internationell forskning har visat att homosexuella och bisexuella kvinnor har högre sannolikhet att ha upplevt psykiskt och sexuellt våld (11). Dock har hittills kunskap om sexuella trakasserier och våld bland icke-heterosexuella och transpersoner saknats. (12)

Sexuella trakasserier enligt Diskrimineringslagen

I diskrimineringslagen 2008:567 beskrivs sexuella trakasserier som ett uttryckande av sexuell natur som kränker någons värdighet. Det kan gälla kommentarer och enskilda ord, närgångna blickar eller tafsande, ovälkomna komplimanger, sexuella inviter och sexuella anspelningar. Sexuella trakasserier kan även definieras som ovälkomna sexuella närmanden, förfrågningar om sexuella tjänster och/eller andra uppföranden och beteenden (verbala eller fysiska) av sexuell natur. Diskrimineringsombudsmannen beskriver att den som är utsatt för trakasserier själv bestämmer vad som är oönskat eller kränkande. Alla kan drabbas av sexuella trakasserier och det är den som utsätts som avgör om det är ett ofredande eller inte.

Sexuellt våld, sexuella trakasserier, risker och hälsa

Förutom fysiska skador kan den som utsätts för sexuellt våld, riskera att drabbas av en rad olika psykiska hälsokonsekvenser som exempelvis depression, ångest, post-traumatiskt stressyndrom, suicidtankar och ät- och sömnstörningar (1). Kvinnor som utsätts för sexuellt våld har också högre risk för alkohol- och narkotikaproblematik, samt för tillstånd av kronisk smärta och kronisk underlivssmärta. Enligt longitudinella studier har dessa kvinnor även en förhöjd risk för högt blodtryck och hjärt- och kärlsjukdom (13, 14). Att utsättas för sexuellt våld ökar också risken för en mängd andra negativa konsekvenser, såsom ökad rädsla, minskad autonomi och minskad makt över sin egen kropp och reproduktion samt ändrat hälsobeteende (1). Ändrat hälsobeteende till följd av sexuella övergrepp kan t.ex. innebära ökat risktagande med oskyddat sex, minskad användning av preventivmedel och förändringar i hur och om individen söker vård. Detta kan i sin tur leda till oönskade graviditeter och påverka gravida kvinnors hälsa och då även barnets hälsa (exempelvis låg födelsevikt, prematuritet och missfall) samt den sexuella och reproduktiva hälsan (t.ex. gynekologiska problem, oönskad graviditet, abort och hiv och andra

STI) (1). Studier visar också att partnervåld bland unga är associerat med flera negativa konsekvenser för de som har utsatts, exempelvis depression, självmordstankar, narkotika- och alkoholmissbruk och fysisk ohälsa (15, 16).

Förutom de direkta hälsokonsekvenserna av sexuellt våld kan sådana erfarenheter skapa eller förstärka negativa uppfattningar om sex. Exempel på det är att sex inte associeras med tillfredsställelse, att man inte kan säga nej utan att sex är en tjänst eller vara som kan bytas mot andra saker eller att sex är något som påtvingas av andra personer istället för något man själv väljer. Dessa uppfattningar underminerar den utsattas potentiella positiva erfarenheter av sin egen sexualitet och känsla av egenmakt och självbestämmande, två centrala faktorer för en god sexuell hälsa (17).

I studier om sexuella trakasserier, kommentarer och kränkningar (18) förekommer ofta även sexuellt ofredande, övergrepp och olika typer av våldshandlingar. Utifrån tidigare studiers resultat är det svårt att skilja mellan dessa fenomen. I Sverige, liksom i många andra länder, finns få befolkningsstudier som har inkluderat frågor om sexuella trakasserier, kommentarer och kränkningar.

Olika typer av sexuella trakasserier kan få negativa konsekvenser för den psykiska hälsan. Bland annat depression, minskad aptit, sömnsvårigheter eller sömnstörningar, nedstämdhet och rädsla (19, 20).

Sammanfattningsvis finns det vetenskapligt stöd för att utsatthet för sexuellt våld är ett betydande folkhälsoproblem. Sexuellt våld har studerats ur olika perspektiv och studierna innehåller många olika begrepp vilket bland annat gör det svårt att jämföra resultaten. De svenska nationella befolkningsundersökningarna NTU och ”Våld och hälsa”, ger en utgångspunkt för resonemang om förekomsten av sexuella trakasserier och sexuellt våld. Förhoppningen är att denna undersökning ska komplettera bilden avseende sexuella trakasserier och sexuellt våld i ett folkhälso- och SRHR-perspektiv.

Syfte

Det övergripande syftet med SRHR2017 är att öka kunskapen och därigenom skapa bättre förutsättningar för ett effektivt folkhälsoarbete för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter. Syftet med detta kapitel är att beskriva hur vanligt det är med erfarenhet av sexuella trakasserier och sexuella övergrepp i befolkningen.

Metodbeskrivning och frågorna om sexuella trakasserier och våld

I detta kapitel redovisas hur stor andel av befolkningen som någon gång har upplevt olika typer av sexuella trakasserier, övergrepp och sexuellt våld. Dessa företeelser skiljer sig åt, både synen på dessa handlingar, allvarlighetsgraden och de potentiella konsekvenserna. Dessa handlingar är dock olagliga i Sverige och därför beskrivs dessa erfarenheter i samma rapport och diskuteras gemensamt.

Resultatet baseras på befolkningsundersökningen SRHR2017 som genomfördes 2017 och där datainsamlingen skedde i samarbete med Statistiska centralbyrån och Enkätfabriken AB.

Enkäten skickades ut till ett slumpmässigt stratifierat urval av befolkningen (med hjälp av registret över totalbefolkningen) på ca 50 000 individer. Svarsfrekvensen blev 31 procent. Det slutgiltiga antalet respondenter var 14 547, varav 8 176 kvinnor och 6 371 män. Bortfallet var skevt, med högre bortfall bland exempelvis personer med lägre utbildning och utländsk härkomst. Skevheterna är i linje med andra undersökningar och har hanterats med viktning för att svaren i möjligast mån ska representera Sveriges befolkning. Dock bör den statistik som tas fram tolkas med försiktighet och man bör ha i åtanke att det kan finnas skevheter kvar även efter viktning. Utöver det bör man ha i åtanke att personer som lever med skyddad identitet på hemlig adress inte har kunnat ingå i enkätunderlaget. Kvinnor som blivit utsatta för våld av tidigare partner är troligen överrepresenterade bland dessa.

Nedan redovisas svaren på frågorna nr 49 a-i och 50 c i undersökningen SRHR2017. Samtliga frågor efterfrågar händelser under hela livet.

I undersökningen avser ”sexuella trakasserier” om man exempelvis fått oönskade brev, sms, e-post, telefonsamtal, oönskade sexuella inviter, utsatts för sexuellt förtal eller utsatts för blottare. Annat sexuellt övergrepp avser exempelvis att man har blivit smekt, kysst, ”kladdad på”, eller att man mot sin vilja tvingats ta i eller röra vid någon annans kropp på ett sexuellt sätt. Sexuellt våld avser två frågor: ”försök till samlag eller annan sexuell handling genom fysiskt våld eller hot om fysiskt våld” och ”påtvingat samlag genom fysiskt våld eller hot om fysiskt våld”. Sexuellt övergrepp genom psykisk påtryckning avser exempelvis att man har ställt upp på sex för att inte göra någon arg, sur, ledsen eller besviken eller för att man är rädd att partnern ska göra slut. Sexuell förnedring avser exempelvis att någon har kritiserat ens kropp, sexuella lust eller kapacitet, eller har fått hen att mot sin vilja titta på porrfilm eller porrbilder.

Frågorna har tre svarsalternativ. De två första svarsalternativen (”Ja, en gång” och ”Ja, flera gånger”) slogs ihop till ”Ja” och dessa jämfördes med svaret ”Nej, aldrig”. Andelen av befolkningen som har upplevt sexuella trakasserier och sexuellt våld redovisas per kön, ålder, utbildningsnivå, sexuell identitet och i vissa fall transerfarenhet.

Sexuell identitet är kategoriserad i tre grupper, heterosexuell, homosexuell och bisexuell. De övriga grupperna var för små för att särredovisas. Utöver dessa grupper särredovisas också resultat för de personer som har svarat ”Ja” på frågan Är eller har du varit transperson? Transperson är ett paraplybegrepp för personer vilkas könsidentitet och/eller könsuttryck inte stämmer överens med det juridiska kön som tilldelades dem vid födseln. Cisperson är en person vars könsidentitet och könsuttryck stämmer överens med det kön hen tilldelades vid födseln. Homosexuella, bisexuella och transpersoner förkortas härnäst hbt-personer.

Resultaten och de skillnader som beskrivs i text är statistiskt signifikanta (95%-ig nivå) om inget annat anges. När skillnaderna inte är statistiskt signifikanta men nära på, beskrivs dessa som tendenser till skillnader. Inga siffror eller andelar redovisas då antalet svaranden understiger fem personer. Anledningen till det är att undvika felaktigheter som lätt kan uppstå när underlaget är för litet. I dessa fall står det * istället för en siffra i figurerna och tabellerna.

Resultaten redovisas också uppdelade efter utbildningsnivå, som en indikator på socioekonomisk status. Följande tre kategorier har använts: förgymnasial utbildning (9 år eller färre), gymnasial utbildning (10-12 år), och eftergymnasial utbildning (13 år eller mer).

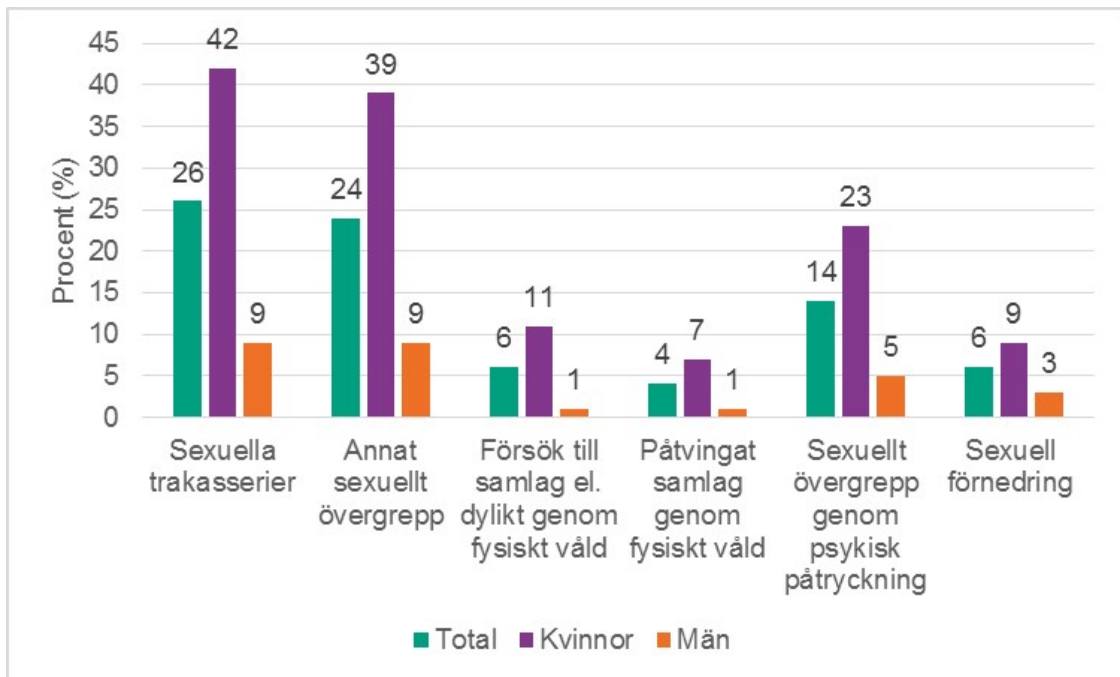
Det finns dock problem med att använda utbildningsnivå på ett så pass brett åldersspann (16-84 år). Utbildningssystemet har ändrats över tid och längre utbildning är idag mycket vanligare än

tidigare. Dessutom har de flesta yngre personer ännu inte hunnit slutföra sin utbildning. Skillnader mellan olika utbildningsnivåer kan alltså vara en återspeglning av skillnader mellan åldersgrupper, t.ex. att de med förgymnasial utbildning är yngre. Därför presenteras ibland utbildningsnivå och ålder kombinerat.

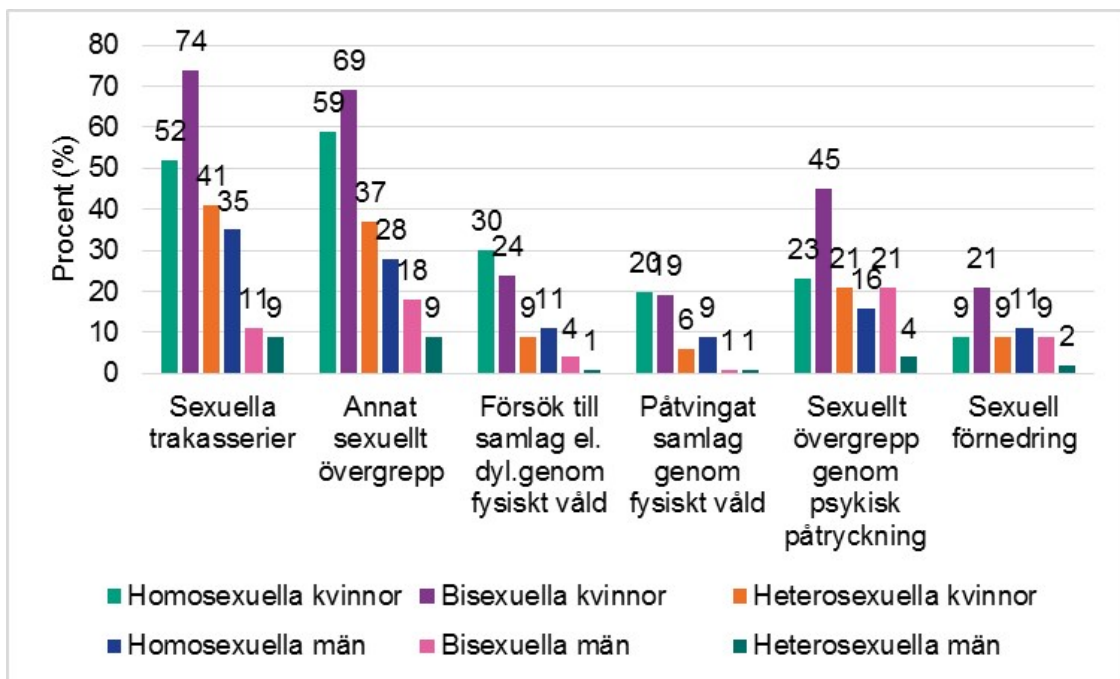
Resultat kring alla former av sexuella trakasserier, övergrepp och våld

Alla former av sexuella övergrepp och sexuellt våld var betydligt mer vanligt förekommande bland kvinnor än män, se figur 1a. Hbt-personer var också mer utsatta jämfört med heterosexuella- och cispersoner, se figur 1b och figur 1c. Vidare var unga mest utsatta för olika former av sexuellt våld och förekomsten minskade med stigande ålder.

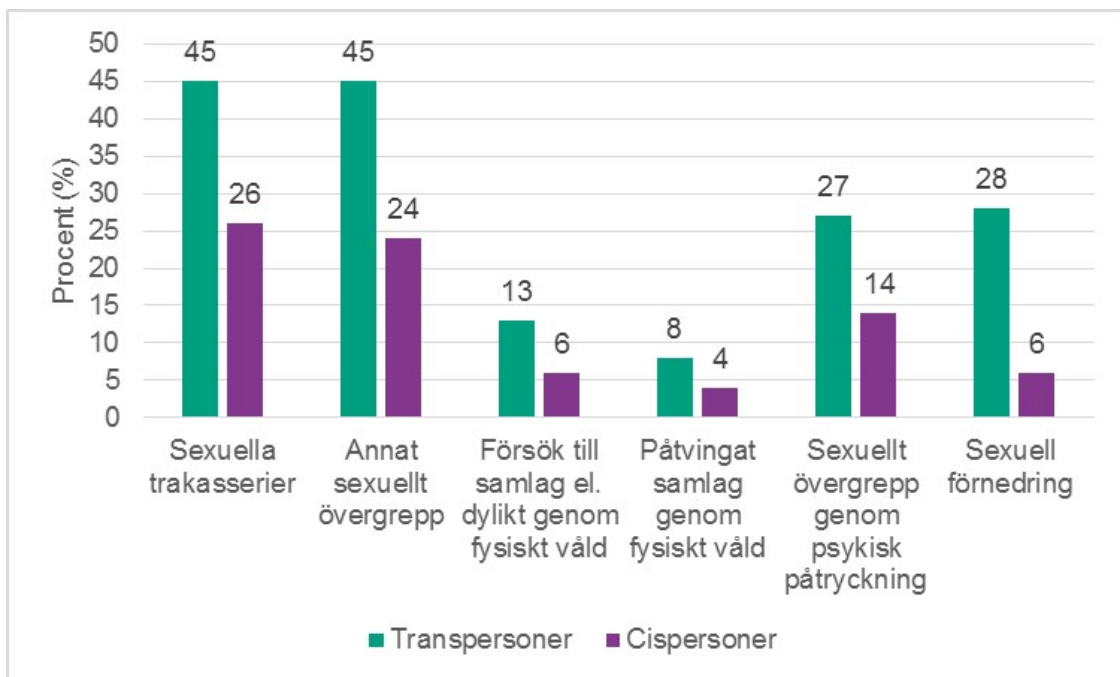
Figur 1a. Olika former av sexuella övergrepp och sexuellt våld, totalt och per kön (n=13 825). Frågan löd "Har det hänt att du blivit utsatt?" Flervalsfråga. Procent.



Figur 1b. Olika former av sexuella övergrepp och sexuellt våld, per sexuell identitet och kön (n=13 074). Frågan löd "Har det hänt att du blivit utsatt?" Flervalsfråga. Procent.



Figur 1c. Olika former av sexuella övergrepp och sexuellt våld, bland trans- och cispersoner (n=13 771). Frågan löd "Har det hänt att du blivit utsatt?" Flervalsfråga. Procent.



Sexuella trakasserier

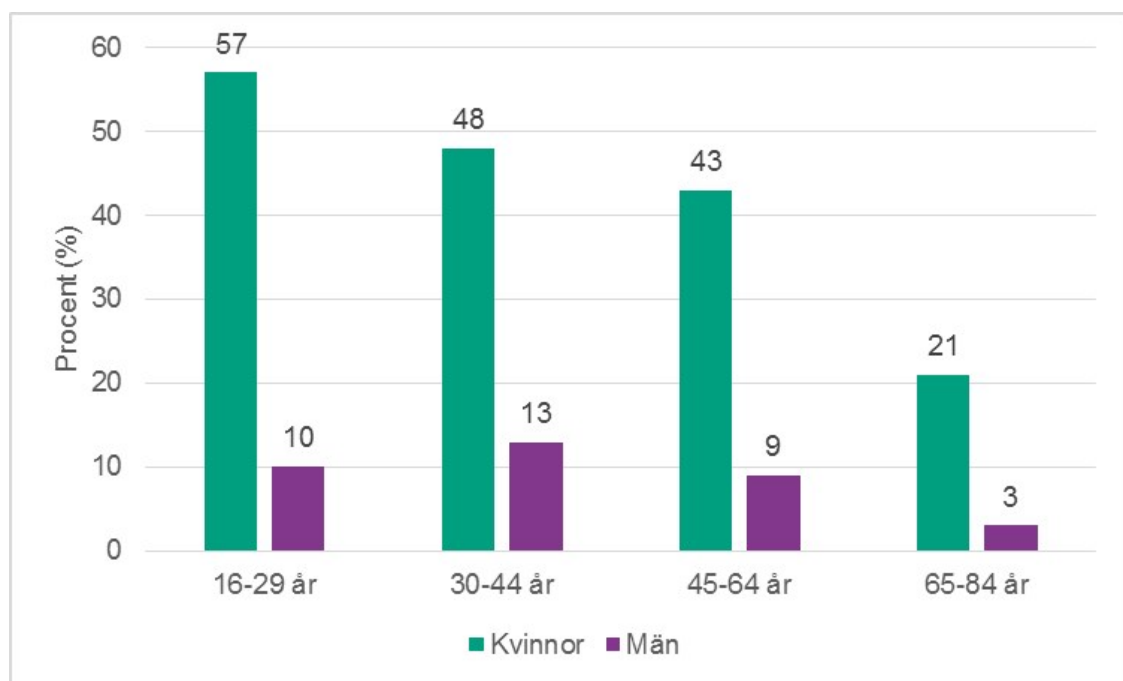
Totalt fyra av tio kvinnor och knappt en av tio män hade någon gång blivit utsatta för sexuella trakasserier (exempelvis fått oönskade sms, telefonsamtal, eller sexuella inviter eller utsatts för blottare). Bland hbt-personer var sexuella trakasserier mer förekommande. 74 procent av bisexuella kvinnor, och 52 procent av homosexuella kvinnor, uppgav att de någon gång hade blivit utsatta för sexuella trakasserier. Sådana trakasserier var också vanligare bland homosexuella män, där 35 procent uppgav sig ha utsatts, liksom nästan hälften (45 procent) av alla transpersoner. Annat sexuellt övergrepp (exempelvis att mot sin vilja ha blivit smekt, eller kysst

eller att tvingats röra vid någon annans kropp på ett sexuellt sätt) var nästan lika vanligt som sexuella trakasserier bland kvinnorna (39 procent) och lika vanligt förekommande som sexuella trakasserier bland männen (9 procent), liksom bland hbt-personer.

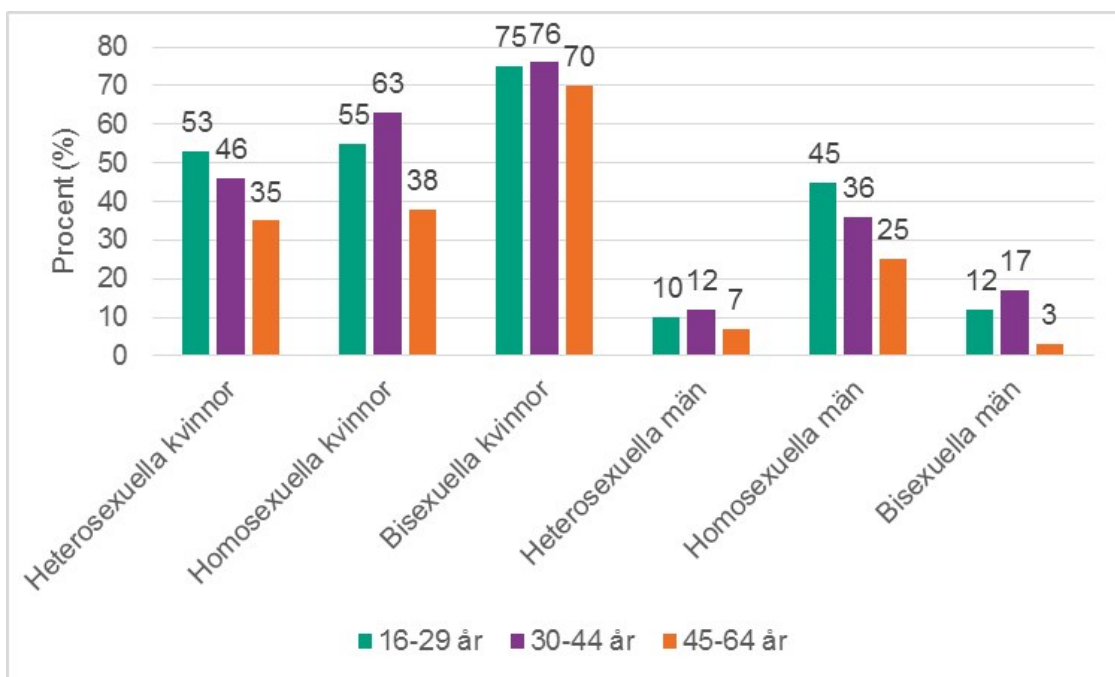
Som figur 2a illustrerar, skiljer sig förekomsten av sexuella trakasserier åt mellan olika åldersgrupper. De yngsta kvinnorna var mest utsatta, med en förekomst på 57 procent. Sedan minskade andelen utsatta med stigande ålder.

I hbt-gruppen uteslöts den äldsta åldersgruppen 65–84, p.g.a. för få respondenter. Bland män var det vanligast att ha erfarenhet av att ha blivit utsatt i åldern 30–44, (13 procent). Mönstret var inte lika entydigt bland hbt-personer. I åldersgruppen 30–44 år var den erfarenheten vanligast bland homosexuella kvinnor (63 procent), bisexuella kvinnor (76 procent) och bisexuella män (17 procent). Bland homosexuella män var den erfarenheten högst bland de yngsta 16–29 år (45 procent). Bland transpersoner var det vanligast att ha erfarenhet av sexuella trakasserier i åldersgruppen 30–44 år, i jämförelse med 16–29 år bland cispersoner (33 procent). På grund av för få respondenter redovisa de två äldsta åldersgruppen sammanslagna då sexuell identitet och transexfarenhet visas.

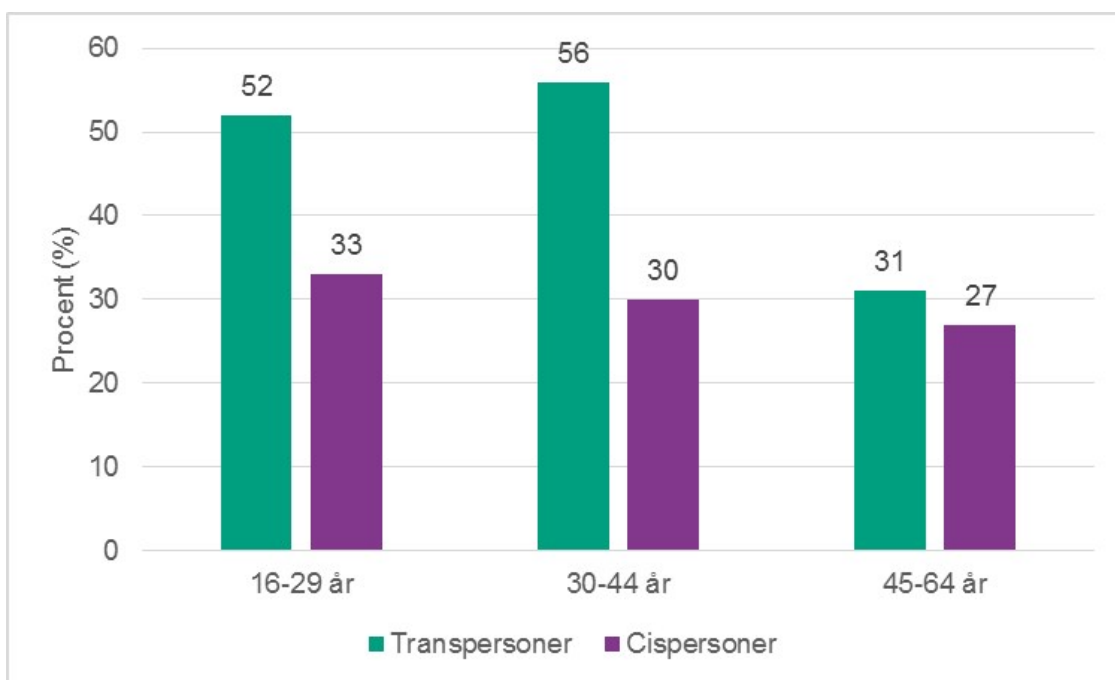
Figur 2a. Förekomst av sexuella trakasserier per kön och åldersgrupp (n=13 825). Frågan löd "Har det hänt att du blivit utsatt för sexuella trakasserier?" Flervalsfråga. Procent.



Figur 2b. Förekomst av sexuella trakasserier, per kön, sexuell identitet och åldersgrupp (n=13 074). Frågan löd "Har det hänt att du blivit utsatt för sexuella trakasserier?" Flervalsfråga. Procent.



Figur 2c. Förekomst av sexuella trakasserier bland trans- och cispersoner, per åldersgrupp (n=13 771). Frågan löd "Har det hänt att du blivit utsatt för sexuella trakasserier?" Flervalsfråga. Procent.



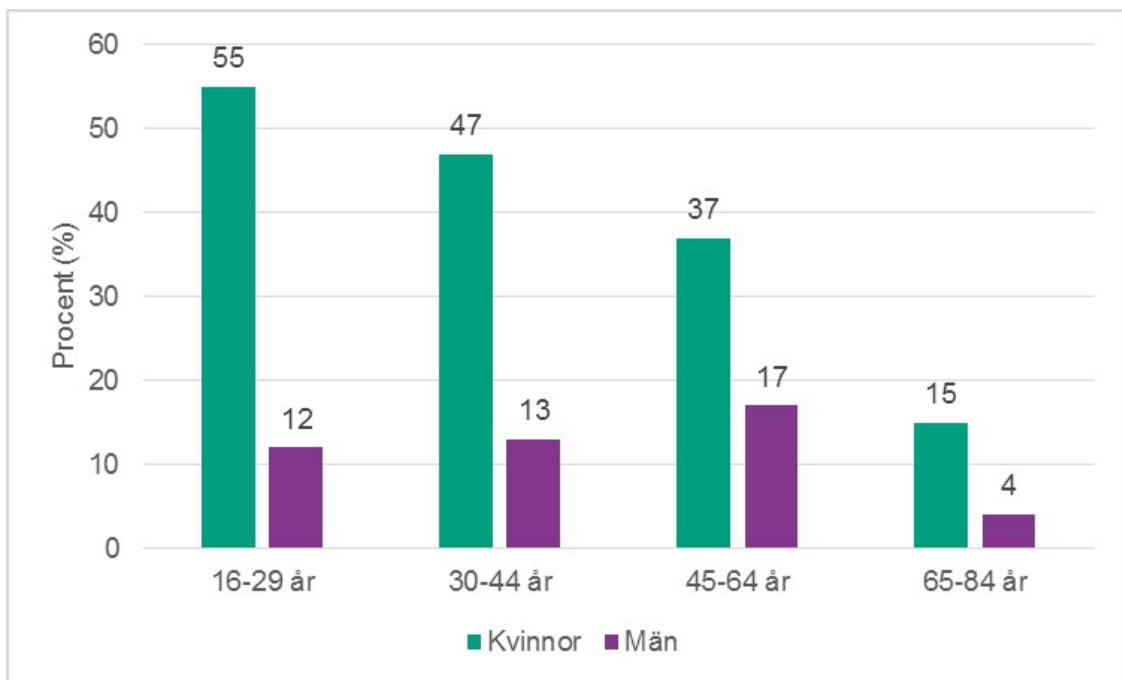
En jämförelse mellan olika utbildningsnivåer visade att kvinnor med eftergymnasial utbildning oftare varit utsatta för sexuella trakasserier jämfört med kvinnor med endast förgymnasial utbildning (48 procent jämfört med 35 procent). Bland männen var det något mindre vanligt att ha varit utsatt bland dem med förgymnasial utbildning (6 procent jämfört med 10 procent). Det fanns inga statistiskt signifikanta skillnader bland hbt-personer, troligen beroende på relativt få individer i varje grupp. Det fanns tendenser till att utsatthet för sexuella trakasserier var vanligare bland homosexuella kvinnor och män med förgymnasial utbildning (74 procent och 43 procent) jämfört med homosexuella kvinnor och män med eftergymnasial utbildning (38 procent och 26 procent).

Annat sexuellt övergrepp

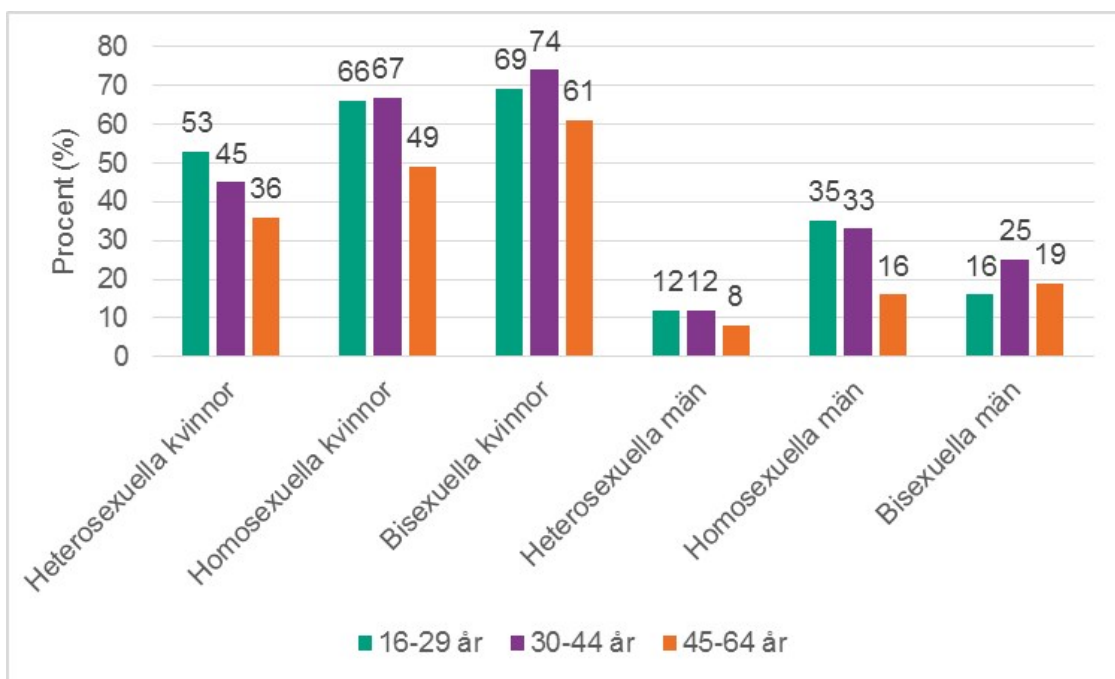
Figur 3a visar omfattningen av annat sexuellt övergrepp, exempelvis att man har blivit smekt, kysst, ”kladdad på”, eller att någon fått dig att mot din vilja ta i eller röra vid någon annans kropp på ett sexuellt sätt. Resultaten liknade den för sexuella trakasserier. Exempelvis var det drygt hälften av de yngsta kvinnorna som varit utsatta, och en dryg tiondel av de yngsta männen. Vidare var det 47 procent av kvinnorna mellan 30–44 år som hade varit utsatta, jämfört med 13 procent bland männen i samma åldersgrupp. Bland transpersoner rapporterade 61 procent av de yngsta, 16–29 år, att de hade varit utsatta.

Annat sexuellt övergrepp var minst vanligt förekommande bland kvinnor med förgymnasial utbildning i åldersgruppen 45–64 år, där 22 procent uppgav att de varit utsatta, jämfört med 36 procent bland dem med gymnasial utbildning och 42 procent bland dem med eftergymnasial utbildning. Bland homosexuella kvinnor rapporterade en högre andel av dem med eftergymnasial utbildning sådan utsatthet (64 procent jämfört med 37 procent av dem med förgymnasial utbildning). Bland transpersoner var knappt hälften utsatta oavsett utbildningsnivå.

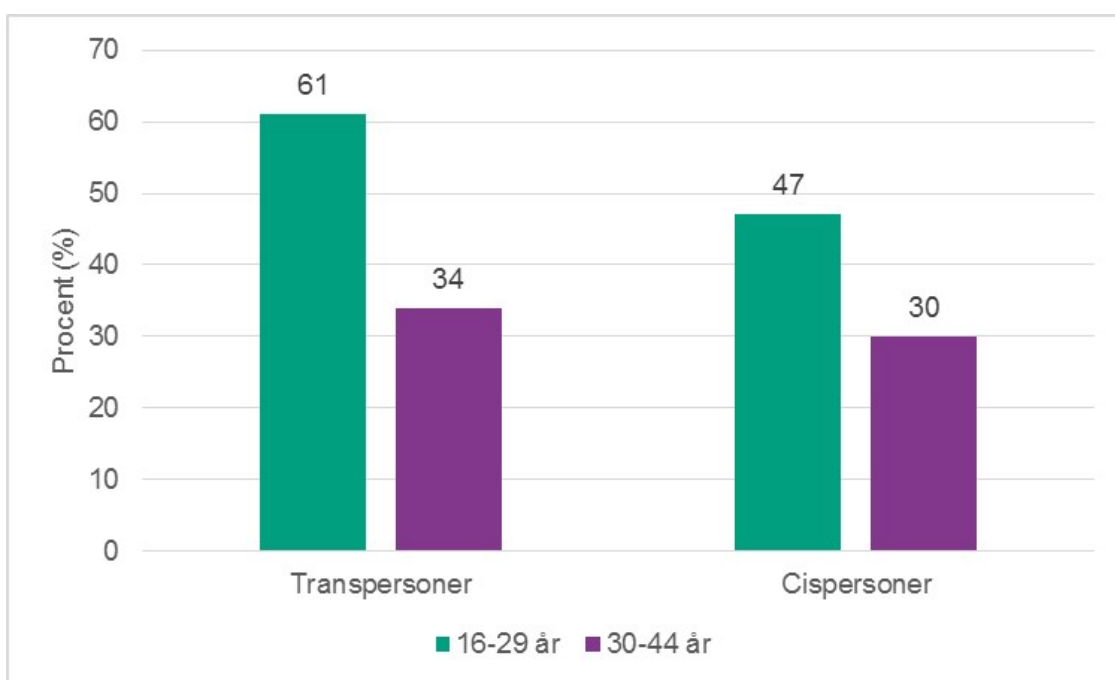
Figur 3a. Förekomst av annat sexuellt övergrepp per kön och åldersgrupp (n=13 825). Frågan löd ”Har det hänt att du blivit utsatt för sexuella trakasserier?” Flervalsfråga. Procent.



Figur 3b. Förekomst av annat sexuellt övergrepp uppdelad efter kön, sexuell identitet och åldersgrupp (n=13 074). Frågan löd ”Har det hänt att du blivit utsatt för sexuella trakasserier?” Flervalsfråga. Procent.



Figur 3c. Förekomst av annat sexuellt övergrepp bland trans- och cispersoner, per åldersgrupp (n=13 771). Frågan löd "Har det hänt att du blivit utsatt för sexuella trakasserier?" Flervalsfråga. Procent.



Försök till samlag eller liknande sexuell handling genom fysiskt våld eller hot om fysiskt våld

Som nämdes tidigare var det vanligare att kvinnor än män hade varit utsatta för försök till samlag genom fysiskt våld eller hot om fysiskt våld, 11 procent av kvinnorna och 1 procent av männen, se figur 1a. Inga statistiskt säkerställda skillnader mellan åldersgrupper förekom i åldersspannet 16–64 år. Efter 64 års ålder minskade förekomsten till 4 procent från att ha varit mellan 6–7 procent. Även detta var vanligare bland hbt-personer, där 30 procent av homosexuella kvinnor hade varit utsatta och 10 procent av homosexuella män.

När det gäller utbildningsnivå förekom skillnader i åldersgruppen 30–44 år, där kvinnor med förgymnasial utbildning oftare varit utsatta (30 procent) jämfört med kvinnor med gymnasial (14 procent) respektive eftergymnasial utbildning (10 procent).

Påtvingat samlag med fysiskt våld eller hot om fysiskt våld

Totalt 7 procent av kvinnorna och 1 procent av männen hade varit utsatta för påtvingat samlag. Inga statistiskt säkerställda skillnader förekom i åldersspannet 16–64 år avseende åldersgrupp.

För utbildningsnivå förekom skillnader i åldersgruppen 30–44 år, där kvinnor med endast förgymnasial utbildning oftare hade varit utsatta (20 procent), jämfört med kvinnor med gymnasial (11 procent) respektive eftergymnasial utbildning (5 procent).

Sexuellt övergrepp genom psykisk påtryckning

Det var vanligare att kvinnor hade varit utsatta för sexuellt övergrepp genom psykisk påtryckning, i jämförelse med män. 23 procent av kvinnorna och 5 procent av männen hade erfarenhet av detta. Även här var andelen högre bland homo- och bisexuella personer, 45 procent av bisexuella kvinnor och 16 procent av homosexuella män.

Förekomsten minskade ju äldre respondenterna var, från 19 procent bland de yngsta (16–29 år) till 6 procent bland de äldsta respondenterna (65–84 år). Varken bland kvinnorna eller bland männen förekom några statistiskt säkerställda skillnader utifrån utbildningsgrupp.

Sexuell förnedring

Gällande sexuell förnedring (exempelvis fått din kropp, sexuella lust eller kapacitet kritiserad, eller att någon mot din vilja fått dig att titta på porrfilm eller porrbilder) hade nio procent av kvinnorna och 3 procent av männen sådana erfarenheter. Bisexuella kvinnor stack ut då över 20 procent hade blivit sexuellt förnedrade. Förekomsten minskade ju äldre respondenterna var, från 9 procent bland de yngsta (16–29 år) till 2 procent bland de äldsta respondenterna (65–84 år). Varken bland kvinnorna eller bland männen förekom några statistiskt säkerställda skillnader utifrån utbildningsgrupp när det gäller erfarenheter av sexuell förnedring och inte heller när olika åldersklasser fanns med i analyserna.

Stödinsatser efter erfarenheter av sexuellt våld

Undersökningen omfattade även frågor om vilken typ av stöd man hade sökt efter sexuella övergrepp och sexuellt våld. Frågorna ställdes generellt och inte i förhållande till varje delfråga om sexuellt våld.

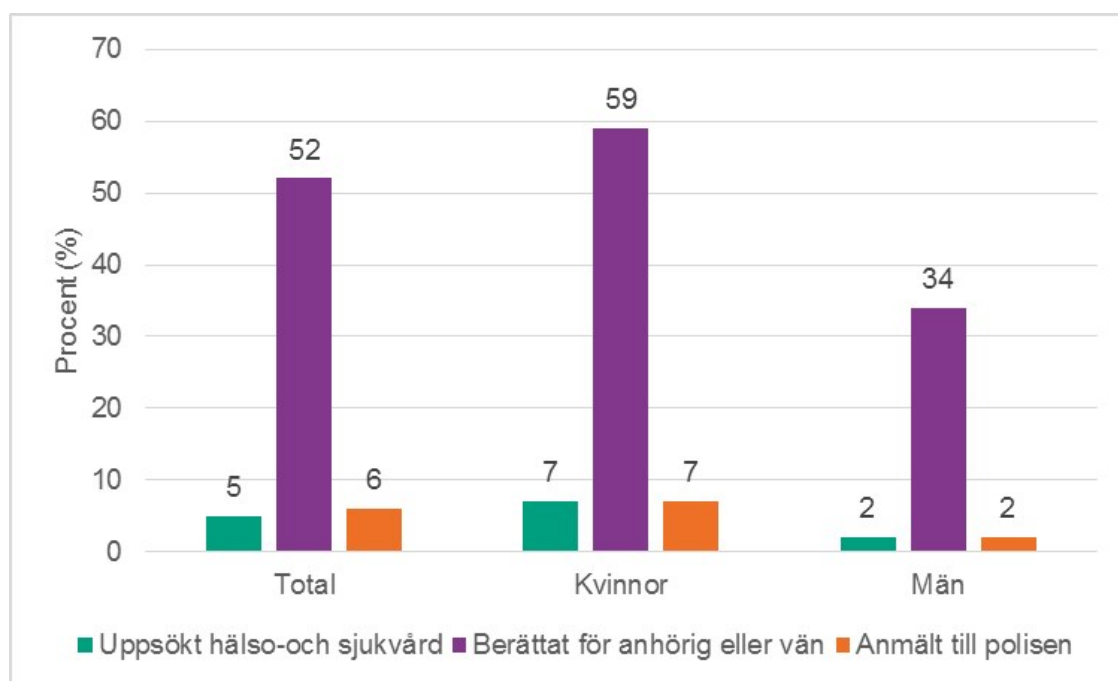
Tydliga köns- och åldersskillnader – män berättar mer sällan

Figur 4a visar tydliga könsskillnader i benägenheten att uppsöka hälso- och sjukvård, att berätta om de aktuella händelserna för anhöriga och vänner och polisanmäla det man hade varit med om. Det var mindre vanligt förekommande att män hade berättat om det som hänt eller sökt vård för det som inträffat. Trettiofyra procent hade berättat för anhöriga eller vänner (jämfört med 59 procent av kvinnorna) och 2 procent hade sökt hjälp av hälso- och sjukvården (jämfört med 7 procent av kvinnorna). Det var överlag få som hade anmält de aktuella händelserna till polisen

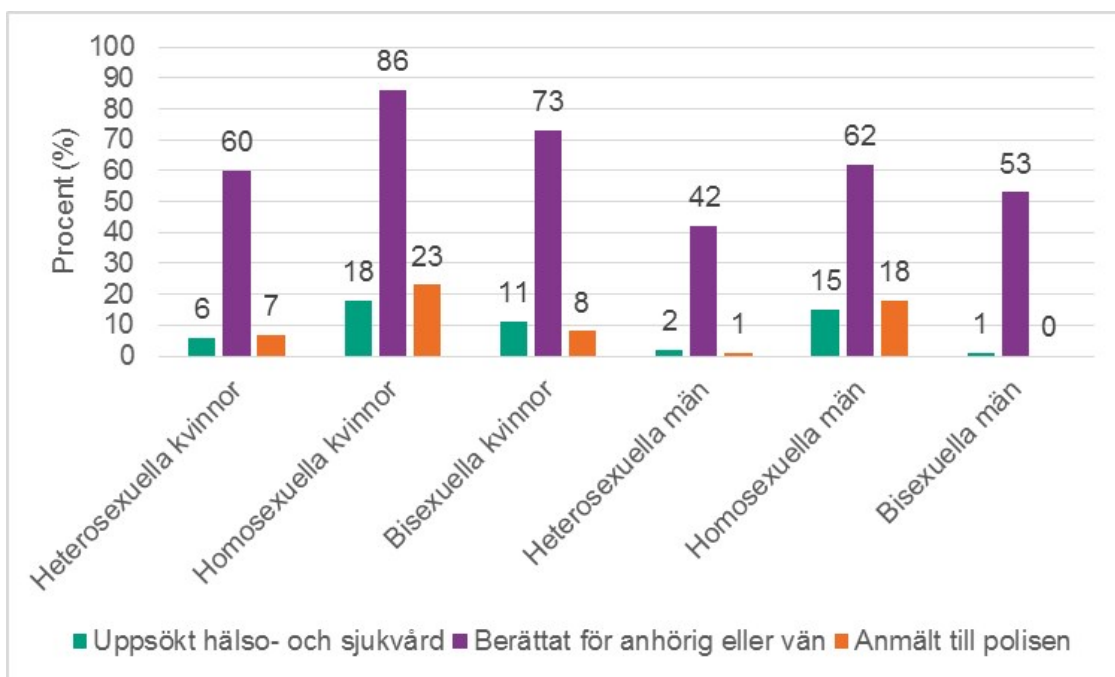
och färre män än kvinnor (2 respektive 7 procent). Generellt sett var benägenheten att berätta om de aktuella händelserna högre bland homo- och bisexuella personer (figur 4b). Mellan 53 och 86 procent hade berättat för en anhörig. Även andelen som hade sökt vård var generellt högre, 11–18 procent. Av homosexuella kvinnor hade 23 procent polisanmält. Det fanns tendenser till att transpersoner i högre utsträckning berättade för anhöriga eller vänner (71 procent) jämfört med cispersoner (57 procent).

Med ökande ålder syntes en minskning i benägenheten att både söka hälso- och sjukvård, berätta för en vän eller anhörig och anmäla för polisen. Skillnaderna mellan olika åldersgrupper var stora bland både kvinnor och män. De yngsta kvinnorna hade i 73 procent av fallen berättat för någon närstående, och bland de äldsta kvinnorna 37 procent. Bland männen var motsvarande siffror i samma åldersgrupper 46 respektive 17 procent. Bland hbt-personer återfanns inte samma entydiga mönster avseende åldersgrupperna.

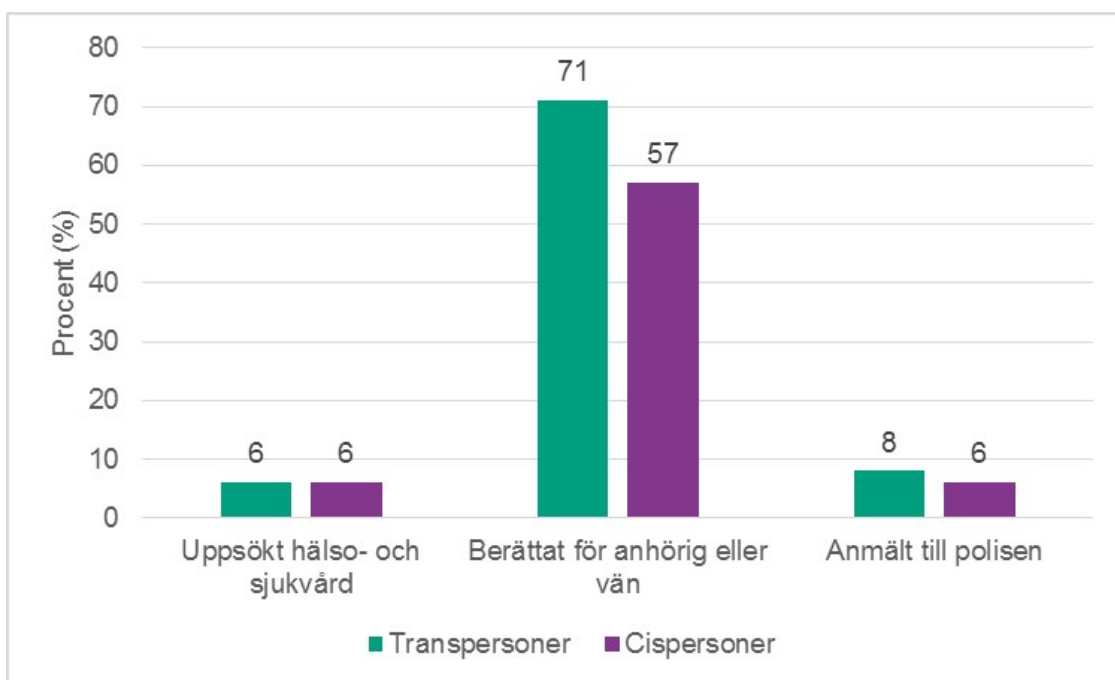
Figur 4a. Typ av stöd respondenterna använt sig av, totalt och per kön (n=5 779). Procent.



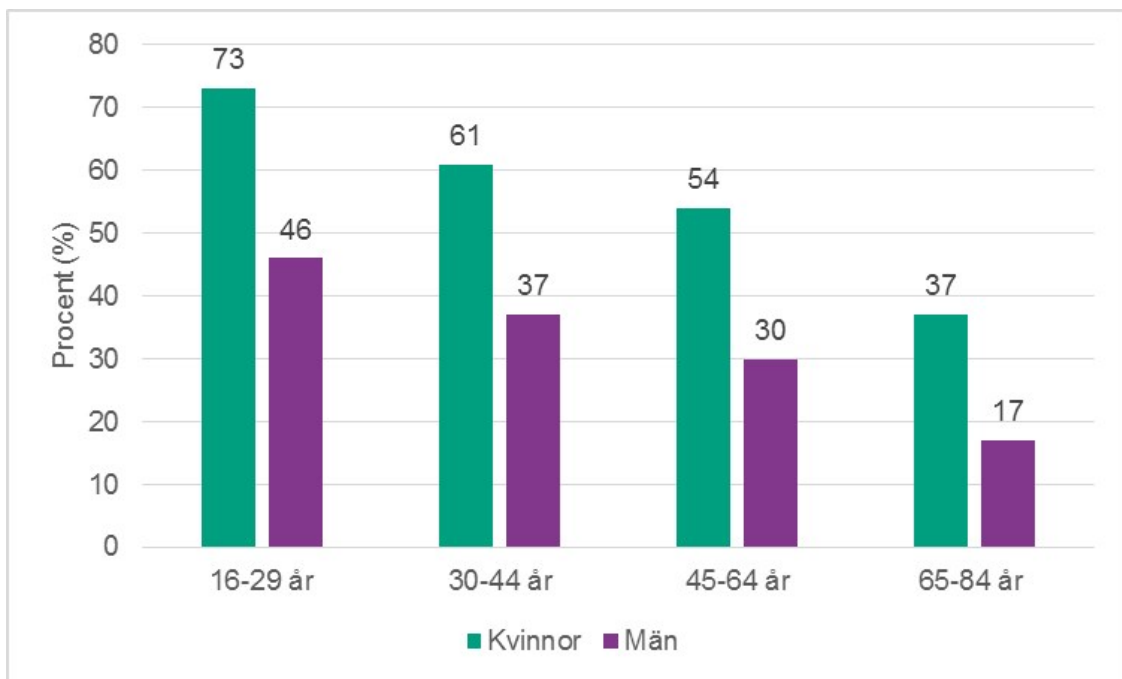
Figur 4b. Typ av stöd respondenterna använt sig av, per sexuell identitet och kön (n=5 374). Procent.



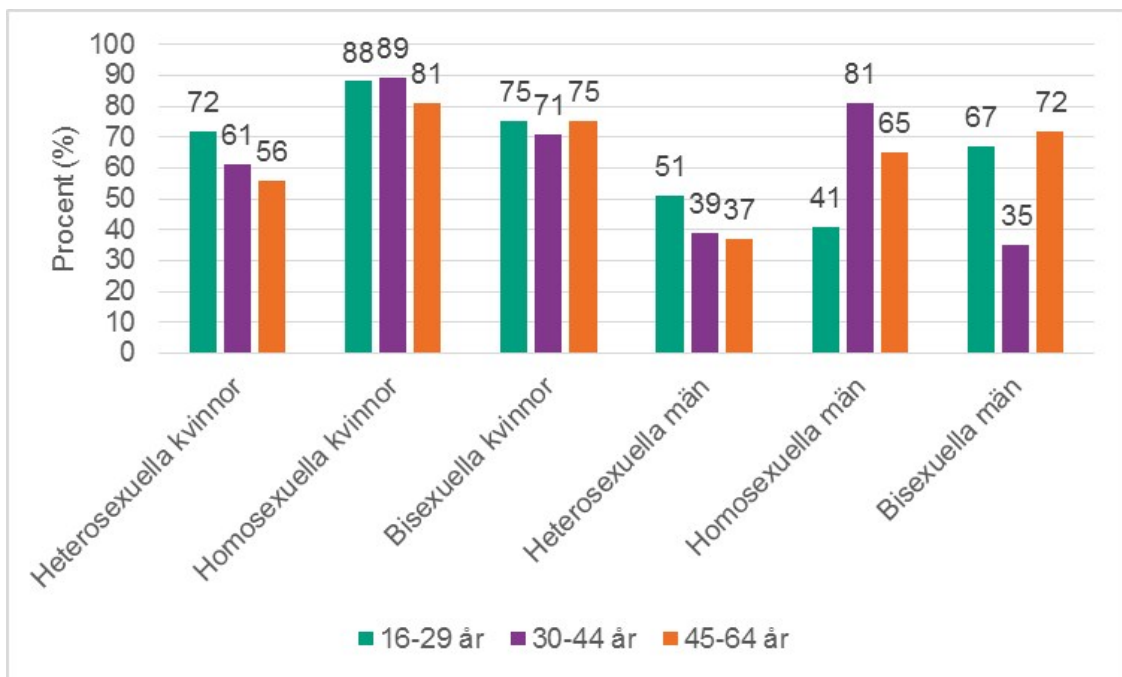
Figur 4c. Stödinsatser som respondenterna använt sig av, bland trans- och cispersoner (n=5 734). Procent.



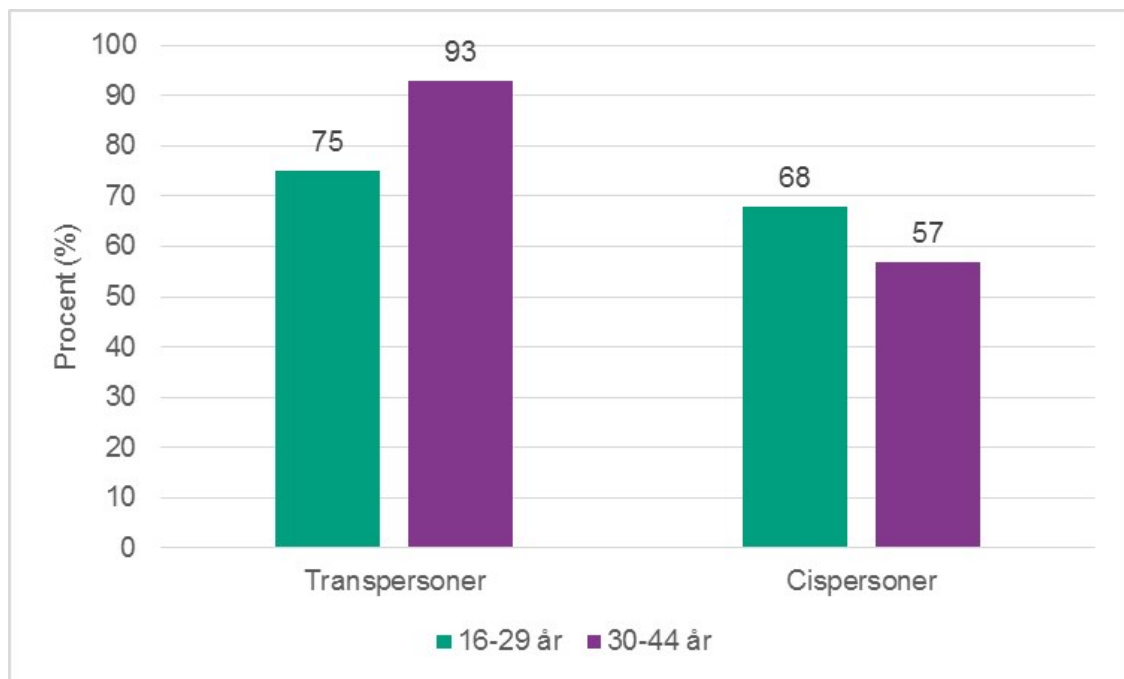
Figur 5a. Andel som berättat för nära anhörig om det som hänt, per kön och ålder (n=5 779). Procent.



Figur 5b. Andel som berättat för nära anhörig om det som hänt, per kön, sexuell identitet och ålder (n=5 374). Procent.



Figur 5c. Andel som berättat för nära anhörig om det som hänt bland trans- och cispersoner, per åldersgrupp (n=5 734). Procent.



Inga skillnader utifrån utbildningsnivå

Det förekom inga statistiskt säkerställda skillnader mellan kvinnor med olika utbildningsnivå gällande att ha uppsökt hälso- och sjukvård för det som hänt. Inga män med förgymnasial utbildning uppgav att de hade sökt hälso- och sjukvård och i de övriga kategorierna var andelarna 2–3 procent. Skillnaderna var inte statistiskt säkerställda.

Inte heller när det gäller att ha berättat för någon anhörig eller vän förekom några statistiskt säkerställda skillnader mellan kvinnor med olika utbildningsnivå. Färre män med förgymnasial utbildning hade pratat med någon närstående (26 procent) jämfört med män med eftergymnasial utbildning (39 procent).

Kvinnor med förgymnasial utbildning i åldrarna 30–44 hade i större utsträckning berättat för anhörig eller vän (84 procent jämfört med 60 procent i de övriga utbildningskategorierna). Bland de äldsta männen hade 9 procent av de med förgymnasial utbildning berättat, liksom 30 procent av de med eftergymnasial utbildning.

Vidare fanns inga statistiskt säkerställda skillnader i benägenhet att polisanmäla mellan olika utbildningsnivåer, vare sig bland kvinnor eller bland män generellt. Bland kvinnor i åldrarna 30–44 år förekom det däremot skillnader, 29 procent av kvinnor med förgymnasial utbildning hade anmält händelsen till polisen jämfört med 6 procent av kvinnor med eftergymnasial utbildning. Det var också mer vanligt att kvinnor med förgymnasial utbildning hade varit utsatta för grövre övergrepp såsom påtvingat samlag och försök till samlag eller liknande sexuell handling. Detta skulle kunna förklara den högre andelen polisanmälningar i denna grupp.

Utsatthet för hot och kränkning av partner

Det var vanligare bland kvinnor (12 procent) än män (7 procent) att ha blivit hotad av en partner. Mest utsatta för hot av partner var homosexuella kvinnor (23 procent) och bisexuella kvinnor (22 procent). Utsattheten minskade med tilltagande ålder. Exempelvis hade 15 procent bland de yngsta kvinnorna (16–29 år) och 4 procent bland de äldsta (65–84 år) haft en partner som hotat

dem. Bland männen var motsvarande andelar i de åldersgrupperna 7 respektive 2 procent. I kontrast var bisexuella kvinnor i åldern 30–44 mest utsatta (30 procent).

Det förekom skillnader mellan män med olika utbildningsnivåer, där män med eftergymnasial utbildning oftare hade haft en partner som hotat dem jämfört med de med förgymnasial utbildning (8 respektive 4 procent).

Diskussion om sexuella trakasserier och våld

Sammanfattade resultat om sexuella trakasserier och våld

Resultaten visar att många typer av sexuella trakasserier, sexuella övergrepp och sexuellt våld, är vanligt förekommande i befolkningen och att de drabbar såväl kvinnor som män. Dock finns stora skillnader mellan könen eftersom kvinnor drabbas i betydligt högre utsträckning än män. Även hbt-personer är mer drabbade. Den vanligaste formen av övergrepp är sexuella trakasserier och s.k. annat sexuellt övergrepp (t.ex. ovälkommen beröring). Detta hade fyra av tio kvinnor och knappt en av tio män upplevt. Yngre personer var mer utsatta än äldre. Bland kvinnor 16–29 år hade över hälften utsatts för sexuella trakasserier och det var också över hälften som utsatts för annat sexuellt övergrepp. Hbt-personer var mer utsatta för sexuella trakasserier och våld än heterosexuella personer.

Könsskillnaderna är väldokumenterade

Skillnaderna i utsatthet mellan kvinnor och män är väldokumenterade, och tidigare studier har också visat att utsatthet för alla former av sexuellt våld är vanligare bland kvinnor och att utsattheten minskar med tilltagande ålder bland både kvinnor och män (3). Sexuella trakasserier och sexuella övergrepp har traditionellt studerats som mäns övergrepp mot kvinnor (21), vilket naturligtvis lett till mindre kunskap om sexuella trakasserier och övergrepp där män har varit offer. Likaså har hbt-personers utsatthet inte studerats i lika stor omfattning.

Jämförelse med tidigare svenska studier

Få studier har beräknat förekomsten av sexuellt våld under hela livet, men en sådan studie, Våld och hälsa (3) fann att omkring 65 procent av kvinnorna och 30 procent av männen någon gång i livet utsatts för någon form av sexuella övergrepp, sexuell förnedring eller sexuella trakasserier. I denna studie var motsvarande andelar 63 procent bland kvinnorna och 20 procent bland männen. Skillnaderna i estimaten kan delvis förklaras av skillnader i formuleringarna av frågorna.

Resultaten från SRHR2017 visar att en stor andel kvinnor (50 procent) men färre män (10 procent) 16–64 år har åtminstone någon gång blivit sexuellt trakasserade. Tidigare resultat från NCK visade att 44 procent av kvinnor och 12 procent av män redovisade att de blivit utsatta för sexuella trakasserier före 18 års ålder. Andelen efter 18 års ålder i ”Våld och hälsa” var 38 procent bland kvinnor och 12 procent bland män. I denna studie fanns ingen tidsram specificerad och således är det oklart hur dessa uppgifter kan jämföras.

I SRHR2017 hade 39 procent av kvinnor utsatts för annat sexuellt övergrepp, och i Våld och hälsa presenterade liknande resultat (35 procent). Bland män var andelarna 9 procent i SRHR2017 och 13 procent i Våld och hälsa. En av frågorna där förekomsterna skiljde sig åt,

bland kvinnor, mellan de två olika undersökningarna var den om sexuellt övergrepp genom psykisk påtryckning. I SRHR2017 hade 23 procent av kvinnorna upplevt detta jämfört med 14 procent av kvinnorna i Våld och hälsa. Bland männen hade 5 procent i SRHR2017 och 3 procent i Våld och hälsa blivit utsatta för sexuellt övergrepp genom psykisk påtryckning.

För påtvingat samlag skiljer sig frågorna åt i ”Våld och hälsa” och SRHR2017. I SRHR 2017 var det 7 procent som blivit påtvingad samlag med fysiskt våld eller hot om fysiskt våld och i ”Våld och hälsa” var det 20 procent bland kvinnor som någon gång utsatts för påtvingat samlag eller liknande sexuell handling. Bland männen var skillnaden fyra procentandelar, 1 procent i SRHR2017 och 5 procent i ”Våld och hälsa”. I ”Våld och hälsa” efterfrågades alltså påtvingat samlag eller liknande sexuell handling, samt att man inkluderar ett alternativ som saknas i SRHR 2017, nämligen om man blivit påtvingad samlag eller liknande och/eller sexuell aktivitet då man befunnit sig i ett tillstånd utan möjlighet att försvara sig. Detta kan troligen förklara de iakttagna skillnaderna. Resultaten visar högre utsatthet för påtvingat samlag med fysiskt våld eller hot om fysiskt våld och sexuellt våld bland kvinnor med lägre utbildning. Detta är i linje med tidigare forskning. I Brås nationella trygghetsundersökning (NTU) var det en större andel som varit utsatta för sexualbrott bland personer med förgymnasial utbildning, jämfört med dem med gymnasial utbildning eller eftergymnasial utbildning (8). Dessutom var yngre respondenter i högre grad drabbade av sexualbrott. Dock framkom att kvinnor med eftergymnasial utbildning oftare varit utsatta för sexuella trakasserier jämfört med kvinnor med förgymnasial utbildning. Detta kan troligtvis bero på att yngre personer inte hunnit få en längre utbildning men också på att personer med högre utbildning kan vara mer medvetna om vad sexuella trakasserier är och hur det kan yttra sig.

I undersökningen Sex i Sverige från år 1996 ställdes frågor om sexuella övergrepp men på andra sätt än i vår undersökning. Enligt Sex i Sverige var det 12 procent av kvinnor och 3 procent av män som tvingats till sexuella handlingar. I dessa sexuella handlingar ingick en rad övergrepp inklusive påtvingat samlag. Enligt Brås undersökning NTU var det 10,7 bland kvinnor och 1,6 procent bland män av befolkningen (16–84 år) som uppgav att de utsattes för sexualbrott under år 2017. Under perioden 2006–2012 låg nivån relativt stabilt, men de senaste fem årens resultat visar på en tydlig ökning av både rapporterade sexualbrott i NTU samt anmälda sexualbrott. Det finns flera faktorer som kan ha påverkat utvecklingen av de anmälda respektive självrapporterade brotten, som benägenheten att anmäla och rapportera om sexualbrott, lagstiftningens utformning och den faktiska utsattheten. Brå konstaterar att skillnaderna mellan åldersgrupperna i befolkningen är mycket stora vad gäller sexualbrott och att yngre grupper är mer utsatta än äldre, vilket är i likhet med resultaten från SRHR2017.

Yngre drabbas i högre grad av sexuella trakasserier och övergrepp

Tidigare studier samt brottsstatistiken i Sverige visar att unga är, oavsett kön och sexuell identitet, mer drabbade av sexuella trakasserier och övergrepp än äldre. Det visas också i den här undersökningen. Detta kan till viss del bero på att unga och unga vuxna oftare rör sig i utemiljöer och situationer där sexuella trakasserier och övergrepp av okända kan förekomma, jämfört med äldre. De är ute mer, träffar fler människor och har fler tillfälliga kontakter. Att yngre människor uppfattas som mer ”fysiskt attraktiva” har också lyfts som en bidragande faktor (22). Amerikansk litteratur baserat på college-studenter visar också på att unga är mer utsatta, även avseende övergrepp, sexuellt våld och samtyckesproblematik (23).

Hbt-personer drabbas i högre grad

Flera studier visar att risken att drabbas av sexuella övergrepp är högre bland homosexuella och bisexuella kvinnor, än bland heterosexuella (24-26). Det visar också vår undersökning, där homo- och bisexuella kvinnor i högre utsträckning än heterosexuella, rapporterade att de utsatts för sexuella övergrepp. Mest utsatta var bisexuella kvinnor. Detta gällde alla former av sexuella övergrepp, från trakasserier till påtvingat samlag. De här resultaten är i linje med tidigare studier som har visat att bisexuella kvinnor, jämfört med både homo- och heterosexuella kvinnor, löper högre risk att drabbas av sexuella övergrepp och våld (25, 27). Orsakerna är inte fullständigt kartlagda och de bakomliggande mekanismerna till utsatthet är komplexa (28).

Folkhälsomyndighetens undersökning ”Utvecklingen av hälsan och hälsans bestämningsfaktorer bland homo- och bisexuella personer”, visade att unga bisexuella kvinnor är den grupp bland hbt-personer som har minst tillit till andra människor, uppvisar mest ohälsa och har mest självdestruktivt beteende (10). En bidragande förklaring kan också vara att bisexuella personer ofta får sin sexuella identitet ifrågasatt och inte känner sig accepterade vare sig i det homo- eller det heterosexuella samhället. Således möter de mer kränkande behandling, diskriminering och våld.

Till skillnad från kvinnor rapporterade homosexuella män mer utsatthet än bisexuella män. Samtidigt finns exempelvis en amerikansk undersökning, där 40 procent av homosexuella män rapporterade att de hade blivit utsatta för sexuella övergrepp (exklusive våldtäkt) jämfört med närmare 50 procent av bisexuella män (29). Tidigare forskning visar att homosexuella män riskerar att utsättas för sexuellt våld även på offentliga platser och att hatbrott kan ha inslag av sexuellt våld (30). Vidare är homosexuella och bisexuella män också offer för våld i nära relation, vilket inte sker i samma utsträckning för heterosexuella män.

I SRHR 2017 finns ingen information om förövaren så när exempelvis homosexuella eller bisexuella kvinnor blivit utsatta finns ingen information om könet på förövaren. Tidigare studier har dock visat det är vanligare med en manlig förövare oavsett offrets sexuella identitet (25), vilket visar på de destruktiva mekanismer kring maskulinitets- och mansroller som ligger bakom våldsproblematik.

Stödinsatser

Även tidigare studier har visat att kvinnor i högre grad berättar om upplevda händelser för anhöriga, söker sjukvård, och polisanmäler händelser (2). Detta brukar förklaras med att kvinnor och män har olika sätt att söka hjälp och stöd samt att samhällsnormer inte tillåter män att uttrycka känslor eller visa sin utsatthet, vilket kan påverka mäns benägenhet att berätta och att söka hjälp.

Bland hbt-personer sågs inte samma tydliga skillnad i beteende mellan könen och de hade i högre utsträckning sökt stöd efter händelsen. Det var vanligare att de berättade för en anhörig, och sökte sjukvård och de polisanmälde oftare än heterosexuella. Detta är ett positivt resultat då exempelvis transpersoner är en grupp som i tidigare studier har visat lågt förtroende för samhällsinstitutioner som polisen och det omgivande samhället (31).

Den här undersökningen förklarar inte dessa skillnader mellan hbt-personer och heterosexuella kvinnor och män. En bidragande faktor skulle kunna vara att hbt-personer i högre utsträckning utsätts för grövre övergrepp. En annan skulle kunna vara att hbt-personer i Sverige idag känner

sig tryggare än förr och känner ett socialt ansvar för att anmäla och synliggöra brott som drabbar dem. Fördjupade analyser behövs för att veta mer om vad skillnaderna beror på.

Folkrörelsen #Metoo har höjt medvetenheten

Resultaten bör diskuteras i skenet av senaste tidens ökade uppmärksamhet kring sexuella trakasserier. Folkrörelsen #Metoo har höjt medvetenheten om vad sexuella trakasserier är, hur de kan ta sig uttryck och möjliggjort för kvinnor att kunna berätta om saker de varit med om. #Metoo startade i oktober 2017, i slutskedet av datainsamlingen till SRHR2017 då majoriteten av enkätsvaren redan hade inkommit. Vi vet inte om resultaten av hur vanligt förekommande sexuella trakasserier är hade sett annorlunda ut om datainsamlingen skett efter #Metoo.

Metodologiska styrkor och svagheter

Denna undersökning är den första randomiserade befolkningsstudien om sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter i Sverige. Många av de tematiska områden som enkäten innefattar är angelägna samhällsproblem. Dessa områdens koppling till hälsa är både påtaglig och en viktig fråga. Idag finns begränsad kunskap om exakt hur vanligt förekommande kränkningar och trakasserier är. Dock har alla befintliga undersökningsmetoder olika fördelar och nackdelar.

En av studiens främsta styrkor är användandet av ett representativt urval av den svenska befolkningen, avseende kön, ålder och region. Svaren har dessutom kompletterats med bakgrundsvariabler från högkvalitativa registerdata. Vidare tillåter materialet att resultatet redovisas uppdelat på kön, ålder, sexuell identitet och utbildningsnivå vilket har saknats tidigare och är viktigt för att kunna bidra till ett effektivt folkhälsoarbete. Generellt finns en underrapportering i erfarenheter av utsatthet för våld och sexuellt våld. (32) Med detta i åtanke är det rimligt att anta att de reella nivåerna, speciellt av grövre sexuellt våld, är högre än vad vi rapporterar här. Ytterligare en underestimering finns i vårt material då personer som lever med skyddad identitet på hemlig adress inte har kunnat ingå i enkätunderlaget. Kvinnor som blivit utsatta för våld av tidigare partner är troligen överrepresenterade bland dessa. Huruvida sexuella trakasserier underrapporteras är mer oklart.

En svaghet är enkäten endast fanns på svenska, vilket utesluter svar från personer som inte behärskar det svenska språket. En annan svaghet är att frågorna om sexuella trakasserier och våld som ställdes i enkäten löd: "Har det hänt att du..." Det försvårar jämförelser med andra liknande studier som vanligtvis efterfrågar en specifik tidsperiod för erfarenheter, till exempel sådant som hänt under de senaste 12 månaderna. Vi kan inte heller dra slutsatser om eventuella hälsoskillnader när vi inte vet när i tiden trakasserierna eller övergreppen ägde rum. Frågorna formulerades på detta sätt för att få en uppfattning om hur stor andel som någon gång upplevt detta.

Speciellt bland äldre personer i befolkningen kan vi ana en underskattning p.g.a. svårigheter att minnas händelser långt bakåt i tiden, s.k. minnesfel eller på engelska recall bias (33, 34). Detta kan till viss del förklara de genomgående ålderskillnaderna där andelen utsatta för just sexuella trakasserier minskar med stigande ålder. Ämnets känsliga karaktär kan också bidra till att människor inte vill uppge vad de har blivit utsatta för.

Vidare är det oklart om det finns underrapportering bland de äldre på grund av att definitionen av vad sexuella trakasserier är, troligtvis är tydligare nu än tidigare. Idag finns en ökad medvetenhet

och kunskap om vad sexuella trakasserier och övergrepp faktiskt är, och under de senaste 50 åren har samhället gradvis lagt mer fokus och ansvar på förövaren istället för att skambelägga offret. Å andra sidan kan händelser som skett tidigare i livet förstås och omprövas enligt nya kunskaper men det är oklart hur detta påverkar hur människor svarar. I enkäten följdes frågorna av exempel på vad sexuella trakasserier, övergrepp, våld och sexuell förnedring kan vara.

I denna studie efterfrågades inte vem förövaren var, om förövaren var kvinna eller man eller partner eller icke-partner. Dock visar statistik och tidigare forskning att majoriteten av förövare är män (2, 35).

Det är svårt att mäta socioekonomi som inkluderar alla nyanser av begreppet och som gäller för hela befolkningen oavsett ålder. I den här rapporten användes utbildningsnivå. Nackdelarna är att de yngsta inte hunnit få sin högsta utbildning ännu och en gymnasieexamen i dag motsvarar till exempel inte en gymnasieexamen på 1950- eller 1960-talet. För att undvika det problemet genomförde vi samma analyser men med ett smalare åldersspann med individer 30–44 år.

Behov av förebyggande arbete

Alla människor har rätt att själva fatta beslut som rör den egna kroppen och alla har rätt till en sexualitet fri från diskriminering, våld eller tvång. Resultaten i denna undersökning stödjer tidigare studier som visar att sexuella trakasserier är vanliga inslag i vardagen för många kvinnor och till viss del även män. Sexuella trakasserier är oacceptabla. Förekomsten av sexuella trakasserier och sexuellt våld bör således inte bara minska, utan åtgärder behöver sättas in så att de upphör helt.

Prevention av sexuella trakasserier och sexuellt våld behöver vara bred och behandla en rad problem samtidigt på samma sätt som prevention av våld enligt regeringens nationella strategi för att förebygga och bekämpa mäns våld mot kvinnor. Detta kräver ett tvärsektionellt arbete - att många instanser arbetar för att ingen ska behöva utsättas för kränkningar, trakasserier, övergrepp eller våld. På strategisk nivå bör myndigheter, skola och hälso- och sjukvård arbeta för sexuella rättigheter, jämställdhet mellan könen och lika möjligheter och rättigheter för alla oavsett sexuell identitet, könsidentitet eller könsuttryck.

Utsattheten bland kvinnor och hbt-personer visar tydligt på behovet av ett fortsatt jämställdhets- och jämlikhetsfokus när insatser ska riktas till specifika grupper. Problemet har sin grund i destruktiva maskulinitets- och mansroller, vilket syns i de tydliga könsskillnaderna i utsatthet samt det faktum att det främst är män som utsätter andra personer för sexuella trakasserier och våld. Med tanke på att mer än var fjärde kvinna har utsatts för sexuella trakasserier bör frågan få ökad uppmärksamhet och utrymme. Denna fråga bör diskuteras i många forum där unga män finns, för att förändra stereotypa könsnormer som kopplar samman maskulinitet med kränkningar och våld. Kunskapen och medvetenheten om till exempel sexuell kommunikation, gränser och inte minst sexuellt samtycke måste nå ut till alla för att förebygga att pojkar och män utsätter flickor och kvinnor och andra män för handlingar som på sikt är hälsoskadliga.

Skolan är en viktig arena för att diskutera dessa frågor med barn och unga/unga vuxna. Där går det att tidigt ta upp frågor om normer och vikten av relationer utan kränkningar, våld och tvång. I det breda kunskaps- och värdegrundsarbetet i allmänhet, och i sex- och samlevnadsundervisningen i synnerhet. Socialtjänsten är en viktig arena för stöd och hjälp. Hälso- och sjukvården har också en viktig roll, genom att personalen rutinmässigt kan fråga om

sex mot sin vilja och erbjuda stöd och hjälp för personer som blivit utsatta för sexuellt våld. Instanser som möter unga män har potential att arbeta även med förövarperspektivet. Skolan, ungdomsmottagningar och elevhälsan behöver nå killar i betydligt högre utsträckning, både enskilt och i grupp, än vad som sker idag. Fler pojkar och unga män bör vid något tillfälle ha möjlighet till ett enskilt samtal om frågor kring sexualitet. Idrottssektorn har potential att göra skillnad och ta ett större ansvar då idrottsklubbar möter många killar och har möjlighet att diskutera värdegrund.

Framtida studier bör ytterligare visa vilka specifika hälsokonsekvenser som kan förebyggas genom att förebygga sexuella trakasserier och våld. Framtida studier behöver också undersöka vilka metoder som är effektiva för att nå unga män med den kunskap och de verktyg de behöver, för att minska mäns våld mot kvinnor. Folkhälsomyndigheten planerar ytterligare analyser av materialet, specifikt hur utsatthet för sexuella trakasserier och våld samvarierar med andra variabler som rör hälsa och sexualitet. Flera fördjupningsstudier på liknande tema har genomförts av Folkhälsomyndigheten: en kvalitativ studie om sexuellt samtycke, en kvantitativ undersökning om sexuellt samtycke, och en intervjustudie om SRHR bland unga med intellektuell funktionsnedsättning.

Slutsatser om sexuella trakasserier och våld

SRHR2017 visar att många typer av sexuella trakasserier, sexuella övergrepp och sexuellt våld, är vanligt förekommande i befolkningen och att de drabbar såväl kvinnor som män. Men resultaten pekar på stora skillnader mellan könen, på så sätt att kvinnor drabbas i betydligt högre utsträckning än män. Hbt-personer är också en utsatt grupp.

Förekomsten av sexuella trakasserier och våld visar på behovet av ett brett förebyggande arbete. Bland annat bör pojkar och unga män inkluderas i arbetet med att förändra stereotypa könsnormer som kopplar samman maskulinitet med kränkningar och våld. Frågor om normer och vikten av relationer fria från kränkningar, våld och tvång behöver behandlas tidigt och insatser bör involvera pojkar och unga män.

Referenser

1. World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva, Switzerland: 2013. Contract No.: 978-92-4 156462-5. Hämtad från: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625_eng.pdf;jsessionid=5B3707F8C0F2E26098DC7D5ADF0456AD?sequence=1
2. Nationellt Centrum för Kvinnofrid. Våld och hälsa - En befolkningsundersökning om kvinnors och mäns våldsutsatthet samt kopplingen till hälsa. Uppsala, Sweden: Nationellt Centrum för Kvinnofrid 2014.
3. Nationellt Centrum för Kvinnofrid. 2019. Hämtad från: <https://www.nck.uu.se/om-nck/>
4. Socialdepartementet. En nationell strategi för att förebygga och bekämpa mäns våld mot kvinnor. Makt, mål och myndighet – feministisk politik för en jämställd framtid Skr. 2016/17:102016. s. 109-55.
5. WHO. World report on violence and health. 2002.
6. Macdowall W, Gibson LJ, Tanton C, Mercer CH, Lewis R, Clifton S, et al. Lifetime prevalence, associated factors, and circumstances of non-volitional sex in women and men in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). Lancet. 2013;382(9907):1845-55. DOI:10.1016/S0140-6736(13)62300-4.
7. Cohen JN, Byers ES. Beyond lesbian bed death: enhancing our understanding of the sexuality of sexual-minority women in relationships. J Sex Res. 2014;51(8):893-903.

DOI:10.1080/00224499.2013.795924.

8. Utsatthet för brott 2016 [Elektronisk resurs] : resultat från Nationella trygghetsundersökningen (NTU) 2017. Stockholm: Brottsförebyggande rådet (BRÅ), 2017.
9. Brottsförebyggande rådet. Våld bland unga 2018 Hämtad från:
https://www.bra.se/download/18.c4ecee2162e20d258c4a9ea/1529045636442/2018_Brott_i_nara_relationer_bland unga.pdf
10. Folkhälsomyndigheten. Utvecklingen av hälsan och hälsans bestämningsfaktorer bland homo- och bisexuella personer. 2014. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/globalassets/nyheter-press/dokument-nyheter/2014/utv-halsan-bestamningsfaktorer-homo-bi-fina-2014.pdf>
11. Szalacha LA, Hughes TL, McNair R, Loxton D. Mental health, sexual identity, and interpersonal violence: Findings from the Australian longitudinal Women's health study. *BMC Womens Health*. 2017;17(1):94. DOI:10.1186/s12905-017-0452-5.
12. Nationellt Centrum för Kvinnofrid. Våld mot hbtq-personer– en forsknings- och kunskapsöversikt. Redovisning av regeringsuppdrag i Regleringsbrev för budgetåret 2017 avseende Uppsala universitet. 2018.
13. Coker AL, Davis KE, Arias I, Desai S, Sanderson M, Brandt HM, et al. Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. *Am J Prev Med*. 2002;23(4):260-8. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12406480>
14. Kendall-Tackett K. Inflammation, cardiovascular disease, and metabolic syndrome as sequelae of violence against women – the role of depression, hostility and sleep disturbance. *Trauma, Violence, and Abuse*. 2007;8(2):117–26.
15. Exner-Cortens D, Eckenrode J, Rothman E. Longitudinal associations between teen dating violence victimization and adverse health outcomes. *Pediatrics*. 2013;131(1):71-8. DOI:10.1542/peds.2012-1029.
16. Barter C, Stanley N, Wood M. Young peoples online and face-to-face experiences of interpersonal violence and abuse and its subjective impact across five European countries. *Psychology of Violence*. 2017;7(3):375-84.
17. World Health Organization. Measuring sexual health: Conceptual and practical considerations and related indicators. 2010. Hämtad från:
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70434/who_rhr_10.12_eng.pdf?sequence=1
18. Mushtaq M, Sultana S, Imtiaz I. The Trauma of Sexual Harassment and its Mental Health Consequences Among Nurses. *J Coll Physicians Surg Pak*. 2015;25(9):675-9. DOI:10.2015/JCPSP.675679.
19. Hand J, Sanchez L. Badgering or bantering? Gender differences in experience of, and reactions to, sexual harassment among U.S. high school students. *Gender & Society*. 2000(14):718-46.
20. Lee V, Croninger R, Linn E, Chen X. The culture of sexual harassment in secondary schools. *American Educational Research Journal*. 1996(33):383-417.
21. Abbey AJ-T, A.; Parkhill, M. . Sexual assault among diverse populations of women: Common ground, distinctive features, and unanswered questions. I: Landrine HR, N., editors. , redaktör. *Handbook of diversity in feminist psychology* New York: Springer Publishing Company; 2010. s. 391-425.
22. Felson RB, Cundiff PR. Sexual assault as a crime against young people. *Arch Sex Behav*. 2014;43(2):273-84. DOI:10.1007/s10508-013-0127-8.
23. Cantor D FB, Chibnail S, et al. . Report on the AAU Campus Climate Survey on Sexual Assault and Sexual Misconduct. Association of American Universities, 2015. Hämtad från:
<https://www.aau.edu/key-issues/aau-climate-survey-sexual-assault-andsexual-misconduct-2015>
24. Balsam KF, Lehavot K, Beadnell B. Sexual revictimization and mental health: a comparison of lesbians, gay men, and heterosexual women. *J Interpers Violence*. 2011;26(9):1798-814. DOI:10.1177/0886260510372946.
25. Balsam KF, Rothblum ED, Beauchaine TP. Victimization over the life span: a comparison of lesbian, gay, bisexual, and heterosexual siblings. *J Consult Clin Psychol*. 2005;73(3):477-87. DOI:10.1037/0022-006X.73.3.477.
26. Hughes TL, Johnson TP, Steffen AD, Wilsnack SC, Everett B. Lifetime Victimization, Hazardous Drinking, and Depression Among Heterosexual and Sexual Minority Women. *LGBT Health*. 2014;1(3):192-203. DOI:10.1089/lgbt.2014.0014.
27. Walters ML CJ, Breiding MJ. . The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS): 2010 Findings on Victimization by Sexual Orientation. . Atlanta, GA: : National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention; 2013.
28. Hughes TL, Szalacha LA, Johnson TP, Kinnison KE, Wilsnack SC, Cho Y. Sexual victimization and

- hazardous drinking among heterosexual and sexual minority women. *Addict Behav.* 2010;35(12):1152-6. DOI:10.1016/j.addbeh.2010.07.004.
29. Walters M, Breiding M. The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS): 2010 findings on victimization by sexual orientation. Atlanta, Georgia: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention: 2013.
 30. Priebe G, Svedin CG. Online or off-line victimisation and psychological well-being: a comparison of sexual-minority and heterosexual youth. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2012;21(10):569-82. DOI:10.1007/s00787-012-0294-5.
 31. Folkhälsomyndigheten. Hälsan och hälsans bestämningfaktorer för transpersoner En rapport om hälsoläget bland transpersoner i Sverige. 2015.
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/a55cb89cab14498caf47f2798e8da7af/halsan-halsans-bestamningsfaktorer-transpersoner-15038-webb.pdf>
 32. World Health Organization. Sexual violence: prevalence, dynamics and consequences. 2016.
 33. Statistiska Centralbyrån. Frågor och svar – om frågekonstruktion i enkät- och intervjuundersökningar. SCB-tryck: 2016. 978-91-618-1653-8. Hämtad från:
https://www.scb.se/contentassets/c6dd18d66ab240e89d674ce728e4145f/ov9999_2016a01_br_x08br1601.pdf
 34. Streiner DL, Patten SB, Anthony JC, Cairney J. Has 'lifetime prevalence' reached the end of its life? An examination of the concept. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2009;18(4):221-8. DOI:10.1002/mpr.296.
 35. Rådet. B. Nationella trygghetsundersökningen 2017- Om utsatthet, otrygghet och förtroende. Brottsförebyggande rådet, 2018. (2018:1).

Sexlivet del A

Sexualiteten är en betydelsefull del av livet. Den är både viktig för vår hälsa och har en nära koppling till identitet, integritet och intimitet. Dessa påverkar i sin tur bland annat självkänslan, välbefinnandet och förmågan till återhämtning.

I undersökningen SRHR2017 fick ett representativt urval av Sveriges befolkning 16–84 år besvara frågor om bland annat upplevelser och problem i relation till sexlivet. Svarsfrekvensen var 31 procent. Resultaten bör, trots kalibreringsvikter, tolkas med försiktighet. Syftet med detta kapitel är att beskriva olika aspekter av Sveriges befolknings sexliv, såsom nöjdhet med sexlivet, hur ofta en har haft sex samt upplevelser och problem i relation till sexlivet.

Folkhälsomyndigheten redovisar här resultaten utifrån kön, ålder och utbildningsnivå. På grund av få respondenter bör resultaten tolkas med försiktighet.

Majoriteten är nöjd med sitt sexliv

Majoriteten av den svenska befolkningen 16–84 år är nöjd med sitt sexliv, tycker att sex är viktigt och har haft sex under det senaste året. Mest nöjda med sitt sexliv var kvinnor 30–44 och 45–64 år (63 procent) och män 30–44 år (67 procent). Minst nöjda med sitt sexliv var den yngsta åldersgruppen (16–29 år) bland män (32 procent) och den äldsta åldersgruppen (65–84 år) bland både kvinnor (48 procent) och män (33 procent).

Kön hade betydelse för upplevelser och problem i sexlivet. Det var till exempel vanligare bland kvinnor än män att ha saknat intresse, lust, njutning och upphetsning vid sex, ha känt fysisk smärta vid eller efter sex samt inte ha fått orgasm eller ha tagit lång tid att få orgasm. Drygt var tionde kvinna hade haft problem med torr slida.

Det var vanligare bland män än kvinnor att ha saknat en sexpartner, fått orgasm snabbare än de har velat, inte haft sex på de sätt de ville och önska ha fler sexpartner. Sjutton procent av männen uppgav att de haft svårt att få eller behålla erektion.

Fler kvinnor än män upplevde att de har varit för trötta eller stressade för att ha sex under de senaste 12 månaderna. I åldern 30–44 år uppgav 37 procent av kvinnorna och 17 procent av männen att de varit för trötta eller stressade för att ha sex. Åtta procent av befolkningen rapporterade att de hade haft hälsoproblem eller fysiska problem som påverkat sexlivet. Tretton procent hade sökt råd eller hjälp inom hälso- och sjukvården för problem i sexlivet, medan majoriteten (82 procent) uppgav att de inte sökt hjälp och ansåg att de inte heller behövde det.

Resultat i korthet:

- 58 procent av den svenska befolkningen 16–84 år var nöjda med sitt sexliv under det senaste året, och majoriteten tyckte att sex är viktigt.
- Fyra av fem svenskar 16–84 år (80 procent) hade haft sex under de senaste 12 månaderna. Knappt var tredje man (28 procent) och var femte kvinna (18 procent) tyckte att de inte haft sex tillräckligt ofta.
- En femtedel av kvinnorna (21 procent) och en knapp tiondel av männen (8 procent) hade saknat sexuell lust.

- Dubbelt så många kvinnor (33 procent) som män (15 procent) hade saknat intresse för sex.
- 9 procent av kvinnorna och 4 procent av männen hade saknat sexuell upphetsning.
- 13 procent av kvinnorna hade haft problem med besvärande torr slida.
- Det var vanligare bland kvinnor (16 procent) än män (7 procent) att inte ha nått eller haft svårt att nå orgasm, medan fler män (18 procent) än kvinnor (2 procent) uppgav att de fått orgasm snabbare än de hade velat.
- 17 procent av männen hade haft svårt att få eller behålla erektion. Detta var vanligare med stigande ålder.
- 11 procent av kvinnorna och två procent av männen hade känt smärta vid eller efter sex.
- Dubbelt så hög andel kvinnor (20 procent) som män (10 procent) hade varit för trötta eller stressade för att ha sex.
- 8 procent hade haft hälsoproblem eller fysiska problem som påverkat deras sexliv.
- 13 procent hade sökt hjälp för problem i sexlivet bland både kvinnor och män.

Fortsatt folkhälsoarbete

Resultaten visar att kön och ålder är av betydelse för upplevelser och problem i relation till sexlivet. Information, rådgivning och vård relaterade till sexualiteten bör därför vara behovsanpassade och uppfylla kraven utifrån ett folkhälsoperspektiv genom tillgång, tillgänglighet, acceptans och kvalitet.

Sexualitet, sexliv och hälsa

Sexualiteten är en viktig del av livet som har stor betydelse för vår hälsa och vårt välmående (1-3), oavsett ålder, kön, etnicitet, religion, funktionsförmåga, sexuell identitet, könsidentitet eller könsuttryck. Sexualiteten kan påverkas av sociala, biologiska och psykologiska faktorer och dess betydelse, förutsättningar och uttryck varierar bland individer (2, 4, 5). Sexualiteten kan påverka bland annat personlig integritet, identitet, kroppsuppfattning, anknytning och intimitet, och är således en viktig faktor som påverkar bl.a. välbefinnande, självkänsla och förmåga till återhämtning (2).

I Världshälsoorganisationens (WHO:s) definition av sexuell hälsa ingår ”möjligheten att ha njutbara och säkra erfarenheter fria från tvång, diskriminering och våld”. En integrerad definition av sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) från Guttmacher-Lancet-kommissionen lyfter njutbara sexuella relationer som en viktig del i främjandet av välmående (6):

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.

Folkhälsomyndigheten har valt att fokusera på tre områden inom sexuell hälsa (7):

- rättigheter: att alla människor har rätt till en god sexuell hälsa

- jämställdhet: att både kvinnor och män ska ha samma möjligheter att uppnå god sexuell hälsa
- jämlikhet: att förbättra förutsättningarna för en god och jämlikt fördelad sexuell hälsa samt minska skillnader i hälsa mellan olika grupper, baserade på ålder, kön, könsidentitet, etnicitet, religion och trosuppfattning, funktionsnedsättning och sexuell identitet.

Alla har rätt till säkra, positiva och njutbara sexuella upplevelser, i motsats till otrygga, negativa och obehagliga (6). Upplevelser av sex och sexuell nöjdhet grundar sig i flera samverkande faktorer (8). Inom forskningen definieras sexuell nöjdhet ofta i en relationell kontext, där nöjdheten beror på individens positiva och negativa aspekter av sina sexuella relationer. Det saknas dock en universell konsensus kring definitionen av sexuell nöjdhet. Sexuell nöjdhet har bland annat associerats med sexuell förmåga (9-11), sexuell kommunikation (12, 13), förväntningar, praktik (12), nöjdhet med relationer (9, 14) och hur ofta individer har sex (11, 15). Sexuell förmåga, till exempel att nå orgasm, har associerats med högre grad av sexuell nöjdhet (11, 15-17). Forskning har visat att heterosexuella män oftare når orgasm vid sex än heterosexuella kvinnor, vilket i litteraturen refereras till som ”orgasm gap”, samt systematiskt övervärderar hur ofta orgasm nås av kvinnliga sexpartner (17-19). Nedsatt sexuell förmåga som besvärande torr slida, svårighet att få eller behålla erektion, svårighet att nå orgasm samt fysisk smärta vid sex, har visats vara associerat med lägre grad av sexuell nöjdhet (11, 20). Problem med sexuell förmåga ökar risken för att vara mindre sexuellt nöjd (21).

Tidigare befolkningsstudier om sexlivet

Flera nationella befolkningsstudier som studerat sexuell hälsa och sexliv har funnit köns- och åldersskillnader i sexuella problem (15, 22-24) och hur ofta personer har sex (23, 25). Studier har också visat att det finns skillnader i hur kvinnor och män definierar sexuell nöjdhet (10, 14, 15, 26). Majoriteten av de studier som gjorts på sexuell nöjdhet har fokuserat på heterosexuella par (27). Studier med fokus på hbtq-personer och par har även kopplat samman grad av sexuell nöjdhet med bland annat sexuellt stigma (9, 28).

Sambanden mellan sexualitet, sexliv och hälsa är komplexa, och interaktionerna kan vara både positiva och negativa (2). Forskning har visat att fysisk och psykisk hälsa i stor utsträckning associeras med sexuell aktivitet, beteenden och nöjdhet (29-31). Sämre hälsa har bland annat associerats med lägre sexuell aktivitet och mindre sexuell nöjdhet (22). Inom forskning tenderar dock sexuell njutning, nöjdhet och välbefinnande fortfarande att vara underrepresenterade och inkluderas sällan i interventioner ämnade att förbättra den sexuella hälsan (1).

Forskning om sexlivet

En brittisk befolkningsstudie från år 2012, ”The National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles” (NATSAL-3), visade att mer än 60 procent av den brittiska befolkningen 16–74 år var nöjd med sitt sexliv. Det vanligaste problemet var brist på intresse för sex bland både kvinnor (34 procent) och män (15 procent). Bland män var det även vanligt att ha fått orgasm för tidigt (15 procent) och ha svårt att få eller behålla en erektion (13 procent). Bland kvinnor rapporterades svårighet att nå orgasm (16 procent) och besvärande torr slida (13 procent) (23). Sämre fysisk hälsa och depressiva symtom visade sig vara associerade med minskad sexuell aktivitet, sexuell nöjdhet samt ökad rapportering av erektionsproblem och torr slida (22). Andelen kvinnor som ansåg sig vara nöjd med sitt sexliv var signifikant lägre bland de som rapporterade depressiva symtom än bland de som rapporterade god hälsa. Totalt rapporterade 17 procent att

hälsoproblem påverkat deras sexliv de senaste 12 månaderna, men endast 7 procent hade de sökt klinisk hjälp eller vård (22).

Resultatet från en finsk befolkningsstudie, FINSEX Research Project som genomförts 1971, 1992, 1999 och 2007, visade att andelen som var nöjd med sitt sexliv hade ökat mellan 1971 till 1992, i synnerhet bland kvinnor. Kvinnors nöjdhet påverkades bl.a. av förmågan att nå orgasm under sex (15). Resultatet från 2007 visade även att en mycket högre andel män (94 procent) än kvinnor (46 procent) alltid eller nästan alltid fick orgasm vid sex, samt att 41 procent av kvinnorna och 12 procent av männen relativt ofta saknade sexuell lust (32).

Nöjdhet med sexlivet ur ett svenskt perspektiv

År 1996 gjorde dåvarande Statens Folkhälsoinstitut en nationell studie om människors förhållningssätt till sin sexualitet (Sex i Sverige, om sexuallivet i Sverige 1996). Studien gjordes bl.a. i syfte att få kunskap om sexuella erfarenheter och upplevelser hos den vuxna befolkningen. Totalt deltog 2 810 individer 18–74 år. Studien genomfördes via intervjuer och skiljer sig avsevärt i metod och frågekonstruktion mot studien SRHR 2017.

Knappt 60 procent i åldern 18–49 år rapporterade att de var nöjda med sitt sexliv. Nöjdheten minskade med åldern, t.ex. uppgav 47 procent av kvinnorna 66–74 år att de var nöjda med sitt sexliv. Bland män ökade nöjdheten med åldern, från 47 procent 18–24 år, 52 procent 25–34 år till 60 procent 35–49 år. Lägst andel nöjda (45 procent) sågs bland män 66–74 år.

Fjorton procent av kvinnorna och tre procent av männen hade aldrig eller sällan känt sexuell lust under de senaste 12 månaderna. Män hade generellt mer sexuell lust än kvinnor. Lusten tenderade dock att minska med åldern hos bägge könen. Vidare uppgav 33 procent av kvinnorna och 16 procent av männen att deras intresse för sex minskat under de senaste 12 månaderna. Fyrtio procent av de som rapporterat minskad sexlust upplevde också att det var ett problem.

Tjugotvå procent av kvinnorna rapporterade att de inte fick eller hade svårigheter att nå orgasm vid samlag. Kvinnor som hade orgasmsvårigheter hade även ett minskat intresse för sex (53 procent) och upplevde mer fysisk smärta vid sex (13 procent). Vidare uppgav åtta procent av männen att de fått för tidig orgasm, medan två procent av männen rapporterade att de fått för sen orgasm. Totalt rapporterade fem procent av männen att de hade erektionsproblem.

Resultatet visade även skillnader i andelen kvinnor (6 procent) och män (1 procent) som känt smärta vid sex. Över 60 procent av de som upplevt smärta vid sex ansåg att det var ett problem. Drygt var tionde kvinna (12 procent) hade upplevt besvärande torr slida (24).

Syfte

Det övergripande syftet med SRHR2017 är att öka kunskapen och därigenom skapa bättre förutsättningar för ett effektivt folkhälsoarbete för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter. Syftet med detta kapitel är att beskriva olika aspekter av Sveriges befolknings sexliv, såsom nöjdhet med sexlivet, hur ofta människor har haft sex samt upplevelser och problem i relation till sexlivet.

Metodbeskrivning och frågorna om sexlivet

I denna del redovisas resultat från befolkningsundersökningen SRHR2017 om olika aspekter av befolkningens sexliv, såsom nöjdhet, hur ofta personer har haft sex samt upplevelser och problem i relation till sexlivet. Kapitlet är framför allt deskriptivt och resultaten presenteras i tabeller och figurer kategoriserade utifrån kön (kvinna/man) och åldersgrupper (16–29 år, 30–44 år, 45–64 år, 65–84 år).

Vissa resultat redovisas också uppdelade efter utbildningsnivå, som en indikator på socioekonomisk status. Följande tre kategorier har använts: förgymnasial utbildning (9 år eller färre), gymnasial utbildning (10–12 år), och eftergymnasial utbildning (13 år eller mer). I del B redovisas resultaten även uppdelade på sexuell identitet och transerfarenhet.

Undersökningen SRHR2017 genomfördes av Folkhälsomyndigheten år 2017 i samarbete med Statistiska centralbyrån och Enkätfabriken AB. Enkäten skickades ut till ett slumpmässigt stratifierat urval av totalbefolkningsregistret på ca 50 000 individer. Svarsfrekvensen blev 31 procent. Det slutgiltiga antalet respondenter var 14 547, varav 8 176 kvinnor och 6 371 män. Bortfallet var skevt, med högre bortfall bland exempelvis personer med lägre utbildning och utländsk härkomst. Skevheterna är i linje med andra undersökningar och har hanterats med viktning för att svaren i möjligaste mån ska representera Sveriges befolkning. Dock bör den statistik som tas fram tolkas med försiktighet och man bör ha i åtanke att det kan finnas skevheter kvar även efter viktning.

Den ena huvudfrågan vars svar presenteras i den här rapporten var: ”Hur har du upplevt ditt sexliv de senaste 12 månaderna?”, och följande svarsalternativ gavs:

- ”Jag är i stort sett nöjd”
- ”Jag är i stort sett missnöjd”
- ”Jag har haft sex med mig själv”
- ”Jag saknar en sexpartner”
- ”Jag vill ha fler sexpartner”
- ”Jag har inte haft sex tillräckligt ofta”
- ”Jag har haft sex oftare än jag vill”
- ”Jag har saknat sexuell lust”
- ”Jag har sällan eller aldrig fått orgasm”
- ”Jag har inte haft sex på det sättet jag vill”
- ”Jag har hälsoproblem eller fysiska problem som påverkar sexlivet”
- ”Jag har haft sex fast jag egentligen inte vill”
- ”Jag har varit för trött eller stressad för att ha sex”
- ”Jag saknar svarsalternativ som passar mig”

I fall där respondenten har svarat både ”Jag är i stort sett nöjd”, ”Jag är i stort sett missnöjd”, skapade vi en egen kategori som vi kallade för ”Både nöjd och missnöjd”. Detta för att det i enkäten saknades ett svarsalternativ som hamnade mellan alternativen både ”Jag är i stort sett nöjd”, ”Jag är i stort sett missnöjd”.

Den andra huvudfrågan löd ”Har du under de senaste 12 månaderna, upplevt något av följande

som ett problem?”, och följande svarsalternativ gavs:

- ”Jag har saknat intresse för sex”
- ”Jag har saknat njutning av sex”
- ”Jag har känt oro när jag har sex”
- ”Jag har känt fysisk smärta vid sex eller efter att jag har haft sex”
- ”Jag har inte känt upphetsning när jag har sex”
- ”Jag har inte fått orgasm eller tagit lång tid att nå orgasm trots upphetsning”
- ”Jag har fått orgasm snabbare än jag skulle vilja”
- ”Jag har haft en besvärande torr slida”
- ”Jag har haft svårt att få eller behålla erektion”
- ”Jag har inte upplevt något av detta”

Vi frågade även om man hade sökt råd eller hjälp hos hälso- sjukvård för problem som man uppgett. Följande svarsalternativ gavs; ”Ja, och jag fick hjälp”, Ja, och jag fick delvis hjälp”, Ja, men jag fick inte hjälp”, ”Nej”, Nej, men jag skulle behöva söka hjälp”.

Utöver detta redovisar vi även andel av befolkningen som har testat sig för sexuellt överförbara infektioner (STI) under de senaste tolv månaderna. Frågan löd ”har du de senaste 12 månaderna testat dig för någon av följande infektioner?”

- Klamydia
- Syfilis
- Gonorré
- Hiv
- Hepatit B
- Hepatit C
- ”Jag har testat mig de senaste 12 månaderna, men vet inte för vad.”
- ”Jag har inte testat mig de senaste 12 månaderna.”

I några av frågorna kunde flera svarsalternativ uppges. I diagramtexten står vid sådana frågor att det är en ”flervalsfråga”.

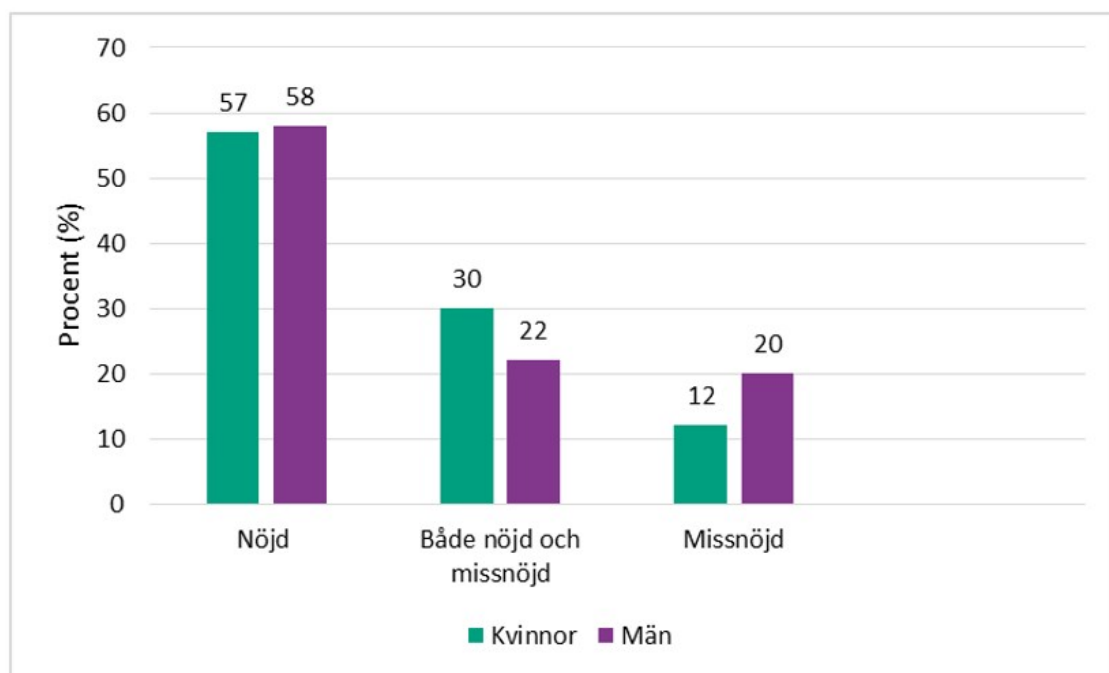
Resultaten redovisas som andelar (procent) av befolkningen, uppdelade på kön och ålder. Endast statistiskt signifikanta skillnader på 95 procentig nivå mellan olika grupper skrivs ut i texten om inte annat anges.

I tabeller redovisas procent med 95-procentiga konfidensintervall (KI). Konfidensintervall återges för att visa den osäkerhet som uppstår till följd av att man har gjort ett slumpmässigt urval av befolkningen och skattat ett värde. Ett konfidensintervall är ett intervall som med en förutbestämd säkerhet innefattar det sanna värdet av till exempel en andel. Vanligen anges den övre och nedre gränsen för det intervall inom vilket det ”sanna” värdet med 95 procents säkerhet befinner sig.

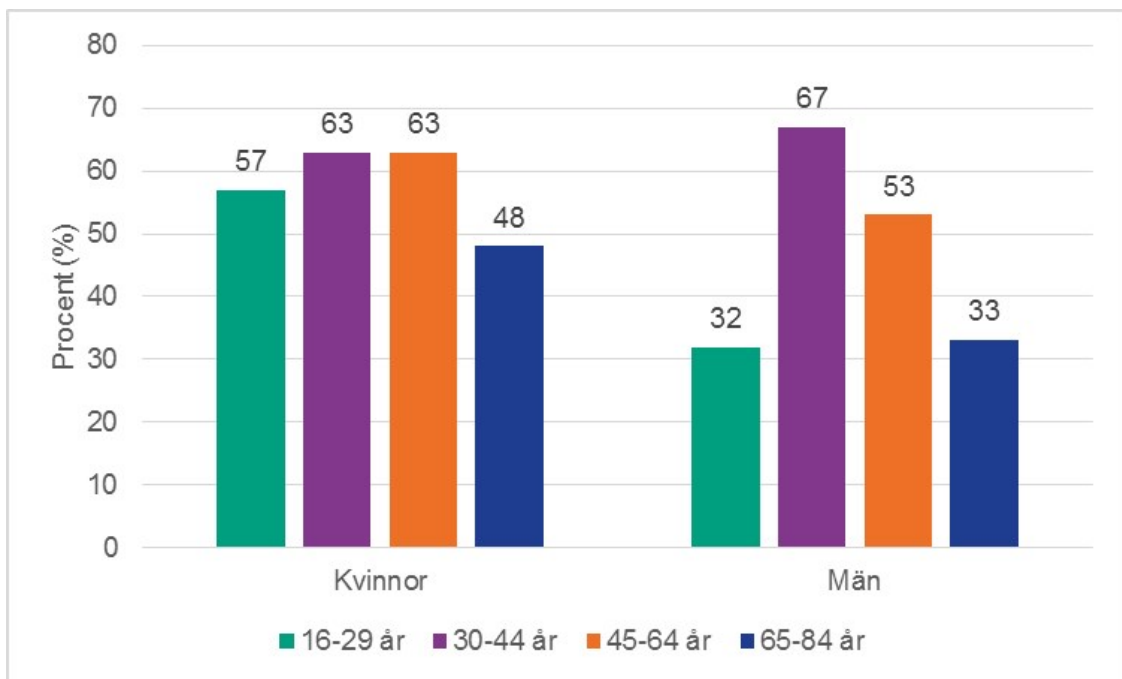
Resultat om sexliv och nöjdhet

Totalt var 58 procent av befolkningen nöjd med sitt sexliv under de senaste 12 månaderna. I åldern 16–29 år var en högre andel kvinnor (57 procent) än män (32 procent) nöjda med sitt sexliv, medan dubbelt så många män (50 procent) som kvinnor (25 procent) var missnöjda. Var femte man rapporterade att de både var nöjda och missnöjda. Bland kvinnor 30–64 år och män 30–44 år fanns högst andel som var nöjd med sexlivet, 63 respektive 67 procent. Utöver det rapporterade en högre andel kvinnor (48 procent) än män (33 procent) 65–84 år att de var nöjda med sitt sexliv. En högre andel män (56 procent) än kvinnor (36 procent) 65–84 år uppgav att de varken var nöjda eller missnöjda med sitt sexliv.

Figur 1. Nöjdhet med sexlivet under de senaste 12 månaderna, per kön (n=14 193). Procent.



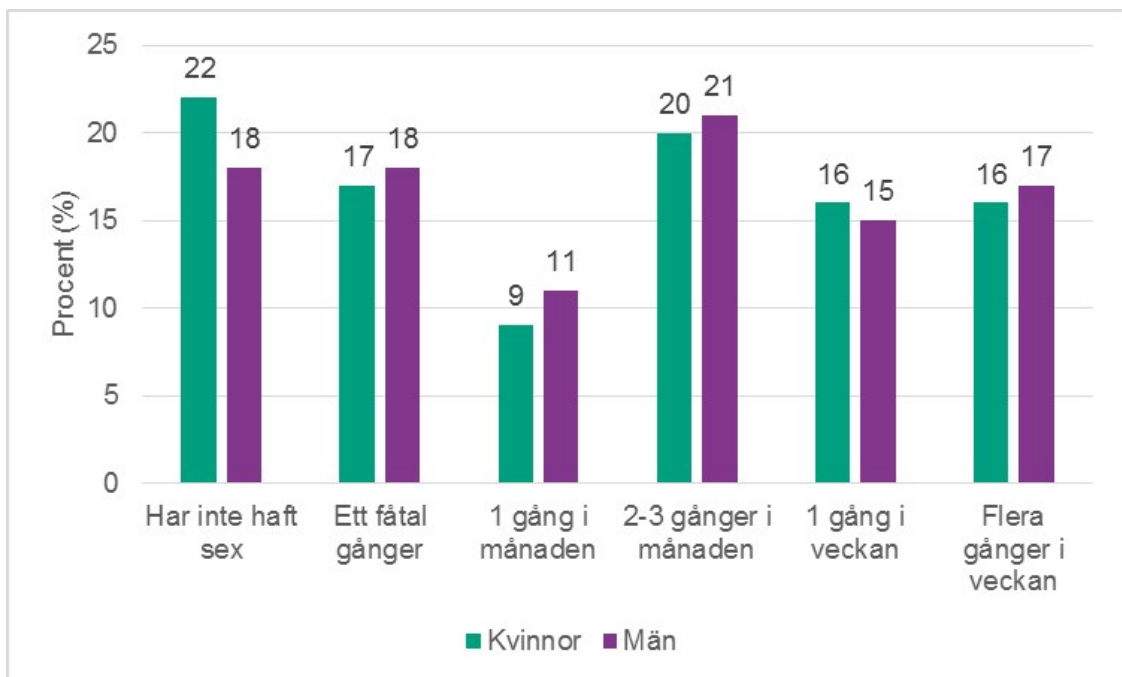
Figur 2. Nöjdhet med sexlivet under de senaste 12 månaderna, per kön och ålder (n=14 193). Procent.



Sex under det senaste året

Majoriteten av svenskarna 16–84 år hade haft sex under de senaste 12 månaderna. En femtedel hade haft sex 2–3 gånger i månaden, medan ungefär en tiondel hade haft sex en gång i månaden. Det var ungefär lika vanligt bland både kvinnor och män att ha haft sex en gång i veckan som flera gånger i veckan (ca 16 procent).

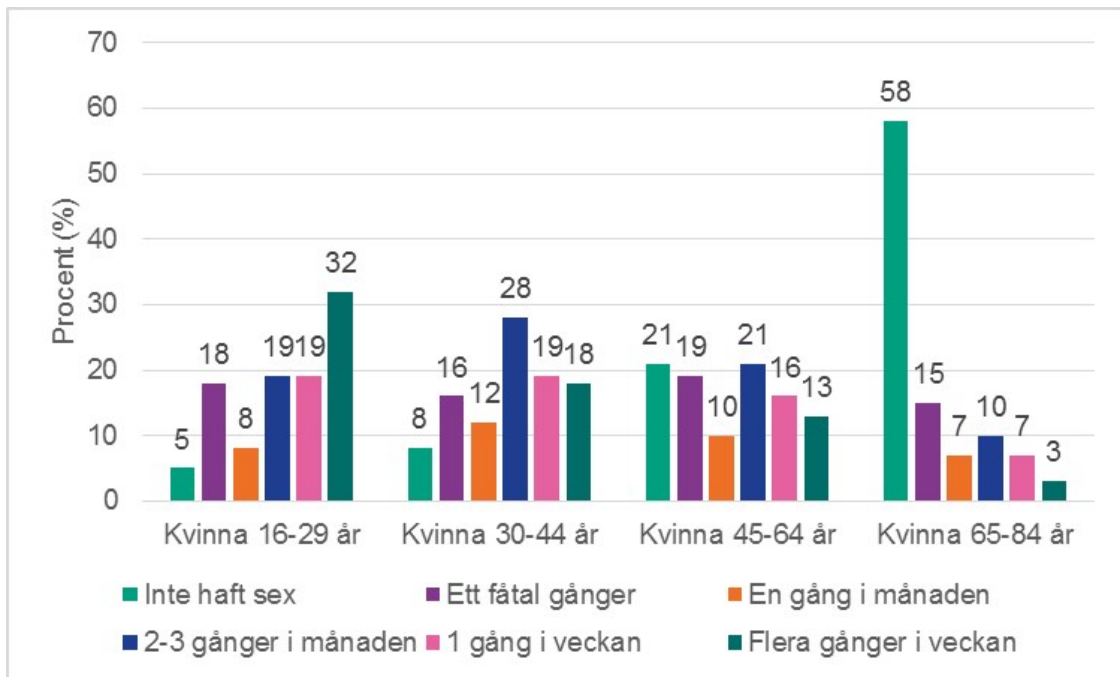
Figur 3. Har haft sex och i så fall hur ofta under de senaste 12 månaderna, per kön (n=12 384). Procent.



En högre andel kvinnor (22 procent) än män (18 procent) hade inte haft sex under de senaste 12 månaderna (se figur 3). Könsskillnaderna var särskilt tydliga i åldern 65–84 år, där 58 procent av kvinnorna jämfört med 40 procent av männen inte hade haft sex det senaste året (se figur 4 och

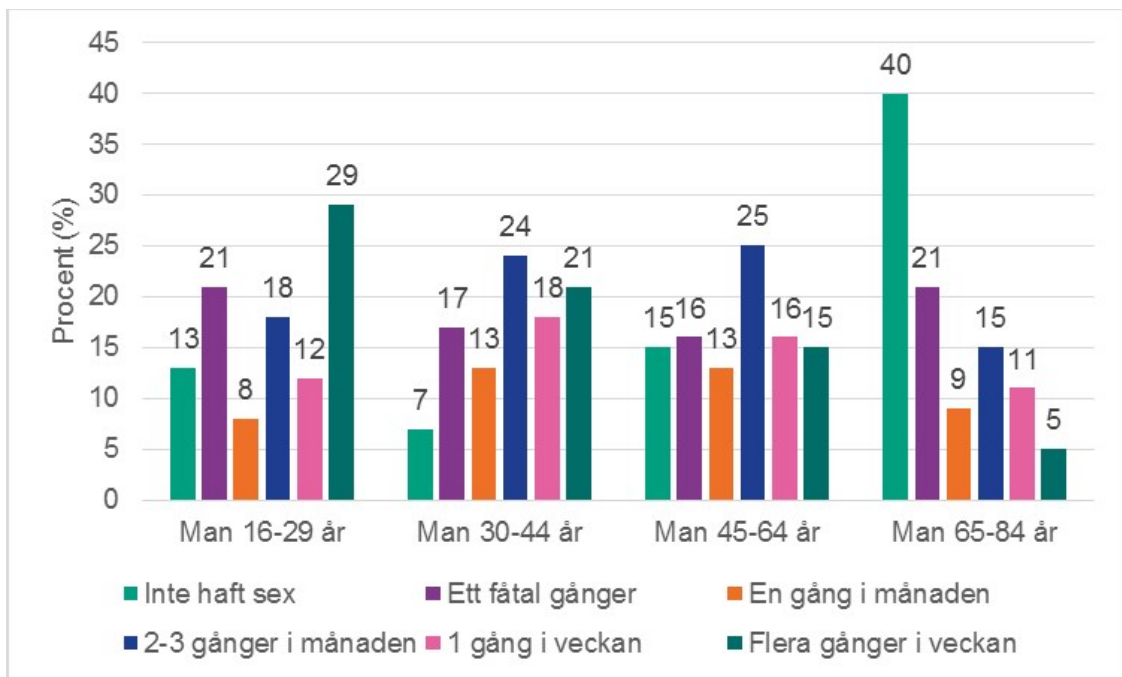
5). Även i åldern 45–64 år var det vanligare bland kvinnor (21 procent) än män (15 procent) att inte ha haft sex under det senaste året. I åldern 16–29 år var det däremot vanligare bland män (13 procent) än kvinnor (5 procent) att inte ha haft sex. Bland kvinnor hade en betydligt högre andel som var 65–84 år (58 procent) än 16–29 år (5 procent) inte haft sex det senaste året. Bland män i åldern 30–44 år fanns lägst andel som inte haft sex (7 procent) och högst andel i åldern 65–84 år (40 procent). Att ha haft sex flera gånger i veckan var vanligare bland kvinnor och män 16–29 år (32 respektive 29 procent) än 65–84 år (3 respektive 5 procent), se figur 4 och 5.

Figur 4. Hur ofta kvinnor hade sex under de senaste 12 månaderna (n=6 939). Procent.



En högre andel män (28 procent) än kvinnor (18 procent) ansåg att de inte hade haft sex tillräckligt ofta under de senaste 12 månaderna. Högst andel som upplevde att de inte hade haft sex tillräckligt ofta fanns bland män 30–44 år (39 procent) och kvinnor 30–44 år (27 procent) respektive 16–29 år (24 procent). Lägst andel som uppgav att de inte hade haft sex tillräckligt ofta var kvinnor (4 procent) och män (12 procent) 65–84 år. Totalt uppgav ungefär 1 procent att de hade haft sex oftare än de ville.

Figur 5. Hur ofta män hade sex under de senaste 12 månaderna (n=5 445). Procent.



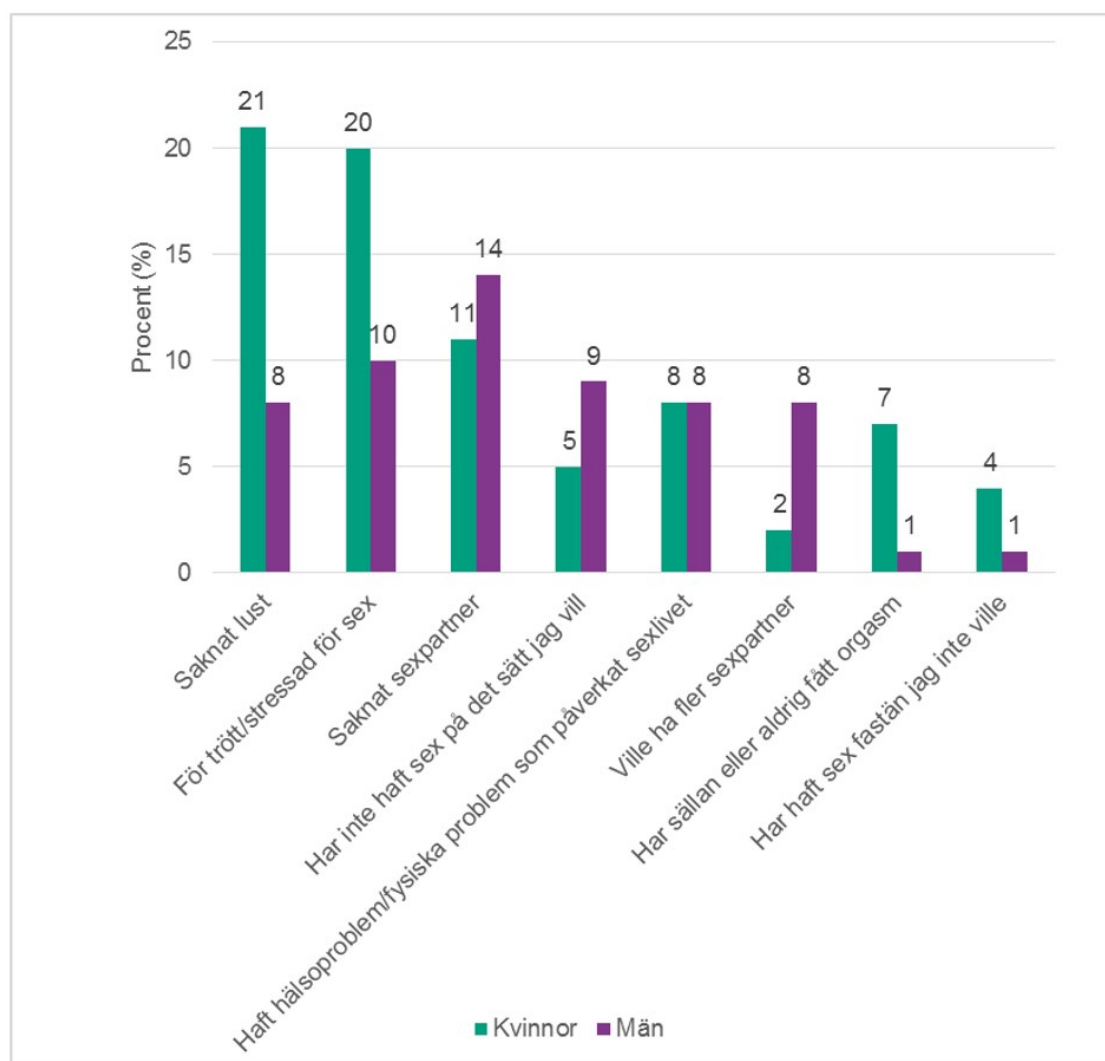
Hur viktigt är sex?

Majoriteten av befolkningen (58 procent) var nöjd med sitt sexliv, och en hög andel hade haft sex (78 procent av kvinnor 82 procent av män) under det senaste året. En högre andel män (74 procent) än kvinnor (59 procent) ansåg även att sex är ganska eller mycket viktigt, och en högre andel kvinnor (18 procent) än män (9 procent) uppgav att sex inte är särskilt eller inte alls viktigt. Lägst andel som ansåg att sex är viktigt fanns i åldern 65–84 år bland både kvinnor (32 procent) och män (56 procent).

Upplevelser i relation till sexlivet

I figur 6 nedan visas olika aspekter av hur befolkningen har upplevt sitt sexliv de senaste 12 månaderna. Det fanns tydliga skillnader mellan kön och åldersgrupper.

Figur 6. Upplevelser i relation till sexlivet under de senaste 12 månaderna (n=14 193). Frågan löd "Hur har du upplevt ditt sexliv de senaste 12 månaderna?" Flervalsfråga. Procent.



Sexuell lust

Totalt angav 21 procent av kvinnorna och 8 procent av männen att de hade saknat sexuell lust under de senaste 12 månaderna. Högst andel som hade saknat lust fanns bland kvinnor 30–44 år (30 procent), följt av 16–29 år och 45–64 (20 procent vardera) och 65–84 år (12 procent). Andelen män som hade saknat sexuell lust var ungefär lika stor bland alla åldersgrupper.

Trötthet och stress i relation till sexlivet

En högre andel kvinnor (20 procent) än män (10 procent) uppgav att de hade varit för trötta eller stressade för att ha sex. Bland kvinnor 30–44 år upplevde 37 procent att de hade varit för trötta eller stressade för att ha sex, medan andelen för män i samma ålder var 17 procent. Skillnaden var tydlig i alla åldrar förutom 65–84 år, där drygt 1 procent upplevt att de hade varit för trötta eller stressade för att ha sex.

Sexpartner

En högre andel män (14 procent) än kvinnor (11 procent) hade saknat en sexpartner de senaste 12 månaderna. Det var vanligast att ha saknat en sexpartner bland män 16–29 år (29 procent). Att vilja ha fler sexpartner var också vanligare bland män (8 procent) än kvinnor (2 procent).

Högst andel som ville ha fler sexpartner rapporterades i åldersgruppen 16–29 år för både män (15 procent) och kvinnor (6 procent).

Inte haft sex på det sätt man vill

En högre andel män (9 procent) än kvinnor (5 procent) hade inte haft sex på det sättet som de ville. Bland män 30–44 år uppgav störst andel att de inte haft sex på det sätt de ville (12 procent).

Hälsoproblem och fysiska problem

Totalt hade 8 procent av befolkningen haft hälsoproblem eller fysiska problem som påverkat deras sexliv under de senaste 12 månaderna. Bland kvinnor var andelen som upplevt hälsoproblem ungefär lika stor (ca 8 procent) i varje åldersgrupp. Bland män ökade andelen som upplevt hälsoproblem eller fysiska problem med åldern, från 4 procent (30–44 år) till 16 procent (65–84 år).

Sällan eller aldrig fått orgasm

En högre andel kvinnor (7 procent) än män (1 procent) hade sällan eller aldrig fått orgasm under de senaste 12 månaderna. Det fanns skillnader mellan de yngsta och äldsta kvinnorna: 16 procent av kvinnor yngre än 30 år hade sällan eller aldrig fått orgasm, medan samma sak gällde för 3 procent bland kvinnor äldre än 65 år. Ungefär lika stor andel (1 procent) yngre som äldre män uppgav att de sällan eller aldrig fått orgasm.

Haft sex fast man egentligen inte ville

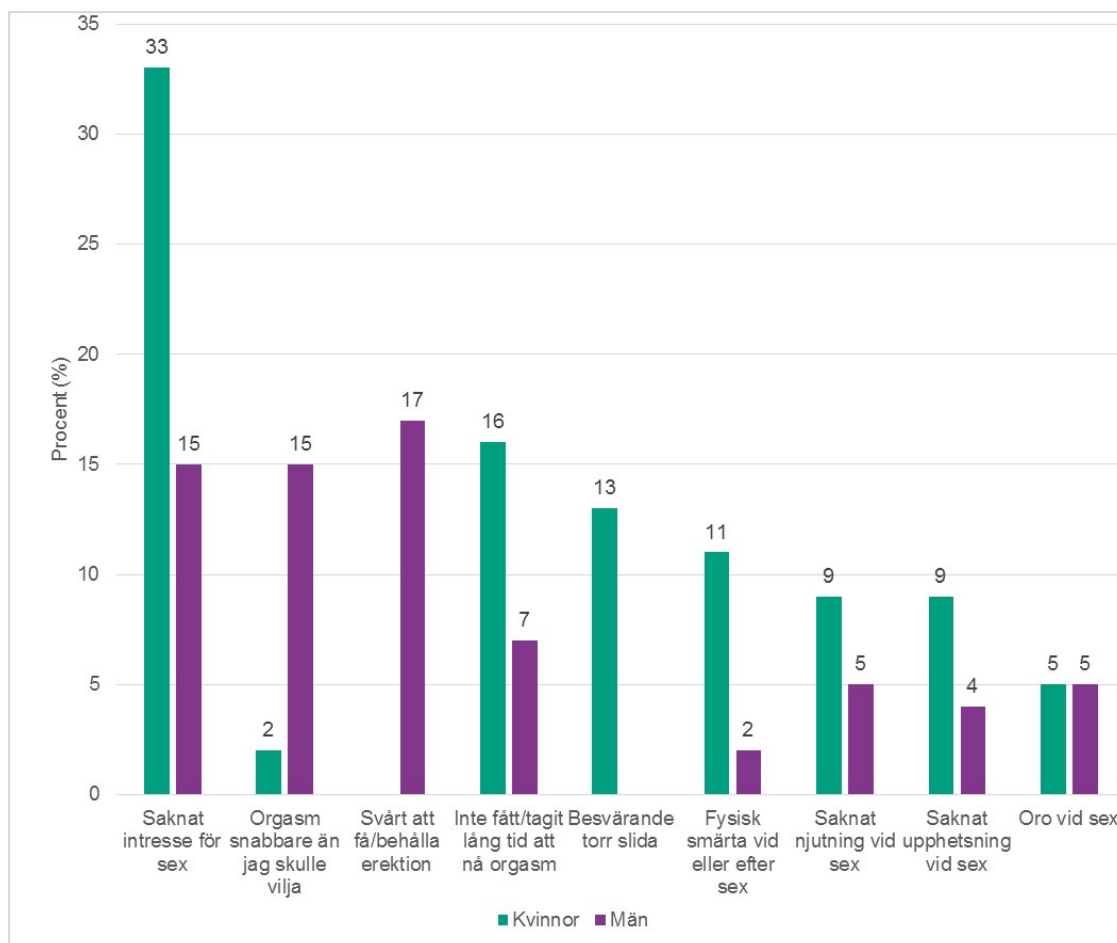
Andelen som haft sex fastän de egentligen inte ville var högre bland kvinnor (4 procent) än män (1 procent). Andelarna var högre bland kvinnor än män i alla åldersgrupper. För mer utförlig information om detta se rapporten ”Sex, relationer och egenmakt - Resultat från befolkningsundersökningen SRHR2017”.

Upplevelse av problem i relation till sexlivet

Vi mätte också om befolkningen hade upplevt olika aspekter av sitt sexliv som problem eller inte under de senaste 12 månaderna, se figur 7.

Notera att respondenterna besvarade två frågor i en, om de upplevt något och om det upplevdes som ett problem. Det kan således finnas högre andelar som upplevt något av nedanstående alternativ, men som inte upplevde det som ett problem och därmed inte räknas in i statistiken. Det fanns skillnader mellan kön och åldersgrupp i upplevelser av problem i samband med sexlivet.

Figur 7. Upplevelser av problem i samband med sexlivet under de senaste 12 månaderna (n=13 753), efter kön. Frågan löd ”Hur har du upplevt ditt sexliv de senaste 12 månaderna?” Flervalsfråga. Procent.



Saknat intresse för, njutning av och upphetsning vid sex

Det var vanligare att kvinnor hade saknat intresse för sex (33 procent) än män (15 procent) under de senaste 12 månaderna. Högst andel fanns bland kvinnor 30–44 år (45 procent) följt av kvinnor 45–64 år (34 procent), 16–29 år (29 procent) och 65–84 år (21 procent). Bland män var det ungefär lika vanligt i alla åldrar att ha saknat intresse för sex.

Att ha saknat njutning vid sex var också vanligare bland kvinnor (9 procent) än män (5 procent). Bland kvinnor hade en högre andel saknat njutning vid sex i åldern 16–44 år (12 procent) än 65–84 år (5 procent).

Utöver det var det även vanligare att inte ha känt upphetsning vid sex bland kvinnor (9 procent) än män (4 procent). Högst andel kvinnor som inte känt upphetsning vid sex fanns i åldern 16–44 år (13 procent), följt av 45–64 år (8 procent) och 65–84 år (3 procent). Bland män var det vanligast att inte ha känt upphetsning i åldern 16–44 år (6 procent) följt av 45–64 år (3 procent) och 65–84 år (1 procent).

Problem med orgasm

Mer än dubbelt så hög andel kvinnor (16 procent) som män (7 procent) hade inte fått orgasm eller tagit lång tid att nå orgasm trots upphetsning. Vidare var det betydligt vanligare bland kvinnor 16–29 år (29 procent) än 65–84 år (4 procent). Även bland män hade en högre andel 16–44 år (9 procent) upplevt ha svårt att nå orgasm än män 65–84 år (5 procent).

En högre andel män (18 procent) än kvinnor (2 procent) uppgav att de hade fått orgasm snabbare än de skulle vilja. Ungefär var fjärde man 16–44 år rapporterade att de nått orgasm snabbare än de hade velat.

Problem med erektion

17 procent av männen upplevde att de hade haft svårt att få eller behålla erektion. Vidare var det vanligare bland män 65–84 år (28 procent) än 16–44 år (11 procent).

Besvärande torr slida

13 procent av kvinnorna hade upplevt besvär med torr slida under de senaste 12 månaderna. Högst andel som uppgav det var kvinnor 45–64 år (17 procent).

Fysisk smärta vid eller efter sex

Fler än var tionde kvinna hade känt fysisk smärta vid eller efter sex. Att ha känt smärta vid eller efter sex var vanligast bland kvinnor 16–29 år (19 procent), och andelen minskade med åldern. Det var även vanligare bland kvinnor (11 procent) än män (2 procent). Bland män hade en högre andel 16–29 år (4 procent) känt fysisk smärta vid eller efter sex än män 65–84 år (1 procent).

Oro vid sex

Knappt 5 procent rapporterade att de hade upplevt oro vid sex de senaste 12 månaderna. Högsta andelen som känt oro vid sex fanns i åldern 16–29 år (9 procent av kvinnorna, 11 procent av männen). Att ha upplevt oro vid sex var mindre vanligt bland äldre, och 1 procent i åldern 65–84 år uppgav att de hade upplevt oro vid sex under de senaste 12 månaderna.

Skillnader i upplevelser av sexlivet utifrån utbildningslängd

Kvinnor med eftergymnasial utbildning var i högre utsträckning missnöjda med sitt sexliv (16 procent), jämfört med kvinnor med förgymnasial utbildning (9 procent). Bland män sågs liknande mönster, där 12 procent av männen med förgymnasial utbildning sa sig vara missnöjda, 20 procent bland män med gymnasial och 21 procent av män med eftergymnasial utbildning.

Det var högre andel bland kvinnor med förgymnasial utbildning som rapporterade att de inte hade haft sex de senaste 12 månaderna (23 procent), jämfört med 14 procent av kvinnor med eftergymnasial utbildning. Bland män sågs tendenser till att fler av dem med förgymnasial utbildning inte hade haft sex de senaste 12 månaderna (16 procent), jämfört med 10 procent av män med eftergymnasial utbildning. Jämfört med kvinnor med förgymnasial utbildning hade kvinnor med eftergymnasial utbildning i högre utsträckning saknat lust (29 procent, respektive 17 procent), varit för stressade/trötta för sex (33 procent respektive 14 procent), men i lägre utsträckning haft hälsoproblem som påverkat sexlivet (5 procent respektive 11 procent).

Vissa skillnader i vad kvinnor uppfattade som problem relaterade till sexlivet skiljde sig också åt mellan utbildningsgrupper. Kvinnor med eftergymnasial utbildning rapporterade i högre utsträckning att de saknade intresse för sex (43 procent), jämfört med gymnasial utbildning (36 procent) och förgymnasial (26 procent). Högutbildade kvinnor hade också oftare besvärande torr slida (16 respektive 11 procent), hade saknat njutning (10 procent jämfört med 6 procent) och

hade saknat upphetsning (11 procent jämfört med 5 procent).

Liksom bland kvinnor, var det också vanligare bland män med eftergymnasial utbildning att ha varit för stressade och trötta för sex (15 procent), jämfört med män med förgymnasial utbildning (5 procent) och de hade inte haft sex på det sätt de ville (11 procent) jämfört med 5 procent av män med förgymnasial utbildning.

Följande problem var vanligare bland män med eftergymnasial utbildning; saknat intresse för sex (18 procent) jämfört med män med förgymnasial utbildning (14 procent), hade fått för snabb orgasm (20 procent) jämfört med män med förgymnasial utbildning (14 procent) och rapporterade i högre utsträckning erektionsproblem (10 procent), jämfört med män med förgymnasial utbildning (5 procent).

Sökt råd eller hjälp inom hälso- och sjukvården för sexlivet

Totalt hade ungefär 13 procent sökt råd eller hjälp inom hälso- och sjukvården för de problem som nämns tidigare. En ungefär lika hög andel män (5 procent) som kvinnor (4 procent) hade sökt och fått hjälp för problem i samband med sexlivet under de senaste 12 månaderna (se tabell 1). Bland kvinnor var det vanligare att delvis ha fått hjälp (7 procent) än att ha fått hjälp (4 procent), medan det bland män var ungefär lika vanligt. Åttiotvå procent rapporterade att de inte sökt råd eller hjälp för problem i samband med sexlivet. Ungefär lika många män som kvinnor svarade att de inte sökt hjälp inom hälso- och sjukvården, trots att de ansåg sig behöva det.

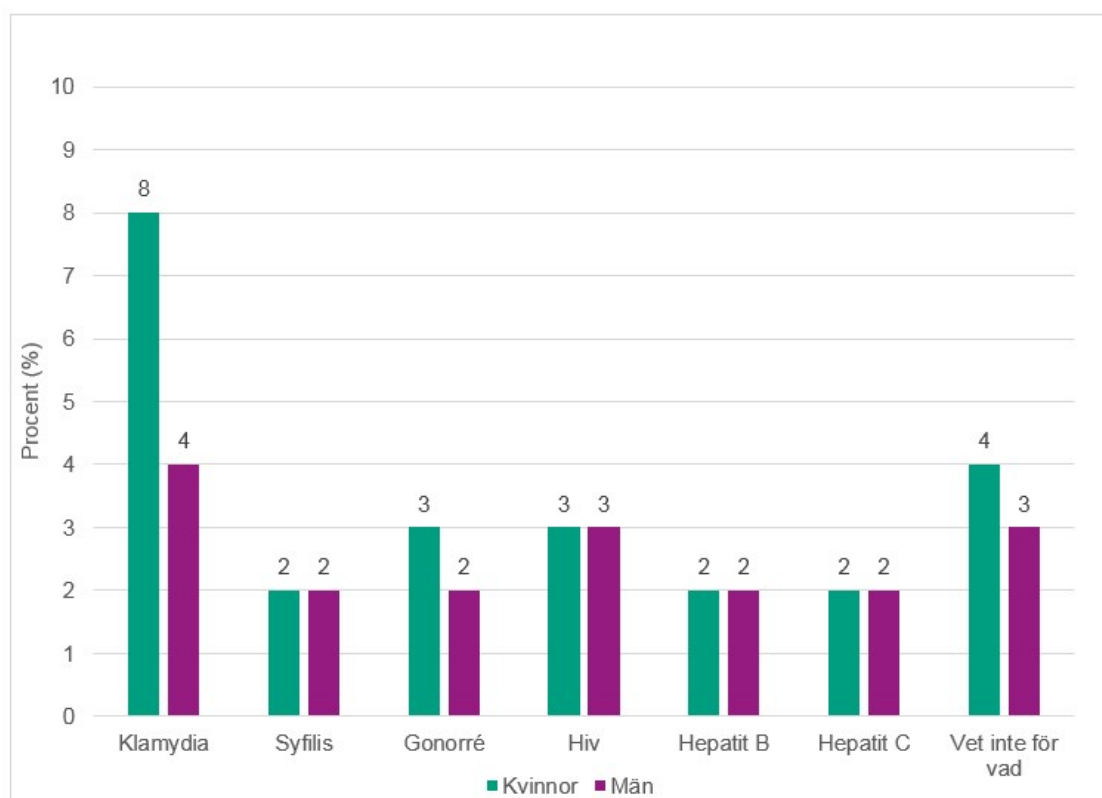
Tabell 1. Andel som har sökt råd eller hjälp inom hälso- och sjukvård för problem de tidigare har uppgett, efter kön (n=7 070). Procent.

K Ö N	JA, OCH JAG FICK HJÄLP (95 PROCENT KI)	JA, OCH JAG FICK DELVIS HJÄLP (95 PROCENT KI)	JA, MEN JAG FICK INTE HJÄLP (95 PROCENT KI)	NEJ (95 PROCENT KI)	NEJ, MEN JAG SKULLE BEHÖVA HJÄLP (95 PROCENT KI)
Kvinnor	3,7 (3,1–4,4)	6,8 (5,9–7,6)	3,1 (2,5–3,7)	82,4 (81,1–83,7)	3,9 (3,2–4,6)
Män	5,4 (4,5–6,3)	5,6 (4,8–6,5)	2,3 (1,7–2,9)	82,2 (80,6–83,7)	4,5 (3,7–5,4)

Testat sig för sexuellt överförda infektioner under de senaste 12 månaderna

Totalt uppgav 89 procent att de inte hade testat sig under de senaste 12 månaderna. Det var dubbelt så vanligt att kvinnor hade testat sig för klamydia under det senaste året (8 procent), i jämförelse med män (4 procent) (se figur 8). Inga andra könsskillnader kunde ses.

Figur 8. Andel som har testat sig för olika könssjukdomar under de senaste 12 månaderna, efter kön (n=13 945). Procent



Samlag utan kondom med tillfällig partner

Totalt sett uppgav 16 procent av kvinnorna och 15 procent av männen att de hade haft samlag utan kondom med en tillfällig partner under de senaste 12 månaderna. Detta var vanligast bland kvinnor och män 16–29 år (38 respektive 30 procent) och näst vanligast bland kvinnor och män 30–44 år (15 respektive 16 procent).

Figur 9. Andel som har haft samlag utan kondom med tillfällig partner under de senaste 12 månaderna, efter kön (n=14 307). Procent.



Diskussion om resultaten om sexlivet

Sammanfattade resultat – majoriteten är nöjd med sitt sexliv

Femtioåtta procent i befolkningen 16–84 år var nöjd med sitt sexliv under de senaste 12 månaderna. Högst andel nöjda fanns bland kvinnor 30–64 år och män 30–44 år, medan lägst andel nöjda fanns bland män 16–29 år samt kvinnor och män 65–84 år. Majoriteten av befolkningen ansåg att sex är viktigt, och totalt hade 78 procent av kvinnorna och 82 procent av männen haft sex under det senaste året.

Dubbelt så många kvinnor som män hade varit för trötta eller stressade för att ha sex samt saknat sexuell lust. En högre andel kvinnor än män rapporterade även att de sällan eller aldrig fått orgasm och att de haft sex fast de egentligen inte ville.

En högre andel män än kvinnor rapporterade att de saknat en sexpartner, att de ville ha fler sexpartner, att de inte haft sex på de sätt de ville och att de inte haft sex tillräckligt ofta.

Lika hög andel män som kvinnor rapporterade att de haft hälsoproblem eller fysiska problem som påverkat deras sexliv. Det var vanligare bland kvinnor än män att ha saknat intresse, njutning och upphetsning vid sex och att ha känt fysisk smärta vid eller efter sex. Det var däremot vanligare bland män än kvinnor att ha fått orgasm snabbare än de hade velat. Drygt var tionde kvinna hade problem med torr slida och knappt var femte man hade problem med att få eller behålla erektion. Det var ungefär lika vanligt bland kvinnor som män att ha sökt råd eller hjälp inom hälso- och sjukvården för problem i samband med sexlivet.

SRHR2017 visar att 58 procent av befolkningen i stort sett är nöjda med sitt sexliv under de senaste 12 månaderna, vilket är i linje med resultat från tidigare befolkningsstudier (22). Den tidigare studien Sex i Sverige visade 1996 att nöjdheten med sexlivet minskade med åldern bland kvinnor efter 25–34 år, medan SRHR2017 visade att nöjdheten minskade efter 45–64 år. Bägge studierna fann att den yngsta åldersgruppen bland män och den äldsta åldersgruppen bland kvinnor och män i studierna var minst nöjda med sitt sexliv (24).

Sex under det senaste året

SRHR2017 visar att ungefär fyra av fem svenskar 16–84 år har haft sex under det senaste året, vilket liknar resultatet från Sex i Sverige (24). 28 procent av männen och 18 procent av kvinnorna i SRHR2017 ansåg dock att de inte haft sex tillräckligt ofta. Resultatet visar även att den äldsta åldersgruppen hade haft sex minst bland både kvinnor och män, vilket också var resultatet i Sex i Sverige (24). Det har tidigare visats att hur ofta människor har sex är relaterat till sexuell nöjdhet, och de som har sex tenderar att vara mer nöjda med sitt sexliv än de som inte har det (15).

Upplevelser och problem i samband med sexlivet

Sexuell förmåga har i tidigare studier samvarierat med graden av nöjdhet (9-11, 15, 23, 24). Nedsatt sexuell förmåga har bland annat kopplats samman med risken för lägre sexuell nöjdhet (21). 21 procent av kvinnorna och 8 procent av männen i SRHR2017 saknade sexuell lust under de senaste 12 månaderna. I Sex i Sverige rapporterade 14 procent av kvinnorna och 3 procent av männen att de sällan eller aldrig upplevt lust. Skillnaden kan bero på att alternativen för att

skatta lust såg olika ut i studierna. I SRHR2017 fick respondenten inte beskriva omfattningen av saknaden av lust, som kan omfatta allt från enstaka tillfällen till längre perioder. Dubbelt så många kvinnor (33 procent) som män (15 procent) uppgav i SRHR2017 att de saknade intresse för sex och upplevde det som ett problem det senaste året. Att många saknar intresse för sex och att det är vanligare bland kvinnor har visats i tidigare studier (23, 24). Fler kvinnor (9 procent) än män (4 procent) i SRHR2017 rapporterade att de saknade upphetsning vid sex, vilket även har visats i tidigare studier (23). Avsaknad av upphetsning har kopplats samman med besvär med torr slida (24), och i både SRHR2017 och Sex i Sverige rapporterade fler än var tionde kvinna problem med torr slida. Att många kvinnor upplever problem med torr slida har även visats i andra studier (23, 33).

Resultaten visar att det är vanligare bland kvinnor (16 procent) än män (7 procent) att inte ha nått eller haft svårt att nå orgasm. Detta är sedan tidigare känt som ”orgasm gap” och är i linje med resultat från tidigare studier (15, 23, 24). Både SRHR2017 och Sex i Sverige visar dessutom att det är vanligare i den yngsta åldersgruppen att ha svårt att nå orgasm (24). Utöver det upplevde 18 procent av männen och 2 procent av kvinnorna att de fått orgasm snabbare än de hade velat, vilket är i linje med resultatet från den engelska befolkningsstudien NATSAL-3 (15 respektive 2 procent). Resultatet från SRHR2017 visar även att 17 procent av männen hade svårt att få eller behålla erektion, vilket motsvarar siffran från NATSAL-3. I Sex i Sverige hade däremot endast 5 procent av männen erektionsproblem.

SRHR2017 visar att fler kvinnor (11 procent) än män (2 procent) hade känt smärta vid eller efter sex, och liknande resultat har visats i NATSAL-3 (23). Högst andel som känt smärta vid eller efter sex fanns bland kvinnor 16–29 år (19 procent). Två tidigare svenska studier visar att nästan hälften av kvinnorna 13–22 år som haft vaginalt samlag hade känt smärta eller obehag (34, 35). Att fortsätta ha sex trots smärta har bland annat associerats med missnöjdhet med sitt sexliv (35).

Upplevda hälsoproblem, fysiska problem, trötthet och stress

I SRHR2017 uppgav 8 procent att de hade haft hälsoproblem eller fysiska problem som påverkat deras sexliv, vilket är en lägre andel än i NATSAL-3, där 17 procent uppgav att problem med hälsan hade påverkat deras sexliv (22). Tjugo procent av kvinnorna och tio procent av männen i SRHR2017 uppgav att de varit för trötta eller stressade för att ha sex. Resultatet är i linje med en enkätstudie gjord av RFSU 2016, där 24 procent uppgav att stress och oro hade påverkat sexlivet (36).

Råd och hjälp

I SRHR2017 hade 13 procent sökt hjälp för problem i samband med sexlivet. Majoriteten (82 procent) uppgav att de inte hade sökt hjälp och ansåg att de inte heller behövde det. Frågan om problem i relation till sexlivet specificerar dock inte i vilken omfattning problemen upplevts. Det är därför möjligt att en del av befolkningen har upplevt problemen vid enstaka tillfällen och således inte anser sig behöva hjälp. Fler män än kvinnor rapporterade att de helt fått hjälp när de sökt det, medan fler kvinnor rapporterade att de delvis fått hjälp.

Metodologiska styrkor och svagheter

Få större befolkningsstudier har gjorts om sexualitet och sexliv i ett folkhälsoperspektiv.

Materialet möjliggör att vi kan stratifiera på en rad viktiga faktorer som är avgörande för hälsa, såsom kön, ålder och utbildningsnivå.

Som alltid vid självrapporterade data, finns det risk att människor inte svarar helt sanningsenligt. Ofta kan det bero på ämnets karaktär och om det är ett s.k. känsligt område.

Det finns dock svagheter med vissa av frågorna i enkäten (se bilaga 1, fråga 25–34). Fråga 26 ”Hur har du upplevt ditt sexliv de senaste 12 månaderna?” följdes av 15 alternativ som respondenterna fick ta ställning till, varav de två första var ”Jag är i stort sett nöjd” och ”Jag är i stort sett missnöjd” följt av alternativ såsom ”Jag saknar en sexpartner” och ”Jag har haft sex fast jag egentligen inte vill”. Frågan borde ha delats upp i flera frågor, där den ena skulle mätt nöjdhet med sexlivet och den andra upplevelser av sexlivet. Detta hade förenklat både för respondenterna och för analysarbetet. Den fråga som avsåg mäta nöjdhet borde ha inkluderat ett tredje alternativ ”Varken nöjd eller missnöjd”. I fråga 27 frågades om respondenten hade upplevt något av följande som ett problem, vilket följdes av tio alternativ. Detta innebär t.ex. att fler än 5 procent kan ha känt oro vid sex, men inte upplevt det som ett problem.

Det är svårt att mäta socioekonomi som inkluderar alla nyanser av begreppet och som gäller för hela befolkningen oavsett ålder. I den här rapporten användes utbildningsnivå. Nackdelarna är att de yngsta inte hunnit få sin högsta utbildning ännu och en gymnasieexamen i dag motsvarar till exempel inte en gymnasieexamen på 1950- eller 1960-talet.

Fortsatt folkhälsoarbete för att främja sexuell hälsa och välbefinnande

Alla har rätt till trygga, positiva och njutbara sexuella upplevelser, enligt WHO:s rekommendationer och Guttmacher-Lancet-kommissionens definition av sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR). Men även om definitionen av SRHR lyfter upp sexuell förmåga, tillfredsställelse och njutning, saknas ofta dessa aspekter i etablerade SRHR-program och förebyggande och främjande insatser (1). Det finns tydliga fördelar med att främja möjligheten till positiva sexuella upplevelser och nöjdhet med människors sexliv. Ett njutbart sexliv är betydelsefullt i sig, men interventioner ämnade att förbättra sexuella upplevelser kan även påverka preventivmedel- och kondomanvändning. Det är i sin tur betydelsefullt i prevention av t.ex. oplanerade graviditeter och hiv/STI (37-39).

Det är viktigt att se på sexuell hälsa ur ett holistiskt perspektiv och förstå synergier mellan sexuell, fysisk och psykisk hälsa. Det är av stor betydelse för att främja den sexuella hälsan genom hela livet. Problem i samband med sexlivet finns hos människor i alla åldrar och därmed även behovet av stöd. Information, rådgivning och vård relaterade till sexualiteten bör därför vara behovsanpassade och uppfylla kraven utifrån ett folkhälsoperspektiv genom tillgång, tillgänglighet, acceptans och kvalitet (1).

Även inom skolan och hälso- och sjukvården bör man se på sexuell hälsa och sexliv på ett sätt som tar hänsyn till alla delar som kan påverka upplevelsen av sexlivet. Eventuella vägar framåt kan vara att lägga ett större fokus på sexuellt välmående i sex- och samlevnadsundervisning, erbjuda samtalsstöd till unga och unga vuxna, inkludera fokus på sexuella problem i STI-provtagning och primär- och sekundärvård samt inom forskningen nå en djupare förståelse för faktorerna som påverkar nöjdhet för att kunna skapa adekvata interventioner.

Ojämliga förhållanden kopplade till sexlivet försvårar främjandet av positiva och njutbara sexuella upplevelser, vilket i sin tur kan försvåra främjandet av hälsa och välmående. I policyer som berör sexuell hälsa bör man därför ta hänsyn till könsskillnader i upplevelser av sexlivet.

Slutsats om sexlivet

Majoriteten av den svenska befolkningen 16–84 år hade haft sex, tyckte att sex är viktigt och var nöjda med sitt sexliv under det senaste året. Dock har kön betydelse för upplevelsen av sexlivet då dessa skiljer sig mycket åt mellan män och kvinnor. Fördjupade analyser krävs för att bättre förstå dessa skillnader. Skillnader finns också utifrån ålder och utbildningsnivå.

Ur ett folkhälsoperspektiv är en god sexuell hälsa viktig och har visat sig ha samband med en god allmän hälsa. Förebyggande arbete inom exempelvis sexuell hälsa och sexualmedicin bör ha dessa skillnader i åtanke för att uppnå jämställdhet och jämlikhet i sexuell och allmän hälsa.

Referenser Sexlivet del A

1. Wellings K, Johnson AM. Framing sexual health research: adopting a broader perspective. *The Lancet*. 2013;382(9907):1759-62.
2. Graugaard C. Sexuality as a health-promoting factor - theoretical and clinical considerations. *Nat Rev Urol*. 2017;14(10):577-8. DOI:10.1038/nrurol.2017.117.
3. Smith GD, Frankel S, Yarnell J. Sex and death: are they related? Findings from the Caerphilly cohort study. *Bmj*. 1997;315(7123):1641-4.
4. World Health Organization. Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002, Geneva. World Health Organization; 2006.
5. World Health Organization. Sexual health, human rights and the law. World Health Organization; 2015.
6. Starrs AM, Ezeh AC, Barker G, Basu A, Bertrand JT, Blum R, et al. Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission. *The Lancet*. 2018. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30293-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30293-9)
7. Regeringen. Strategy for Sweden's cooperation with the World Health Organization (WHO) 2016 - 2019. 2016. Hämtad från: <http://www.regeringen.se/contentassets/66457497b8ee435182874f0a03ddca86/who-strategi-2016-grafisk-service-19-jan.pdf>
8. Flynn KE, Lin L, Bruner DW, Cyranowski JM, Hahn EA, Jeffery DD, et al. Sexual satisfaction and the importance of sexual health to quality of life throughout the life course of US adults. *The journal of sexual medicine*. 2016;13(11):1642-50.
9. Henderson AW, Lehavot K, Simoni JM. Ecological models of sexual satisfaction among lesbian/bisexual and heterosexual women. *Archives of sexual behavior*. 2009;38(1):50-65.
10. Heiman JR, Long JS, Smith SN, Fisher WA, Sand MS, Rosen RC. Sexual satisfaction and relationship happiness in midlife and older couples in five countries. *Archives of sexual behavior*. 2011;40(4):741-53.
11. Smith AM, Patrick K, Heywood W, Pitts MK, Richters J, Shelley JM, et al. Body mass index, sexual difficulties and sexual satisfaction among people in regular heterosexual relationships: a population-based study. *Intern Med J*. 2012;42(6):641-51. DOI:10.1111/j.1445-5994.2011.02597.x.
12. Frederick DA, Lever J, Gillespie BJ, Garcia JR. What Keeps Passion Alive? Sexual Satisfaction Is Associated With Sexual Communication, Mood Setting, Sexual Variety, Oral Sex, Orgasm, and Sex Frequency in a National U.S. Study. *J Sex Res*. 2017;54(2):186-201. DOI:10.1080/00224499.2015.1137854.
13. Byers ES. Beyond the birds and the bees and was it good for you?: Thirty years of research on sexual communication. *Canadian Psychology/psychologie canadienne*. 2011;52(1):20.
14. Sprecher S, Cate RM, Harvey J, Wenzel A. Sexual satisfaction and sexual expression as predictors of relationship satisfaction and stability. *The handbook of sexuality in close relationships*. 2004:235-56.
15. Haavio-Mannila E, Kontula O. Correlates of increased sexual satisfaction. *Arch Sex Behav*.

- 1997;26(4):399-419. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9251837>
16. Hurlbert DF, White LC, Powell RD, Apt C. Orgasm consistency training in the treatment of women reporting hypoactive sexual desire: an outcome comparison of women-only groups and couples-only groups. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 1993;24(1):3-13. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8370794>
 17. Laumann EO. The social organization of sexuality: Sexual practices in the United States. Chicago: University of Chicago Press; 1994.
 18. Frederick DA, John HKS, Garcia JR, Lloyd EA. Differences in Orgasm Frequency Among Gay, Lesbian, Bisexual, and Heterosexual Men and Women in a U.S. National Sample. *Archives of sexual behavior*. 2018;47(1):273-88. DOI:10.1007/s10508-017-0939-z.
 19. von Sydow K. Sexual enjoyment and orgasm postpartum: sex differences and perceptual accuracy concerning partners' sexual experience. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2002;23(3):147-55. Hämtad från: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12436800>
 20. Althof SE, Buvat J, Gutkin SW, Belger M, Stothard DR, Fugl-Meyer AR. Sexual satisfaction in men with erectile dysfunction: correlates and potential predictors. *J Sex Med*. 2010;7(1 Pt 1):203-15. DOI:10.1111/j.1743-6109.2009.01554.x.
 21. Sjögren Fugl-Meyer K, Fugl-Meyer AR. Sexual disabilities are not singularities. *International Journal Of Impotence Research*. 2002;14:487. DOI:10.1038/sj.ijir.3900914.
 22. Field N, Mercer CH, Sonnenberg P, Tanton C, Clifton S, Mitchell KR, et al. Associations between health and sexual lifestyles in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *Lancet*. 2013;382(9907):1830-44. DOI:10.1016/S0140-6736(13)62222-9.
 23. Mitchell KR, Mercer CH, Ploubidis GB, Jones KG, Datta J, Field N, et al. Sexual function in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *The Lancet*. 2013;382(9907):1817-29.
 24. Lewin B, Fugl-Meyer K, Helmius G, Lalos A, Månsson S-A. Sex i Sverige: Om sexuallivet i Sverige 1996. Stockholm: Folkhälsainstitutet; 1998.
 25. Christensen BS, Grønbæk M, Osler M, Pedersen BV, Graugaard C, Frisch M. Sexual Dysfunctions and Difficulties in Denmark: Prevalence and Associated Sociodemographic Factors. *Archives of Sexual Behavior*. 2011;40(1):121-32. DOI:10.1007/s10508-010-9599-y.
 26. Dundon CM, Rellini AH. More than sexual function: Predictors of sexual satisfaction in a sample of women age 40–70. *The journal of sexual medicine*. 2010;7(2pt2):896-904.
 27. McNulty JK, Fisher TD. Gender differences in response to sexual expectancies and changes in sexual frequency: A short-term longitudinal study of sexual satisfaction in newly married couples. *Archives of Sexual Behavior*. 2008;37(2):229-40.
 28. Holmberg D, Blair KL, Phillips M. Women's sexual satisfaction as a predictor of well-being in same-sex versus mixed-sex relationships. *Journal of sex research*. 2010;47(1):1-11.
 29. Mercer CH, Tanton C, Prah P, Erens B, Sonnenberg P, Clifton S, et al. Changes in sexual attitudes and lifestyles in Britain through the life course and over time: findings from the National Surveys of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal). *Lancet (London, England)*. 2013;382(9907):1781-94. DOI:10.1016/s0140-6736(13)62035-8.
 30. Johnson AM, Wadsworth J, Wellings K, Field J. Sexual attitudes and lifestyles. Oxford: Blackwell Scientific; 1994.
 31. Johnson AM, Mercer CH, Erens B, Copas AJ, McManus S, Wellings K, et al. Sexual behaviour in Britain: partnerships, practices, and HIV risk behaviours. *Lancet (London, England)*. 2001;358(9296):1835-42. DOI:10.1016/s0140-6736(01)06883-0.
 32. Kontula O. Sex life challenges: The Finnish case. 2015.
 33. Öberg K, Fugl-Meyer A, Fugl-Meyer KS. On categorization and quantification of women's sexual dysfunctions: An epidemiological approach. *International Journal of Impotence Research*. 2004;16(3):261.
 34. Elmerstig E, Wijma B, Swahnberg K. Young Swedish women's experience of pain and discomfort during sexual intercourse. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*. 2009;88(1):98-103.
 35. Elmerstig E, Wijma B, Swahnberg K. Prioritizing the partner's enjoyment: A population-based study on young Swedish women with experience of pain during vaginal intercourse. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2013;34(2):82-9.
 36. RFSU. Kådiskollen 2016. 2016.
 37. Higgins JA, Hirsch JS. Pleasure, power, and inequality: incorporating sexuality into research on contraceptive use. *American Journal of Public Health*. 2008;98(10):1803-13.
 38. Smit J, McFadyen L, Zuma K, Preston-Whyte E. Vaginal wetness: an underestimated problem experienced by progestogen injectable contraceptive users in South Africa. *Social science & medicine*. 2002;55(9):1511-22.

39. Khan SI, Hudson-Rodd N, Saggers S, Bhuiyan MI, Bhuiya A. Safer sex or pleasurable sex? Rethinking condom use in the AIDS era. *Sexual Health*. 2005;1(4):217-25.

Sexlivet del B – om sexuell identitet och transexfarenhet

Sexualitet och sexuell identitet är en viktig del av livet, vår hälsa och vårt välbefinnande. Sexuell identitet handlar om vem man har förmågan att bli kär i eller attraherad av. Hbtq är ett paraplybegrepp och står för homosexuella, bisexuella, transpersoner och personer med queera uttryck och identiteter.

I undersökningen SRHR2017 fick ett representativt urval av Sveriges befolkning 16–84 år besvara frågor om bland annat upplevelser och problem i relation till sexlivet. Svarsfrekvensen var 31 procent. Resultaten bör, trots kalibreringsvikter, tolkas med försiktighet. Syftet med detta kapitel är att beskriva olika aspekter av Sveriges befolknings sexliv, såsom nöjdhet med sexlivet, hur ofta en har haft sex samt upplevelser och problem i relation till sexlivet utifrån sexuell identitet och transexfarenhet. Folkhälsomyndigheten redovisar här resultaten utifrån kön, ålder, sexuell identitet och transexfarenhet.

Sexuell identitet och transexfarenhet har betydelse för nöjdhet i sexlivet

Majoriteten av heterosexuella och homosexuella kvinnor och män samt bisexuella kvinnor i Sverige, rapporterade att de var nöjda med sitt sexliv. Bisexuella kvinnor och män var dock oftare missnöjda med sitt sexliv än övriga grupper. De flesta hbt-personer, liksom heterosexuella, hade haft sex under det senaste året, men var fjärde transperson och var femte bisexuell man hade inte haft sex. En lägre andel transpersoner uppgav att de var nöjda med sitt sexliv, men transpersoner 45–64 år tenderade att vara mer nöjda än övriga åldersgrupper.

Sexuell identitet och kön har betydelse för upplevelser och problem i sexlivet. Var femte kvinna, oavsett sexuell identitet, hade saknat sexuell lust, och var tredje heterosexuell kvinna och 40 procent av homo- och bisexuella kvinnor hade saknat intresse för sex. Bisexuella kvinnor tenderade att ha svårare att få orgasm, upplevde oftare oro eller fysisk smärta vid eller efter sex och ville ha fler sexpartner än heterosexuella kvinnor. En högre andel homosexuella kvinnor rapporterade att de var nöjda, att de oftare hade sex och hade lättare att få orgasm, jämfört med heterosexuella kvinnor.

Att ha saknat sexuell lust var vanligare bland homo- och bisexuella män (16 respektive 14 procent), jämfört med heterosexuella män (8 procent). Utöver det hade fler homo- och bisexuella män saknat intresse för sex, haft svårare att få orgasm, upplevt mer oro vid sex och saknat njutning och upphetsning vid sex, jämfört med heterosexuella män. Det var vanligare bland homosexuella män (10 procent) att ha känt smärta vid sex och saknat upphetsning vid sex än heterosexuella män (2 procent). Knappt var fjärde transperson hade saknat en sexpartner (24 procent). 42 procent av transpersonerna hade saknat intresse för sex, 26 procent hade inte haft sex på det sätt de hade velat och 18 procent hade haft hälsoproblem eller fysiska problem som påverkat sexlivet.

I samtliga grupper hade ungefär femton procent sökt råd eller hjälp för problem i sexlivet, medan majoriteten inte hade sökt hjälp och inte heller ansåg att de behövde det.

Resultat i korthet:

- Det var vanligare bland cispersoner (57 procent) än transpersoner (34 procent) att vara nöjd med sitt sexliv.
- 28 procent av de bisexuella männen, 19 procent av de homosexuella männen och 24 procent av transpersonerna hade saknat en sexpartner.
- Homosexuella kvinnor tenderade att oftare ha sex, ha lättare att få orgasm och vara mer nöjda med sitt sexliv än både hetero- och bisexuella kvinnor.
- Fler än var femte kvinna, oavsett sexuell identitet, hade saknat sexuell lust.
- 39 procent av homo- och bisexuella kvinnor och var tredje heterosexuell kvinna (32 procent) hade saknat intresse för sex.
- Det var vanligare att homo- och bisexuella män hade saknat intresse för sex (25 respektive 22 procent), jämfört med heterosexuella män (15 procent).
- 42 procent av transpersonerna hade saknat intresse för sex, jämfört med 24 procent av cispersonerna.
- Fler bisexuella kvinnor (27 procent) hade inte nått eller haft svårt att nå orgasm, jämfört med hetero- och homosexuella kvinnor (15 respektive 14 procent).
- Var femte homosexuell man (19 procent) hade inte fått eller tagit lång tid att nå orgasm, jämfört med hetero- och bisexuella män (7 respektive 9 procent).
- Var femte bisexuell man och transperson (21 respektive 19 procent) hade haft svårt att få eller behålla erektion.
- Var tionde homosexuell man och kvinna (10 respektive 12 procent) samt var femte bisexuell kvinna (19 procent) hade känt smärta vid eller efter sex.
- Besvärande torr slida tenderade att vara mindre vanligt bland homosexuella kvinnor (5 procent), jämfört med hetero- och bisexuella kvinnor (14 procent).
- Var åttonde homosexuell kvinna och man (13 procent) och nästan var femte transperson hade haft hälsoproblem eller fysiska problem som påverkat deras sexliv.
- Ungefär 15 procent hade sökt råd eller hjälp för problem i sexlivet, medan majoriteten inte hade sökt hjälp och ansåg att de inte heller behövde det.

Fortsatt folkhälsoarbete

Vissa grupper tenderade att rapportera fler problem, speciellt transpersoner, bisexuella kvinnor och män samt homosexuella män. Sexuell identitet, kön och transerfarenhet har alltså betydelse för upplevelser och problem i relation till sexlivet.

För att främja välmående i relation till sexualitet bör stödjande insatser inom sexuell hälsa och sexologi ha detta i åtanke. Det är också viktigt att ha ett holistiskt perspektiv och förstå synergier mellan sexuell, fysisk och psykisk hälsa.

Det är av stor betydelse att främja den sexuella hälsan genom hela livet. Problem i samband med sexlivet finns i alla grupper, men vissa problem kan vara vanligare hos några grupper. Information, rådgivning och vård relaterade till sexualiteten bör därför vara behovsanpassade och uppfylla kraven utifrån ett folkhälsoperspektiv genom tillgång, tillgänglighet, acceptans och

kvalitet.

Bakgrund om sexlivet, sexuell identitet och transerfarenhet

Vad innebär sexuell identitet och könsidentitet?

En människas sexuella identitet handlar om vem man har förmågan att bli kär i eller attraherad av. En majoritet av befolkningen definierar sig som heterosexuell, d.v.s. man blir kär i och attraherad av personer av motsatt kön. Man brukar skatta att 2–5 procent av befolkningen definierar sig som icke-heterosexuell (43). Hbtq står för homosexuella, bisexuella, transpersoner och personer med queera uttryck och identiteter. H:et och b:et handlar om sexuell identitet och t:et handlar om könsidentitet, d.v.s. hur man definierar och uttrycker sitt kön. Transperson är ett paraplybegrepp för personer vilkas könsidentitet och/eller könsuttryck inte stämmer överens med det juridiska kön som tilldelades vid födseln. En cisperson är en person vars kropp, juridiska kön, könsidentitet och könsuttryck stämmer överens med normen för det kön hen tilldelades vid födseln. ”Queer” kan röra både sexuell identitet, könsidentitet, relationer och sexuell praktik, men kan också vara ett uttryck för ett kritiskt förhållningssätt till rådande normer.

I det här kapitlet redovisar vi sexuell praktik, sexuell nöjdhet och sexuella problem med fokus på sexuell identitet, heterosexuella, homo- och bisexuella (hb-personer) samt transerfarenhet det vill säga transpersoner (hbt).

Tidigare befolkningsstudier om sexualvanor och sexliv

Till skillnad från tidigare större studier om sexualitet och hälsa i befolkningen, möjliggör SRHR2017 att resultaten redovisas uppdelade på hetero-, homo- och bisexuella, samt för människor med transerfarenhet.

I Sverige genomfördes 1996 en nationell studie över människors förhållningssätt till sexualitet, ”Sex i Sverige”. I den enkäten ställdes endast frågor om homosexuell praktisk erfarenhet, men inte om människors sexuella identitet. Enkätsvaren kunde således inte särredovisas för hbtq-personer, och vi har därför ingen möjlighet att jämföra svaren från ”Sex i Sverige” med SRHR2017.

Samma sak gäller för en brittisk befolkningsstudie från 2012, The National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (NATSAL-3). Där ställdes också frågor om homosexualitet, men endast utifrån hur vanligt det är att ha sex med en person av samma kön, inte om hur man själv definierar sin sexuella identitet eller läggning.

Forskning på området sexliv, sexuell identitet och transerfarenhet

Studier om hbtq-personers sexuella hälsa har till stor del fokuserat på sexuellt överförda infektioner (STI) (44), främst på hiv och läkemedelsbehandling för prevention av hiv bland män som har sex med män (MSM) (45, 46). Andra studier har tittat på lust, men då främst jämfört hur ofta kvinnor respektive män känner lust (47) eller hur ofta personer har sex (48). Få

vetenskapliga studier har tittat på nöjdhet med sexlivet hos hbtq-personer. En amerikansk studie jämförde dock hetero-, bi- och homosexuella kvinnors nöjdhet med sexlivet (49). De fann att oavsett sexuell identitet så var det samma faktorer som påverkade nöjdheten: grad av nedstämdhet, nöjdhet med sin relation, sexuell funktion och socialt stöd. Internaliserad homofobi var den faktor som kunde påverka icke-heterosexuella kvinnor negativt.

En amerikansk studie som jämförde homo- med heterosexuella medicinstuderande, fann att erektionsproblem var vanligare bland homo- (24 procent) än heterosexuella män (12 procent) (50). Bland kvinnor var sexuell dysfunktion generellt vanligare bland både hetero- (51 procent) och bisexuella (45 procent) kvinnor, jämfört med homosexuella kvinnor (29 procent).

En kanadensisk studie undersökte sexualitet och sexuell lust i samkönade kvinnliga par och fann att en majoritet av kvinnorna var nöjda med sitt sexliv (51). Nöjdhet definierades som stark lust till sin partner, gott självförtroende i relation till sex och frånvaro av oro kring sex.

I en internetundersökning med 7 001 amerikanska MSM rapporterade 79 procent ett eller flera problem relaterade till sin sexuella hälsa (52). De vanligaste problemen var bristande sexuell lust, erektionsproblem och prestationsångest. Erektionsproblem har också rapporterats vara vanligare bland MSM än bland män som har sex med kvinnor (53). Likaså har smärta i samband med, eller efter sex, visats vara vanligare bland MSM (54). En annan studie rapporterade också en hög andel sexuella problem bland homosexuella män. Trots att en majoritet av männen uppgav åtminstone ett sexuellt problem, rapporterade de flesta deltagarna att de var i stort sett nöjda eller mer än medelnöjda med sitt sexliv (55).

En studie över personer som hade haft samkönat sex under de senaste 12 månaderna, visade att kvinnor som hade haft sex med en annan kvinna var mindre nöjda med sitt sexliv än heterosexuella kvinnor (56). Dock ska nämnas att en majoritet av kvinnorna som uppgav att de hade haft samkönat sex var gifta med en man. Det största problemet dessa kvinnor uppgav var bristande njutning. Forskarna fann få skillnader mellan män som hade haft samkönat sex och andra män.

En bidragande faktor till sexuella problem hos kvinnor, oavsett sexuell identitet, är oro och ångest relaterad till sexualiteten. I en portugisisk studie sjönk nivåerna av sexuella problem markant när forskarna tog hänsyn till kvinnornas oro och ångest (57).

Metodbeskrivning och undersökningens frågor om sexuell identitet, transerfarenhet och sexlivet

Denna del av rapporten fokuserar på sexuell identitet och transerfarenhet och olika aspekter av befolkningens sexliv, såsom nöjdhet med sexlivet, hur ofta människor har haft sex samt upplevelser och problem i relation till sexlivet.

Resultatet baseras på undersökningen SRHR2017 som genomfördes 2017 och där datainsamlingen skedde i samarbete med Statistiska centralbyrån och Enkätfabriken AB. Enkäten skickades ut till ett slumpmässigt stratifierat urval av totalbefolkningsregistret på ca 50 000 individer. Svarsfrekvensen blev 31 procent. Bortfallet var skevt, med högre bortfall bland exempelvis personer med lägre utbildning. Skevheterna är i linje med andra undersökningar och har hanterats med viktning för att svaren i möjligaste mån ska representera Sveriges befolkning.

I enkäten SRHR2017 ställdes frågan ”Hur definierar du din sexuella identitet?”. Sju svarsalternativ gavs: ”Heterosexuell”, ”Bisexuell”, ”Homosexuell”, ”Asexuell”, ”Pansexuell”, ”Queer” och ”Annat”. Oftast särredovisas endast heterosexuella, bisexuella och homosexuella i det här kapitlet, på grund av att det är för få personer i de övriga grupperna.

I enkäten ställdes också frågan ”Är eller har du varit transperson?”. De personer som svarade ”Ja” på den frågan särredovisas också i detta kapitel. Begreppet transperson är ett paraplybegrepp för personer vars könsidentitet och/eller könsuttryck inte stämmer överens med normen för det juridiska kön som de tilldelades vid födseln. I den här rapporten redovisas svaren separat för transpersoner och cispersoner, där cisperson definieras som en person vars könsidentitet och/eller könsuttryck stämmer överens med normen för det juridiska kön som personen tilldelades vid födseln. Hela gruppen homo-, bi- och transsexuella refereras till som hbt.

Den ena huvudfrågan vars svar presenteras i den här rapporten var: ”Hur har du upplevt ditt sexliv de senaste 12 månaderna?”, och följande svarsalternativ gavs:

- ”Jag är i stort sett nöjd”
- ”Jag är i stort sett missnöjd”
- ”Jag har haft sex med mig själv”
- ”Jag saknar en sexpartner”
- ”Jag vill ha fler sexpartner”
- ”Jag har inte haft sex tillräckligt ofta”
- ”Jag har haft sex oftare än jag vill”
- ”Jag har saknat sexuell lust”
- ”Jag har sällan eller aldrig fått orgasm”
- ”Jag har inte haft sex på det sättet jag vill”
- ”Jag har hälsoproblem eller fysiska problem som påverkar sexlivet”
- ”Jag har haft sex fast jag egentligen inte vill”
- ”Jag har varit för trött eller stressad för att ha sex”
- ”Jag saknar svarsalternativ som passar mig”

I fall där respondenten har svarat både ”Jag är i stort sett nöjd”, ”Jag är i stort sett missnöjd”, skapade vi en egen kategori som vi kallade för ”Både nöjd och missnöjd”. Detta för att det i enkäten saknades ett svarsalternativ som hamnade mellan alternativen både ”Jag är i stort sett nöjd”, ”Jag är i stort sett missnöjd”.

Den andra huvudfrågan löd ”Har du under de senaste 12 månaderna, upplevt något av följande som ett problem?”, och följande svarsalternativ gavs:

- ”Jag har saknat intresse för sex”
- ”Jag har saknat njutning av sex”
- ”Jag har känt oro när jag har sex”
- ”Jag har känt fysisk smärta vid sex eller efter att jag har haft sex”
- ”Jag har inte känt upphetsning när jag har sex”

- ”Jag har inte fått orgasm eller tagit lång tid att nå orgasm trots upphetsning”
- ”Jag har fått orgasm snabbare än jag skulle vilja”
- ”Jag har haft en besvärande torr slida”
- ”Jag har haft svårt att få eller behålla erektion”
- ”Jag har inte upplevt något av detta”

Vi frågade även om man hade sökt råd eller hjälp hos hälso- sjukvård för problem som man uppgett. Följande svarsalternativ gavs; ”Ja, och jag fick hjälp”, Ja, och jag fick delvis hjälp”, Ja, men jag fick inte hjälp”, ”Nej”, Nej, men jag skulle behöva söka hjälp”.

Utöver detta redovisar vi även andel av befolkningen som har testat sig för sexuellt överförbara infektioner (STI) under de senaste tolv månaderna. Frågan löd ”har du de senaste 12 månaderna testat dig för någon av följande infektioner?”

- Klamydia
- Syfilis
- Gonorré
- Hiv
- Hepatit B
- Hepatit C
- ”Jag har testat mig de senaste 12 månaderna, men vet inte för vad.”
- ”Jag har inte testat mig de senaste 12 månaderna.”

Resultaten redovisas som andelar (procent) av befolkningen, uppdelade på kön, sexuell identitet och transerfarenhet. Endast statistiskt signifikanta (på 95 %-ig nivå) skillnader mellan olika grupper skrivs ut i texten om inte annat anges. Ett generellt undantag är att resultaten vi presenterar, inte alltid är statistiskt signifikanta när vi jämför transpersoner med cispersoner. Det beror på att antalet transpersoner som deltog i studien var relativt litet. På grund av för få personer i vissa grupper, redovisas inte heller alla frågor uppdelade på ytterligare undergrupper såsom ålder och utbildningsnivå. Vi skriver ”tendenser till” skillnader, när skillnaderna inte är statistiskt signifikanta, men vi bedömer att det beror på för litet antal svaranden. Om antal svaranden blir färre än 5 i någon grupp utesluts denna grupp. Detta markeras med en *.

I tabeller redovisas procent med 95-procentiga konfidensintervall (KI). Konfidensintervall återges för att visa den osäkerhet som uppstår till följd av att man har gjort ett slumpmässigt urval av befolkningen och skattat ett värde. Ett konfidensintervall är ett intervall som med en förutbestämd säkerhet innefattar det sanna värdet av till exempel en andel. Vanligen anges den övre och nedre gränsen för det intervall inom vilket det ”sanna” värdet med 95 procents säkerhet befinner sig.

Resultaten om sexuell identitet och könsidentitet

Svarsalternativen för frågan om sexuell identitet fördelade sig enligt följande (n=14 303):

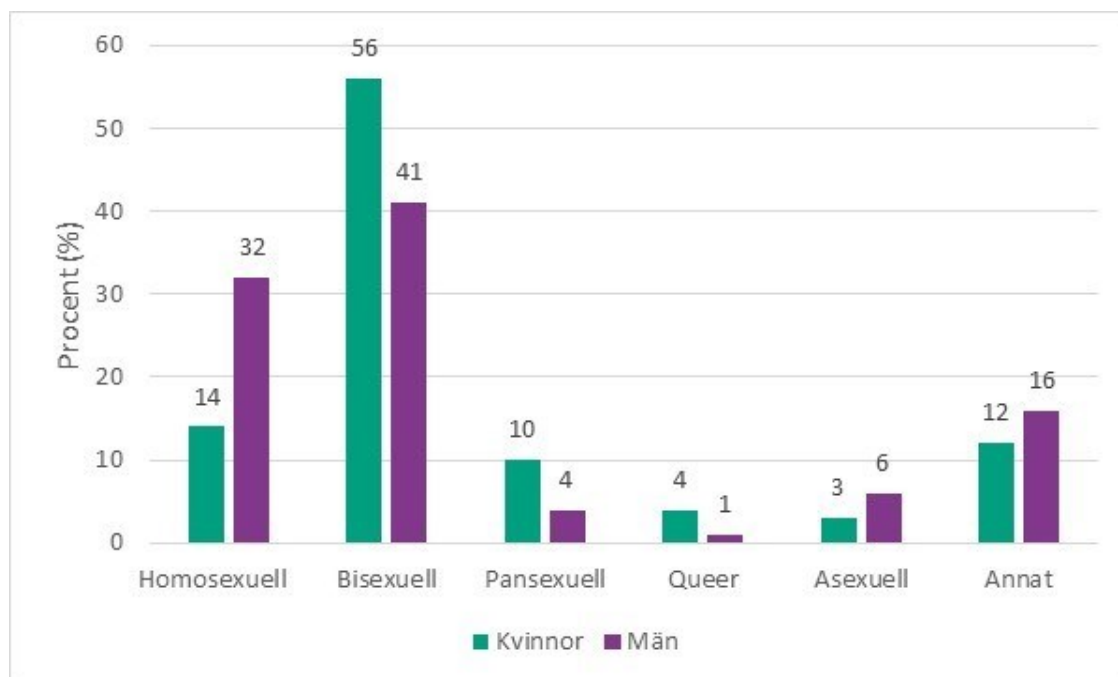
- Heterosexuella: 89,7 procent

- Bisexuella: 3,1 procent
- Homosexuella: 1,4 procent
- Vill inte svara: 2,4 procent
- Vet inte: 1,7 procent
- Annat: 0,9 procent
- Queer: 0,7 procent
- Pansexuella: 0,5 procent
- Asexuella: 0,3 procent.

På grund av låga antal i flera av grupperna kommer dessa inte att särredovisas vid andra uppdelningar.

Bland kvinnor som inte definierade sig som heterosexuella (n=565), uppgav flest att de var bisexuella (56 procent) följt av homosexuella (14 procent) (se figur 1). Icke-heterosexuella män (n=294) visade ett liknande mönster, där högst andel också definierade sig som bisexuella (41 procent) följt av homosexuella (32 procent). Det var vanligare att kvinnor definierade sig som pansexuella (10 procent) jämfört med män (4 procent). Fler män sa sig vara asexuella (6 procent) jämfört med kvinnor (3 procent). Likaså rapporterade fler män att de definierade sig som något annat, 16 procent jämfört med 12 procent av kvinnorna.

Figur 1. Fördelningen över sexuell identitet bland icke-heterosexuella, efter kön (n=859). Procent.



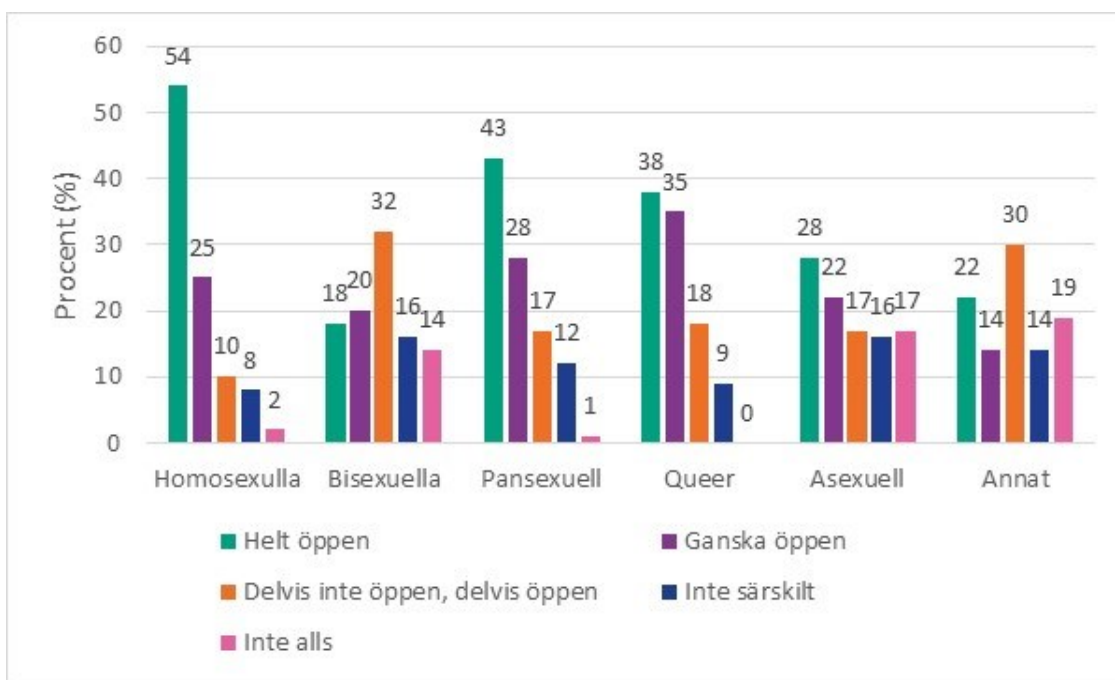
0,5 procent av befolkningen rapporterade att de hade transerfarenhet (n=63). Av dessa uppgav 29 procent sig vara heterosexuella, 23 procent bisexuella, 11 procent pansexuella, 10 procent homosexuella, 8 procent annat och 8 procent ville inte kategorisera sig. Resterande 11 procent fördelade sig över asexuella, queer och svarsalternativet "Vet inte".

Drygt hälften av de homosexuella sa sig vara helt öppna med sin sexuella identitet (54 procent), följt av pansexuella (43 procent), queer (38 procent) och asexuella (28 procent), (se figur 2).

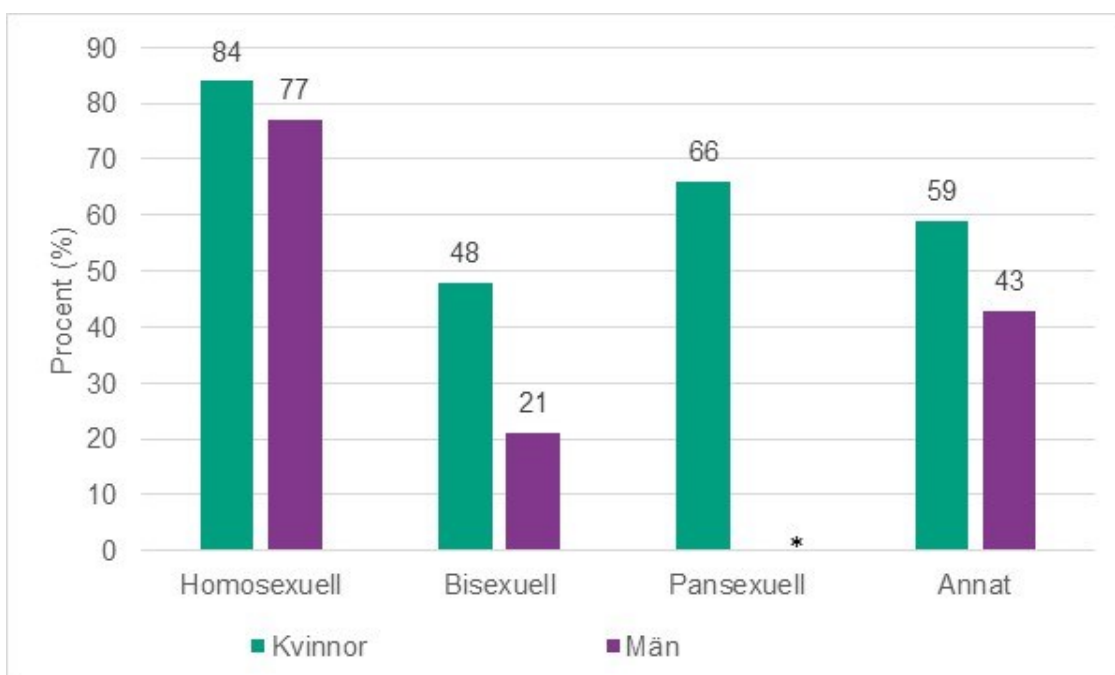
Färre bisexuella sa sig vara helt öppna (18 procent). Tio procent av de homosexuella uppgav att de inte alls var öppna eller inte var särskilt öppna. Motsvarande andelar bland andra grupper var bisexuella 30 procent, pansexuella 13 procent, queer 9 procent, asexuella 33 procent och annat 33 procent.

I enkäten fanns även en fråga om hur hälsan påverkas av att man inte lever öppet. På grund av för stort bortfall kan svaren inte redovisas.

Figur 2. Hur öppna icke-heterosexuella är med sin sexuella identitet, efter sexuell identitet (n=855). Procent.



Figur 3. Andel som är helt öppen eller ganska öppen med sin sexuella identitet bland icke-heterosexuella, efter kön och sexuell identitet (n=855). Procent.

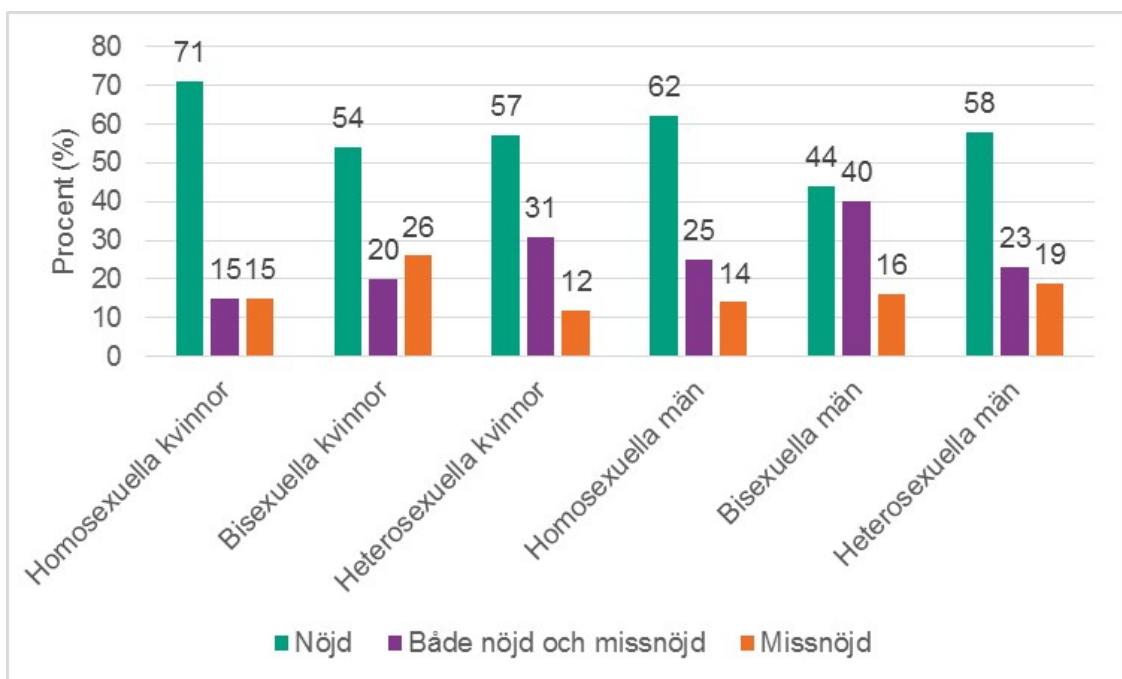


Bisexuella kvinnor var oftare helt eller ganska öppna (48 procent) än bisexuella män (21 procent) (se figur 3). Inga statistiskt signifikanta skillnader sågs mellan homosexuella kvinnor och män och inte heller bland de som definierade sig som något annat, även om kvinnor tenderade att vara öppna i något högre utsträckning än män.

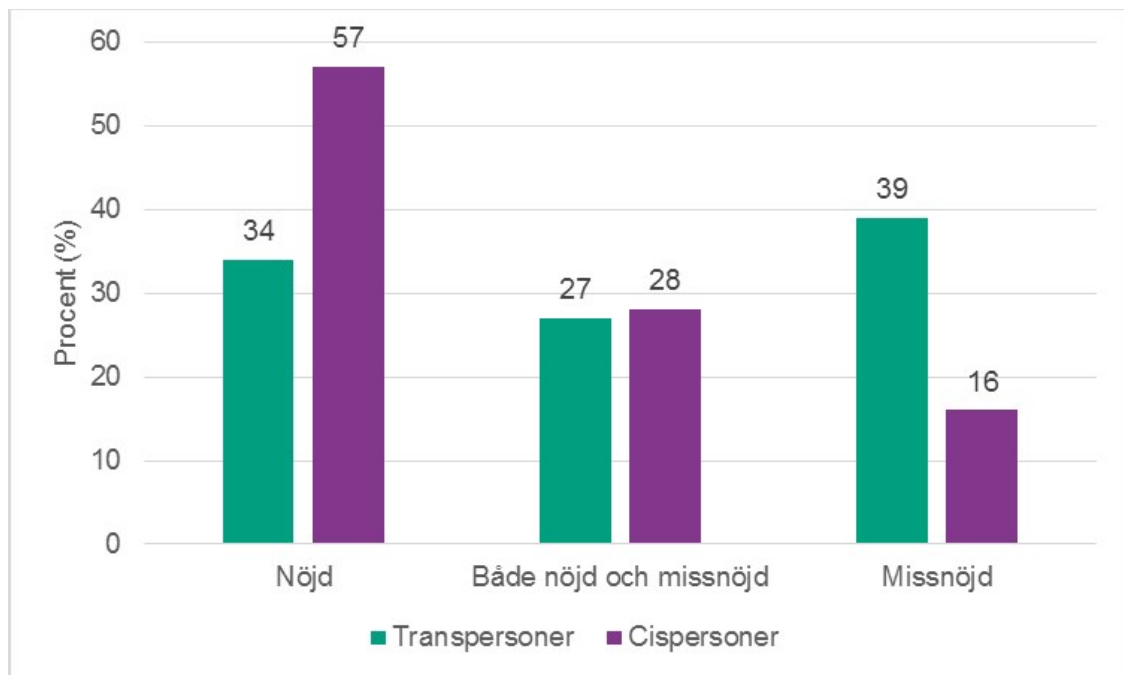
Sexliv och nöjdhet

En högre andel bisexuella kvinnor var missnöjda med sitt sexliv (26 procent), jämfört med heterosexuella kvinnor (12 procent) (se figur 4a). En lägre andel av bisexuella män var nöjda med sexlivet (44 procent), jämfört med både homosexuella (62 procent) och heterosexuella män (58 procent). Vi såg också tendenser till att homosexuella kvinnor oftare var nöjda med sexlivet (71 procent) än heterosexuella kvinnor (57 procent).

Figur 4a. Andel som var nöjd med sitt sexliv, efter kön och sexuell identitet (n=665). Procent.

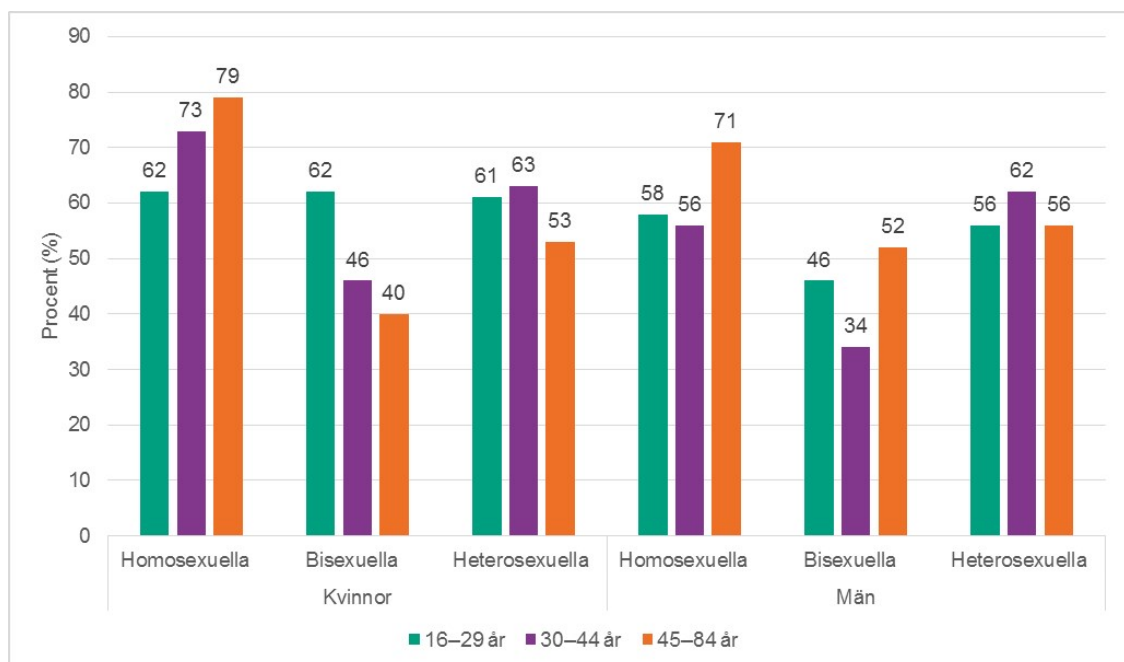


Figur 4b. Andel som var nöjd med sitt sexliv, bland transpersoner och cispersoner (n=10 405). Procent.



Det fanns en skillnad i nöjdhet med sitt sexliv mellan trans- och cispersoner. En tredjedel av transpersonerna sa sig vara nöjda, vilket var signifikant färre än bland cispersonerna (57 procent). Likaså rapporterade två av fem transpersoner att de var missnöjda jämfört med knappt en av sex cispersoner.

Figur 5a. Andel som var nöjd med sitt sexliv, efter kön, sexuell identitet och ålder (n=9 973). Procent.

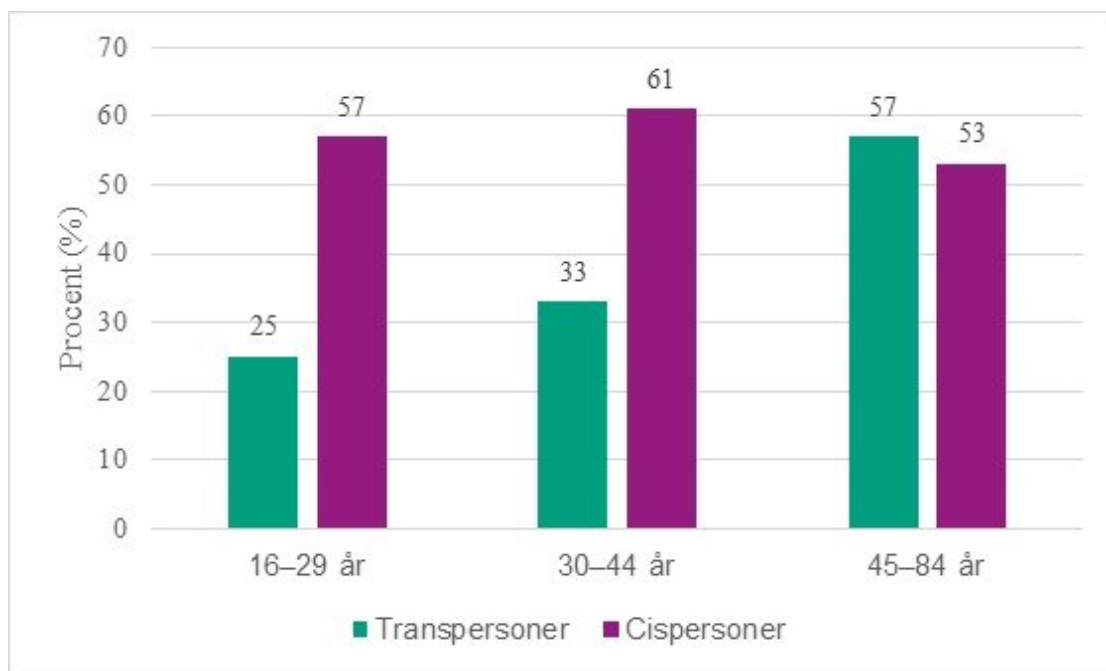


Bland kvinnor 45–84 år var homosexuella i högre utsträckning nöjda med sitt sexliv (79 procent), än både bisexuella (40 procent) och heterosexuella (53 procent).

Även om vi inte såg signifikanta resultat bland transpersoner, tenderade den äldsta gruppen 45–84 år att vara mest nöjd (57 procent), jämfört med t.ex. transpersoner 16–29 år (25 procent).

Figur 5b. Andel som var nöjd med sitt sexliv, bland transpersoner och cispersoner, efter ålder (n=14

064). Procent.

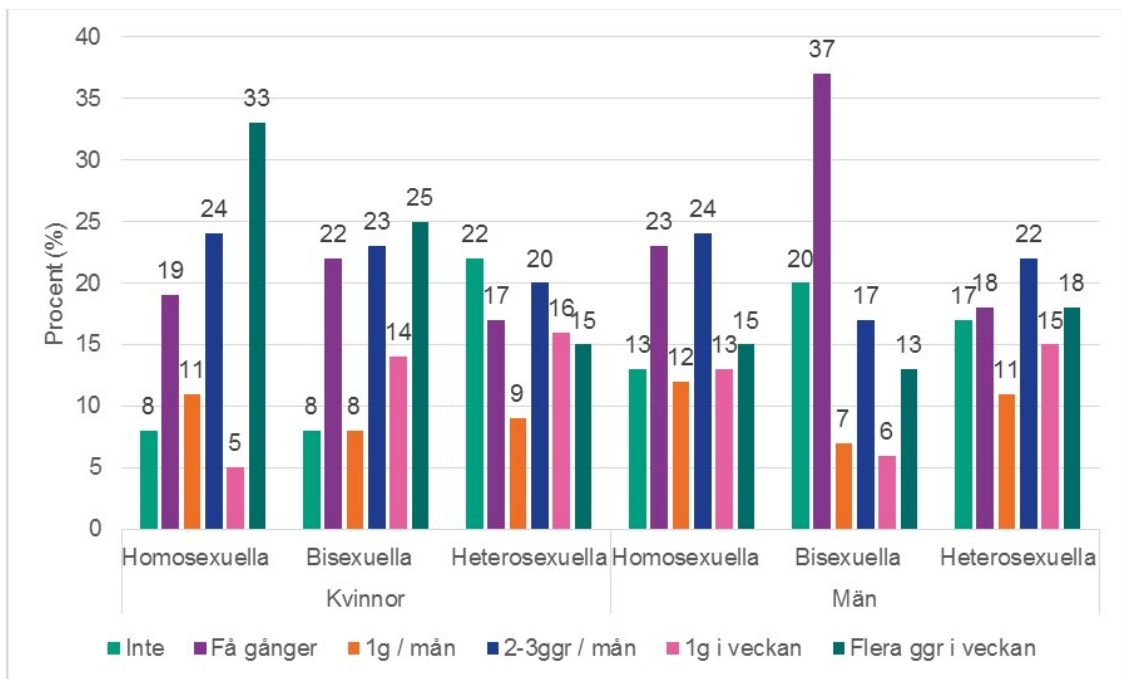


Sex under det senaste året

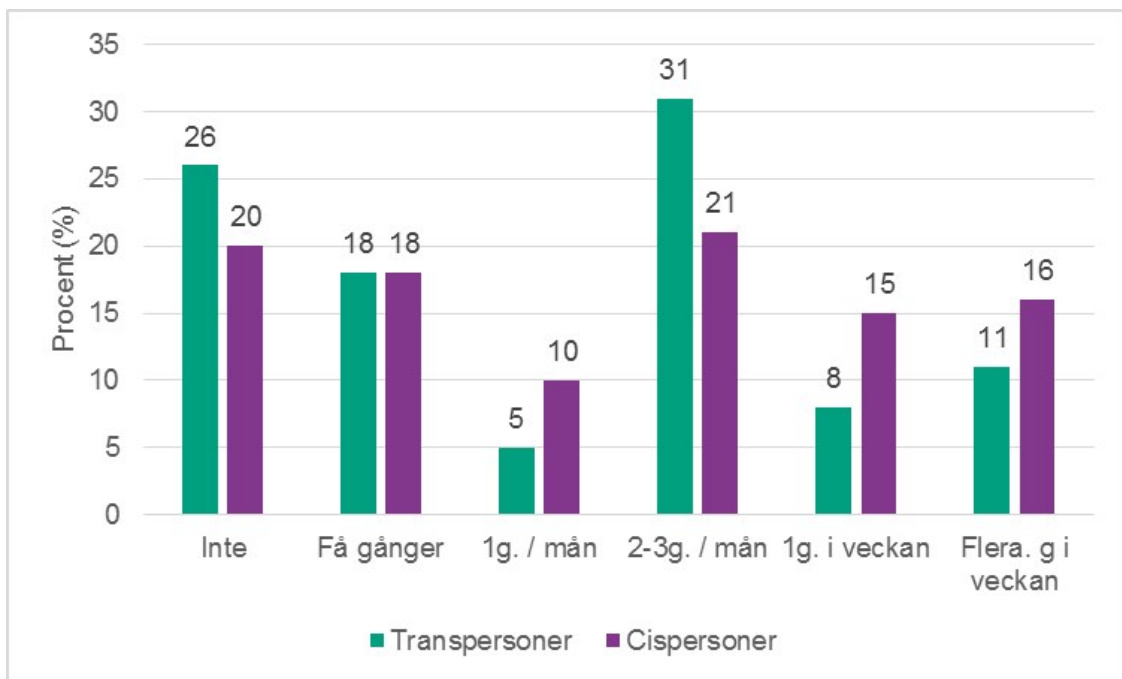
Även om de flesta hbt-personer hade haft sex under det senaste året, så skiljde sig det vanligaste svarsalternativet åt mellan grupperna, dock inte statistiskt signifikant. 37 procent av bisexuella män hade haft sex få gånger. Motsvarande andel bland heterosexuella män var 18 procent. Det vanligaste svarsalternativet i denna grupp ”2–3 gånger i månaden”, vilket också var vanligast bland homosexuella män. Bland homosexuella kvinnor (33 procent) och bisexuella (25 procent) var svarsalternativet ”Flera gånger i veckan” vanligast. Det vanligaste svarsalternativet bland heterosexuella kvinnor var ”Inte haft sex” (22 procent).

26 procent av transpersoner hade inte haft sex under det senaste året, och 18 procent hade haft sex ”Få gånger” vilket var samma andel som den för cispersoner. Det vanligaste svaret bland transpersoner var ”Två till tre gånger i månaden” (31 procent). ”Två till tre gånger i månaden” var också det vanligaste svaret bland cispersoner (21 procent).

Figur 6a. Haft sex under de senaste 12 månaderna, efter kön och sexuell identitet (n=11 750). Procent.



Figur 6b. Haft sex under de senaste 12 månaderna bland transpersoner och cispersoner (n=12 274). Procent.



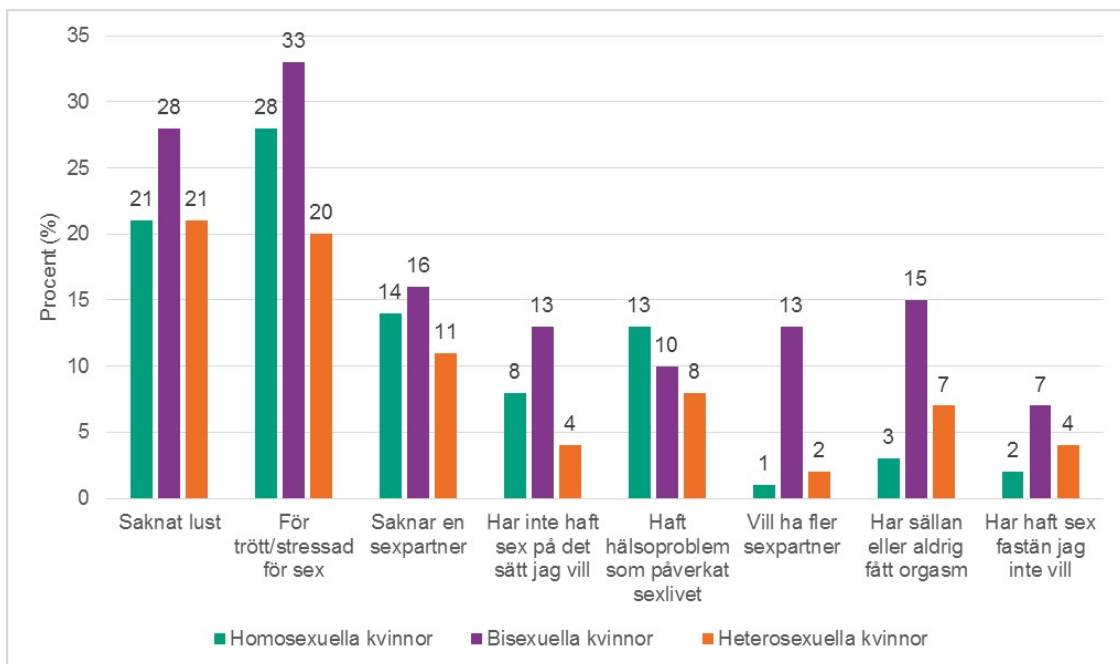
Hur viktigt är sex?

En majoritet av hbt-personer tyckte att sex är ganska eller mycket viktigt. En högre andel av bisexuella än heterosexuella kvinnor tyckte att sex är viktigt (73 respektive 59 procent). Även om skillnaderna inte var statistiskt signifikanta tenderade män, oavsett sexuell identitet, att i högre utsträckning tycka att sex är ganska eller mycket viktigt jämfört med kvinnor, bortsett från bisexuella kvinnor.

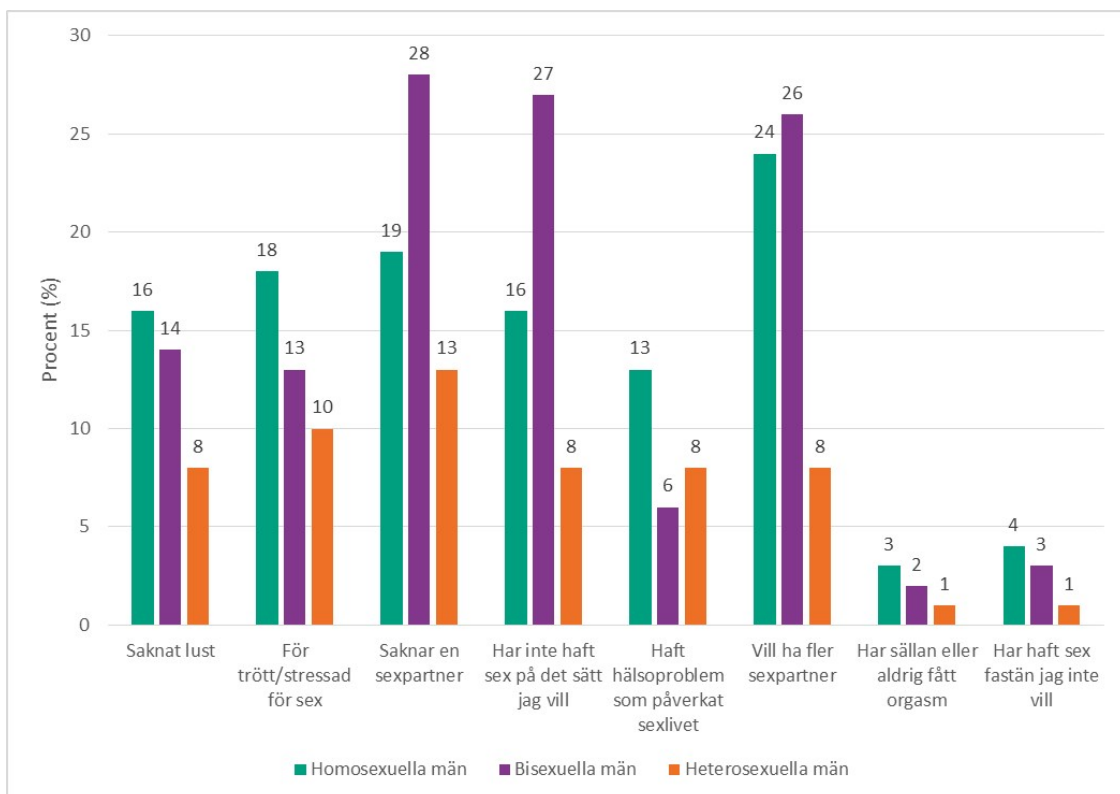
Upplevelser i relation till sexlivet

I figurerna 9a–c nedan, visas olika aspekter av hur befolkningen har upplevt sitt sexliv de senaste 12 månaderna. Vi såg tydliga skillnader utifrån både kön och sexuell identitet.

Figur 7a. Upplevelser av sexlivet bland kvinnor efter sexuell identitet (n=6 857). Frågan löd: Hur har du upplevt ditt sexliv de senaste 12 månaderna? Flersvarsfråga. Procent.

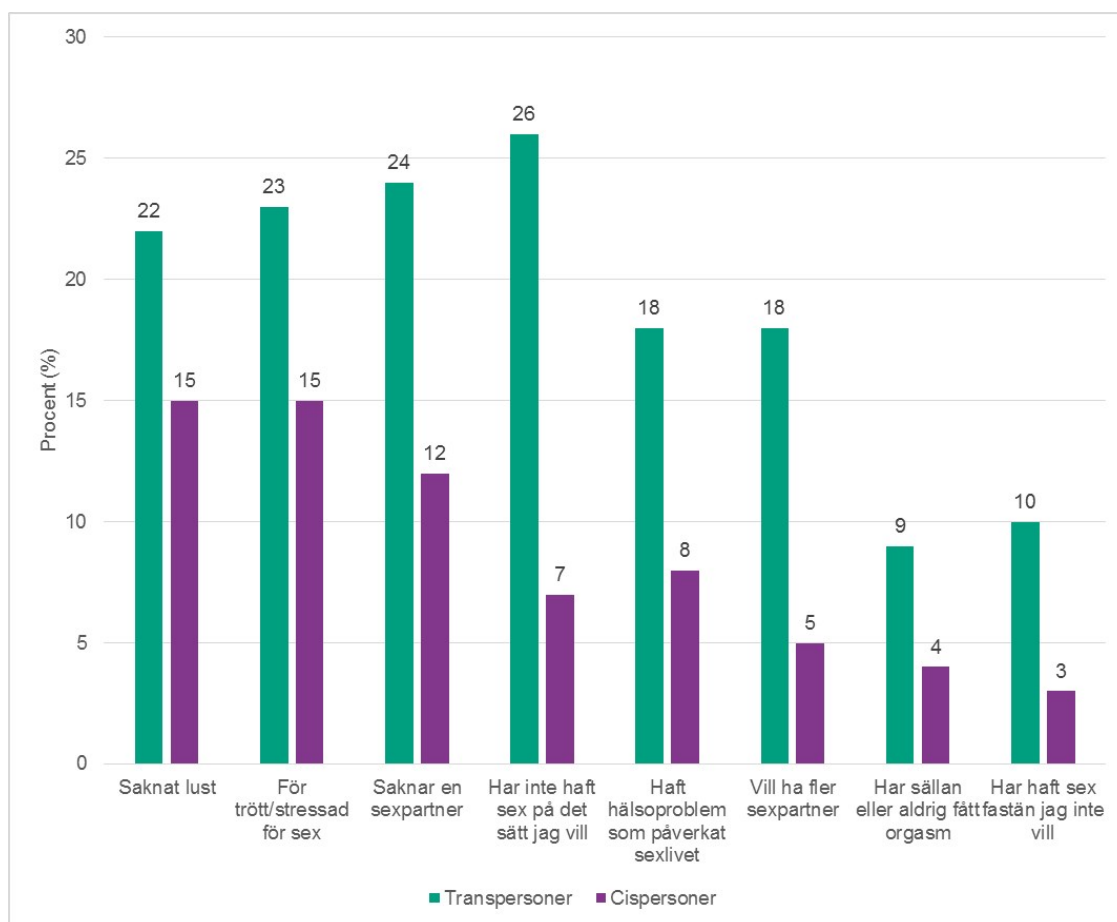


Figur 7b. Upplevelser av sexlivet bland män, efter sexuell identitet (n=5 604). Frågan löd: Hur har du upplevt ditt sexliv de senaste 12 månaderna? Flersvarsfråga. Procent.



Figur 7c. Upplevelser av sexlivet bland transpersoner och cispersoner (n=13 041). Frågan löd: Hur har

du upplevt ditt sexliv de senaste 12 månaderna? Flersvarsfråga. Procent.



Sexuell lust

Det var något vanligare bland bisexuella kvinnor att ha saknat lust (28 procent) jämfört med heterosexuella (21 procent) och homosexuella kvinnor (21 procent) (dock inte signifikant). Cirka 15 procent av homo- och bisexuella män hade saknat sexuell lust. Motsvarande andel bland heterosexuella män var 8 procent.

22 procent av transpersoner hade saknat sexuell lust under de senaste 12 månaderna, och 15 procent av cispersonerna.

Trötthet och stress i relation till sexlivet

Bland bisexuella kvinnor hade 33 procent varit för trötta eller stressade för sex, jämfört med 20 procent av de heterosexuella kvinnorna. Vi såg tendenser till att det var vanligare bland kvinnor att ha varit för trötta för sex än män (18 procent av homosexuella kvinnor, 28 homosexuella män, 33 procent av bisexuella kvinnor, 13 av bisexuella män, 20 procent av heterosexuella kvinnor, 10 procent av heterosexuella män). Tjugotre procent av transpersonerna hade varit för trötta eller stressade för sex, jämfört med 15 procent av cispersonerna.

Sexpartner

Det var vanligast bland bisexuella män att ha saknat en sexpartner under de senaste 12 månaderna (28 procent), jämfört med 13 procent av de heterosexuella männen. Det var också

vanligare bland homo- och bisexuella män att vilja ha fler sexpartner (24 respektive 26 procent), jämfört med 8 procent av heterosexuella män. Bisexuella kvinnor (13 procent) ville oftare ha fler partner än heterosexuella kvinnor (2 procent). Bland transpersoner uppgav var fjärde att de hade saknat en sexpartner. Motsvarande andel bland cispersoner var 12 procent.

Inte haft sex på det sätt en vill

Fler än var fjärde bisexuell man hade inte haft sex på det sätt de ville. Det var vanligare bland bi- och homosexuella män att inte ha haft sex på det sätt man ville (27 respektive 16 procent) jämfört med heterosexuella män (8 procent). Det var även vanligare bland bisexuella kvinnor att inte ha haft sex på det sätt man ville (13 procent), jämfört med heterosexuella kvinnor (4 procent). Bland transpersonerna hade en fjärdedel av respondenterna inte haft sex på det sätt de ville, jämfört med 7 procent av cispersonerna.

Hälsoproblem och fysiska problem i relation till sexlivet

Tretton procent av homosexuella kvinnor och män hade haft hälsoproblem eller fysiska problem som påverkat deras sexliv. Nästan var femte transperson rapporterade hälsoproblem som påverkade deras sexliv, vilket var signifikant mer än cispersonerna (8 procent).

Sällan eller aldrig fått orgasm

Lika andel homosexuella kvinnor och män hade sällan eller aldrig fått orgasm (3 procent). Det var vanligare att bisexuella kvinnor sällan eller aldrig hade fått orgasm (15 procent), jämfört med heterosexuella kvinnor (7 procent). Nästan var tionde transperson hade sällan eller aldrig fått orgasm.

Haft sex fast man egentligen inte ville

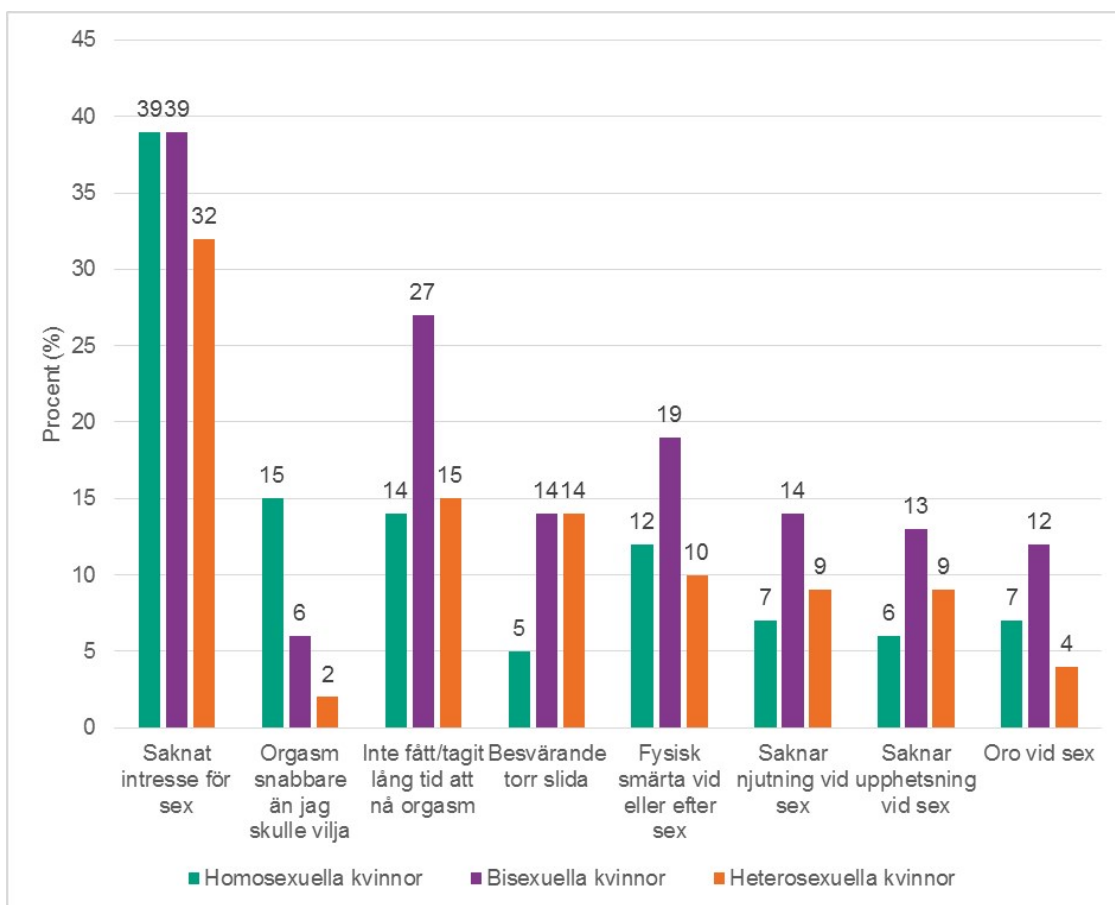
Bland bisexuella kvinnor hade sju procent haft sex fast de egentligen inte ville. Två procent av homosexuella kvinnor, fyra procent av homosexuella män samt tre procent av bisexuella män hade också haft sex fast de egentligen inte ville.

Var tionde transperson hade haft sex fast de egentligen inte ville. Motsvarande andel bland cispersoner var tre procent.

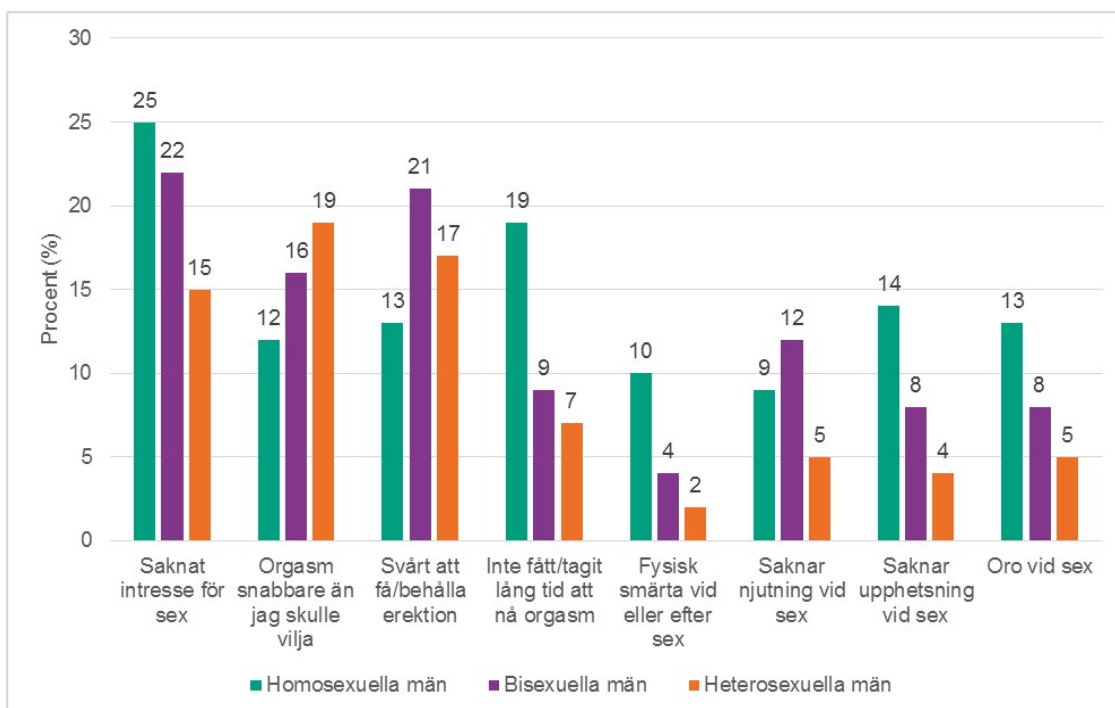
Problem i relation till sexlivet

I enkäten ställdes också frågor om huruvida befolkningen hade upplevt olika aspekter av sitt sexliv som problem eller inte under de senaste 12 månaderna, se figur 8a–c. Notera att respondenterna här besvarade två frågor i en, om de hade upplevt något samt om de tyckte att det de hade upplevt var ett problem.

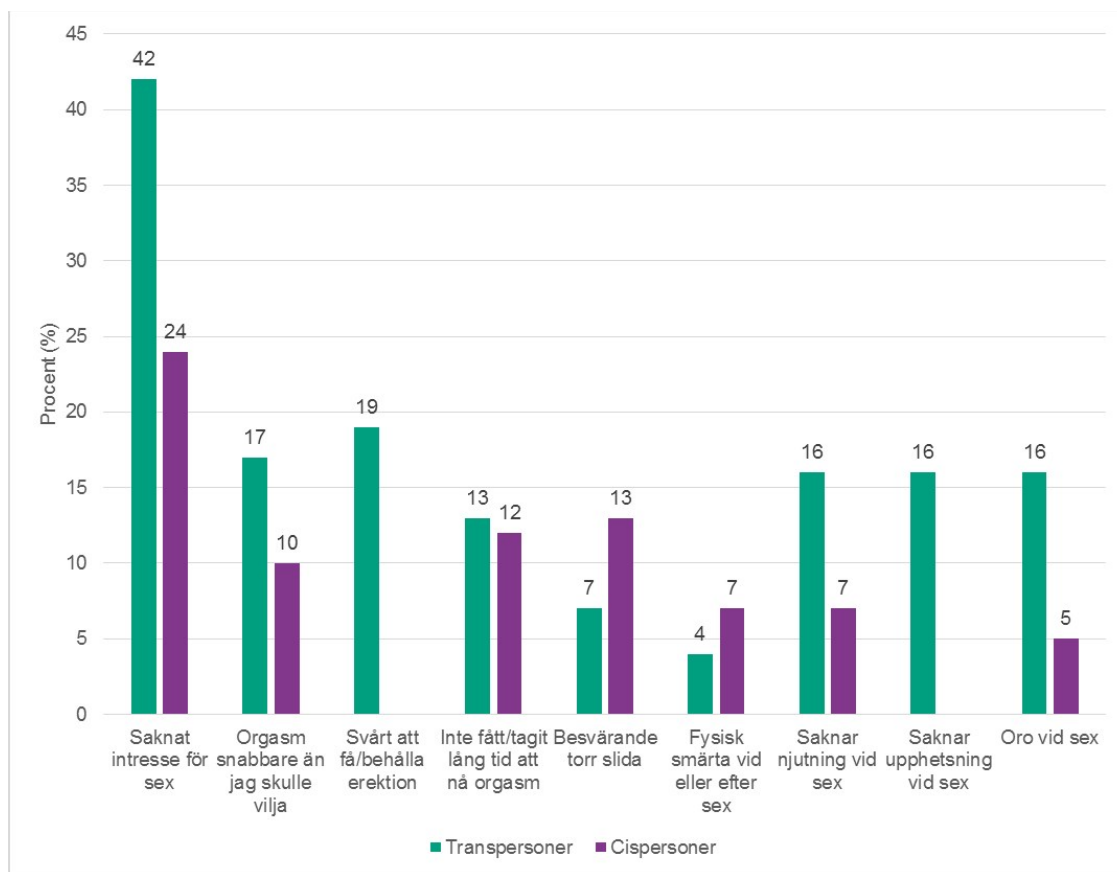
Figur 8a. Problem i samband med sexlivet hos kvinnor, efter sexuell identitet (n=3 994). Frågan löd: Har du, under de senaste 12 månaderna, upplevt något av följande som ett problem? Flersvarsfråga. Procent.



Figur 8b. Problem i samband med sexlivet hos män, efter sexuell identitet (n=2 775). Procent.



Figur 8c. Problem i samband med sexlivet hos transpersoner och cispersoner (n=7 119). Procent.



Saknat intresse för, njutning av eller upphetsning vid sex

Fyrtiotvå procent av homo- och bisexuella kvinnor och 32 procent av heterosexuella kvinnor, hade saknat intresse för sex under de senaste 12 månaderna. Brist på intresse var vanligare bland homo- och bisexuella män än heterosexuella män (25 respektive 15 procent).

Ungefär samma andel av homosexuella kvinnor (7 procent) som män (9 procent) hade saknat njutning vid sex. Det var vanligare att bisexuella män hade saknat njutning än heterosexuella män (12 respektive 5 procent). Sexton procent av transpersonerna hade också saknat njutning, jämfört med 7 procent av cispersonerna.

Sexton procent av transpersoner hade också saknat upphetsning vid sex, vilket var högre än bland cispersoner (6 procent). Bland transpersoner uppgav också 42 procent att de hade saknat intresse för sex det senaste året, jämfört med 24 procent av cispersonerna.

Problem med orgasm

För tidig orgasm var ett vanligare problem bland homosexuella kvinnor (15 procent) än heterosexuella kvinnor (2 procent). Var sjätte bisexuell man hade problem med för tidig orgasm. För tidig orgasm var vanligare bland transpersoner (17 procent) än cispersoner (10 procent).

Var femte homosexuell man hade inte fått eller hade svårt att få orgasm. Det var mindre vanligt hos heterosexuella män (7 procent). Drygt var fjärde bisexuell kvinna hade inte fått eller haft svårt att få orgasm, vilket var mer än bland heterosexuella kvinnor där 15 procent rapporterade sådana svårigheter.

Problem med erektion

Var femte bisexuell man hade haft svårt att få eller behålla erektion. Motsvarande siffra bland heterosexuella män var 17 procent samt 13 bland homosexuella män. 19 procent av transpersoner rapporterade erektionsproblem, motsvarande andel bland cispersoner var 17 procent.

Besvärande torr slida

Även om resultaten inte var statistiskt signifikanta, tenderade problem med besvärande torr slida att vara vanligare hos bi- och heterosexuella (14 respektive 14 procent) än homosexuella kvinnor (5 procent).

Fysisk smärta vid eller efter sex

19 procent av bisexuella kvinnor hade upplevt smärta vid eller efter sex, vilket var vanligare än bland heterosexuella kvinnor där 10 procent hade upplevt smärta. Bland homosexuella kvinnor och män hade cirka var tionde upplevt smärta. Fyra procent av de bisexuella männen hade också upplevt smärta i samband med sex. Bland transpersoner var det också 4 procent som hade upplevt smärta i samband med sex.

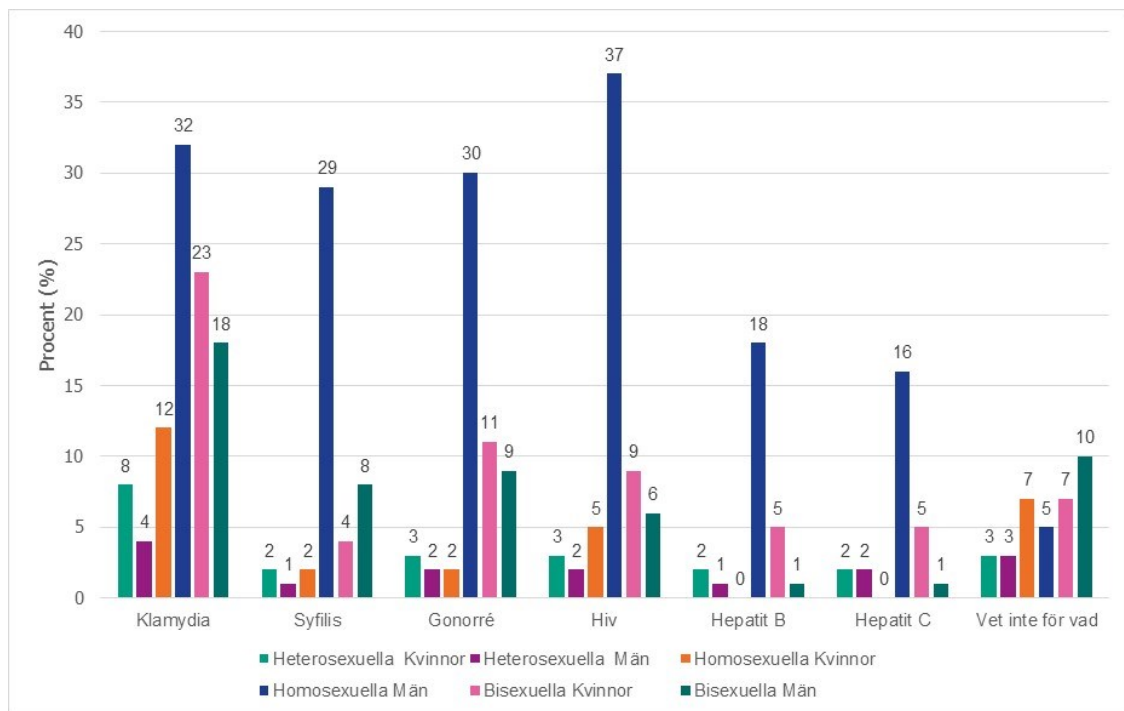
Oro vid sex

Fler homo- än heterosexuella män hade upplevt oro i samband med sex (13 respektive 5 procent). Oro var också vanligare bland bi- än heterosexuella kvinnor (12 respektive 4 procent). Sexton procent av transpersonerna hade också upplevt oro vid sex, jämfört med 5 procent av cispersonerna.

Testat sig för infektioner under de senaste 12 månaderna

Bisexuella kvinnor tenderade att ha testat sig i högre utsträckning än heterosexuella kvinnor för samtliga sjukdomar. Homosexuella män hade också testat sig i högre utsträckning än heterosexuella män, till exempel för klamydia (32 procent i jämförelse med 4 procent), syfilis (29 procent i jämförelse med 1 procent), gonorré (30 procent i jämförelse med 2 procent) och hiv (37 procent i jämförelse med 2 procent).

Figur 9. Andelar som har testat sig för olika könssjukdomar under de senaste 12 månaderna, efter kön och sexuell identitet (n=13 103). Procent.



Det var för få transpersoner som uppgav att de hade testat sig för de olika sjukdomarna för att de ska kunna redovisas. Dock uppgav 11 procent av transpersonerna att de hade testat sig men att de inte visste för vad, vilket var mer än cispersoner (3 procent).

Sökt råd eller hjälp inom hälso- och sjukvården

I samtliga grupper hade ungefär 15 procent sökt råd eller hjälp för de problem de hade uppgett. Det tenderade att vara något vanligare att bisexuella kvinnor och homosexuella män inte hade sökt hjälp fast de hade behövt (6,6 respektive 5,8 procent).

Tabell 1a. Svarsfördelning på frågan "Har du sökt råd eller hjälp inom hälso- och sjukvård för problem du angav i föregående fråga?", uppdelad efter sexuell identitet och kön (n= 7 282). Procent med 95 procent konfidensintervall.

SEXUELL IDENTITET OCH KÖN	JA, OCH JAG FICK HJÄLP	JA, OCH JAG FICK DELVIS HJÄLP	JA, MEN JAG FICK INTE HJÄLP	NEJ	NEJ, MEN JAG SKULLE BEHÖVA HJÄLP
Homosexuella kvinnor	2,8 (0,6–11,8)	19,0 (6,4–44,5)	0	78,2 (54,2–91,6)	0
Bisexuella kvinnor	6,4 (3,3–12,1)	4,3 (2,2–8,5)	2,8 (1,2–6,2)	79,8 (72,5–85,6)	6,6 (3,3–12,9)
Heterosexuella kvinnor	3,2 (2,6–3,9)	4,4 (3,6–5,3)	3,2 (3,6–3,9)	80,4 (78,9–81,9)	4,4 (3,6–5,3)
Homosexuella män	1,3 (0,2–8,6)	4,5 (1,3–14,2)	2,0 (0,3–12,8)	86,4 (73,8–93,5)	5,8 (1,7–18,0)
Bisexuella män	3,8 (1,2–11,2)	9,4 (3,8–21,4)	4,0 (1,0–14,0)	80,0 (67,2–88,6)	2,8 (0,8–9,3)
Heterosexuella män	5,9 (4,9–7,0)	6,2 (5,3–7,3)	2,5 (1,9–3,4)	80,4 (78,6–82,1)	5,0 (4,1–6,1)

Tabell 1b. Svartsfördelning på frågan "Har du sökt råd eller hjälp inom hälso- och sjukvård för problem du angav i föregående fråga?", hos transpersoner och cispersoner (n=7 704). Procent med 95 procent konfidensintervall.

KÖNSIDENTITET	JA, OCH JAG FICK HJÄLP	JA, OCH JAG FICK DELVIS HJÄLP	JA, MEN JAG FICK INTE HJÄLP	NEJ	NEJ, MEN JAG SKULLE BEHÖVA HJÄLP
Transpersoner	2,8 (0,6–11,0)	13,8 (4,8–33,5)	3,0 (0,4–18,3)	75,9 (57,9–87,9)	4,5 (1,3–14,4)
Cispersoner	3,6 (3,1–4,2)	8,3 (7,6–9,2)	6,5 (5,5–7,1)	76,8 (75,4–78,1)	5,0 (4,4–5,8)

Diskussion av resultat om upplevelser av sexlivet bland hbtq-personer

Sammanfattning av resultat – de flesta nöjda med sitt sexliv

I de flesta grupper rapporterade en majoritet att de var nöjda med sitt sexliv. Dock fann vi skillnader mellan grupperna. Bisexuella kvinnor var oftare missnöjda än homosexuella män och heterosexuella kvinnor och män. Homosexuella kvinnor tenderade att vara mest nöjda. Transpersoner var oftare missnöjda än cispersoner.

En majoritet av Sveriges befolkning hade haft sex under de senaste 12 månaderna. Hur ofta man hade haft sex varierade dock. En tredjedel av de homosexuella kvinnorna och en fjärdedel av de bisexuella kvinnorna hade haft sex flera gånger i veckan. Den största gruppen bland heterosexuella kvinnor, en dryg femtedel, utgjordes dock av dem som inte hade haft sex. Homo- och heterosexuella män rapporterade oftast "Två till tre gånger i månaden". Detta

svarsalternativ var också det vanligaste bland transpersonerna.

En majoritet av befolkningen tyckte att sex är ganska eller mycket viktigt. Oavsett sexuell identitet var det vanligaste problemet bland kvinnor avsaknad av intresse för sex, 32 procent av de heterosexuella kvinnorna och 39 procent av de homo- och bisexuella kvinnorna hade saknat intresse för sex. Knappt en fjärdedel av de homo- och bisexuella männen hade haft problem med bristande sexlust. Även bland transpersoner var bristande sexlust det största problemet. De vanligaste problemen bland heterosexuella män var att de hade fått orgasm för snabbt.

Resultat i relation till tidigare kunskap

Resultaten visar att homosexuella kvinnor generellt uppgav en högre grad av sexuell nöjdhet än både hetero- och bisexuella kvinnor. Andra studier har också visat att homosexuella kvinnor rapporterar högre grad av sexuell nöjdhet och funktion än heterosexuella kvinnor (50, 51, 58). Mer specifikt har lesbiska kvinnor lättare att få orgasm, högre grad av upphetsning och mindre smärta vid eller efter sex än heterosexuella kvinnor (58, 59). På grund av ett relativt litet antal homosexuella kvinnor i vår studie var de flesta av resultaten inte statistiskt signifikanta. Dock såg vi tendenser till att homosexuella kvinnor oftare hade sex och verkade mer nöjda än både hetero- och bisexuella kvinnor. En viktig faktor för sexuell nöjdhet bland kvinnor, oavsett sexuell identitet, är nöjdhet med sin relation (49). Denna information hade vi inte tillgång till, och vi kunde därför inte ta hänsyn till detta i våra analyser.

Trots att homosexuella kvinnor tenderade att ha sex oftare än heterosexuella kvinnor och även vara mer nöjda, rapporterade en hög andel, 39 procent, att de hade saknat intresse för sex. Samma andel sågs för bisexuella kvinnor, medan en tredjedel av de heterosexuella kvinnorna hade saknat intresse för sex. De siffrorna är i linje med en brittisk studie som fann att 34 procent av samtliga kvinnor saknade intresse för sex (60). Andra studier har visat en tydlig skillnad i sexuell lust mellan kvinnor och män, där män har rapporterat att de oftare har sexuell lust (61). Det stämmer delvis överens med våra resultat. Samtliga grupper av kvinnor rapporterade oftare bristande sexuell lust än heterosexuella män. Avsaknad av sexuell lust var också vanligare bland homosexuella än heterosexuella män.

Det var vanligt att kvinnor hade varit för trötta eller stressade för sex. Ungefär dubbelt så många kvinnor som män hade varit för trötta eller stressade under de senaste 12 månaderna, oavsett sexuell identitet.

En femtedel av de bisexuella männen hade haft svårighet att få eller behålla erektion under de senaste 12 månaderna. Vi fann dock inga signifikanta skillnader i erektionsproblem beroende på sexuell identitet. Detta står i motsats till tidigare studier, som har visat att erektionsproblem är vanligare bland homo- och bisexuella män än heterosexuella. (50, 53). Resultatet att homosexuella män oftare än heterosexuella män upplevde smärta i samband med sex, är i linje med andra studier (53, 55). Till stor del hör smärta ihop med analsex (55).

Tidigare studier har visat att för tidig utlösning är ett vanligare problem bland heterosexuella än homo- och bisexuella män (53). Även om resultaten i denna undersökning inte var statistiskt signifikanta såg vi en tendens till samma mönster, med lägre andel bland homosexuella män som tyckte att de får orgasm snabbare än de hade velat.

En minoritet av dem som hade upplevt sexuella problem hade sökt hjälp. Detta stämmer överens

med tidigare resultat (60). Att människor inte söker hjälp kan bero på att de ser sina problem som mindre allvarliga, som övergående eller att de inte känner till att det kan finnas hjälp att få (60). Ett ytterligare hinder för hbt-personer kan vara rädsla för stigmatisering och negativt bemötande i vården.

Då antalet transpersoner som deltog i studien var relativt litet, är resultaten för transpersoner i detta kapitel inte statistiskt signifikanta. Det går dock att se tendenser till en lägre grad av nöjdhet och en högre grad av missnöjdhet bland transpersoner. Endast 34 procent av transpersonerna uppgav att de var nöjda med sitt sexliv. I den svenska undersökningen "Rätten till hälsa - Hur normer och strukturer inverkar på transpersoners upplevelser av sexuell hälsa", berättade många transpersoner om perioder i livet när den egna sexuella njutningen pausas eftersom hela eller delar av kroppen inte kan medverka i sexuella aktiviteter (62). Detta kan bero på en behandling med könskonträra hormoner eller en fas i samband med könskonfirmerande kirurgi där genitalierna är sköra. Undersökningen kan inte visa i vilken utsträckning detta skulle kunna bidra till bristande nöjdhet, men sannolikt är det åtminstone en bidragande faktor. Transpersoner 45–64 år tenderade att vara mer nöjda än övriga åldersgrupper. Detta skulle kunna betyda att man har hunnit komma till rätta med sin kropp och sin identitet i den åldern. En studie över transmän som både hade fått hormonbehandling och genomgått könskorrigering behandling, visade att de var mycket nöjda med sitt sexliv (63).

En majoritet av transpersonerna hade haft sex under de senaste 12 månaderna, även om en fjärdedel inte hade haft sex. Den största gruppen transpersoner rapporterade att de hade haft sex 2–3 gånger i månaden. Transpersoner tenderade dock i lägre utsträckning tycka att sex är viktigt. Det behöver studeras vidare om det faktiskt förhåller sig så, och om det i så fall är övergående.

Styrkor och svagheter

En av studiens främsta styrkor är användandet av ett representativt urval av den svenska befolkningen (avseende kön, ålder och region). Detta gör att vi kan uppskatta hur det ser ut i Sveriges befolkning och inte enbart om respondenterna. Svaren har dessutom kompletterats med bakgrundsvariabler från högkvalitativa registerdata. Vidare tillåter materialet att resultatet redovisas uppdelat på sexuell identitet och transexfarenhet. Det är unikt, men efterfrågat och viktigt för att kunna bidra till ett effektivt folkhälsoarbete. Då antalet transpersoner är relativt litet blir skillnaderna dock inte statistiskt signifikanta.

På grund av relativt få personer som uppgav en icke-heterosexuell identitet, kunde vi inte särredovisa samtliga grupper utan endast homo- och bisexuella. Personerna med transexfarenhet var inte tillräckligt många för att resultaten skulle kunna särredovisas på t.ex. kön och ålder.

Vi kunde inte heller presentera resultaten fördelade efter socioekonomi. Eftersom socioekonomi är en starkt bidragande faktor för hälsa och välbefinnande generellt, vore det önskvärt om framtida resultat kan presenteras även efter socioekonomisk tillhörighet.

Som alltid vid självrapporterade data, finns det risk att människor inte svarar helt sanningsenligt. Ofta kan det bero på ämnets karaktär och om det är ett s.k. känsligt område.

På grund av få respondenter ska resultaten tolkas med försiktighet.

Det finns också svagheter med frågekonstruktionen i enkäten. Fråga 26 "Hur har du upplevt ditt

sexliv de senaste 12 månaderna?” följdes av 15 svarsalternativ som respondenterna fick ta ställning till, varav de två första var ”Jag är i stort sett nöjd” och ”Jag är i stort sett missnöjd”, följt av alternativ såsom ”Jag saknar en sexpartner”. Frågan borde ha delats upp i två frågor, där den ena skulle ha mätt nöjdhet med sexlivet och den andra upplevelser av sexlivet. Det hade förenklats för både respondenterna och analysarbetet. Den fråga som avsåg att mäta nöjdhet skulle dessutom ha inkluderat ett tredje alternativ: ”Varken nöjd eller missnöjd”. I fråga 27 frågades om respondenten upplevt något av följande som ett problem, vilket följdes av tio alternativ. Detta innebär t.ex. att fler än 5 procent kan ha känt oro vid sex, men inte upplevt det som ett problem.

Fortsatt folkhälsoarbete för sexuell hälsa och välbefinnande

Sexuell hälsa är ett tillstånd av fysiskt, emotionellt, mentalt och socialt välmående i relation till sin sexualitet. Detta välmående varierar mellan olika kön, könsidentiteter, åldersgrupper och grupper av sexuell identitet och transerfarenhet. En rad komponenter i människors liv påverkar upplevelsorna av sex och sexualitet. Likaså interagerar människors olika livsvillkor utifrån kön, könsidentitet, ålder och sexuell identitet i ett komplext samspel, som också påverkar hur människor upplever nöjdhet i sin relation och sitt sexliv.

Folkhälsoarbetet för sexuell hälsa har som mål att alla människor oavsett kön, könsidentitet, ålder och sexuell identitet ska ha samma möjligheter att uppnå god sexuell hälsa. Således bör insatser fokusera på att förbättra förutsättningarna för en god och jämlikt fördelad sexuell hälsa, samt minska skillnaderna i hälsa mellan olika grupper.

Det är viktigt att se på sexuell hälsa ur ett holistiskt perspektiv och förstå synergier mellan sexuell, fysisk och psykisk hälsa. Det är också viktigt att främja den sexuella hälsan genom hela livet. Problem i sexlivet finns i alla grupper, men vissa problem kan vara vanligare hos någon eller några grupper.

Våra resultat pekar på behov av specifika samhällsinsatser som bidrar till ett tryggt livsutrymme för transpersoner och som främjar psykosocial hälsa och förebygger trakasserier, diskriminering och våld oavsett kön, könsidentitet, ålder och sexuell identitet. Heteronormativa antaganden om människors livssituation behöver genomlysas ur normkritiska och intersektionella perspektiv. Mångfalden av sexuella identiteter, könsidentiteter samt gruppen transpersoner, ställer krav på samhället att ha god kunskap kring hbtq-frågor. Resultaten belyser att samhällsinsatser måste göras via ett normkritiskt arbete, vilket bör utföras med bred ansats och i samverkan med aktörer på olika samhällsnivåer.

Information, rådgivning och vård relaterade till sexualiteten bör vara behovsanpassade och uppfylla kraven utifrån ett folkhälsoperspektiv genom tillgång, tillgänglighet, acceptans och kvalitet – oavsett kön, sexuell identitet, ålder eller transerfarenhet. Kön och sexuell identitet påverkar upplevelsorna av sexlivet. Stödande insatser inom sexuell hälsa och sexologi måste utgå från det, för att kunna främja välmående i relation till sexualiteten.

Slutsatser om sexlivet

En majoritet av hetero-, homo- och bisexuella kvinnor samt hetero- och homosexuella män rapporterade att de var nöjda med sitt sexliv. Transpersoner var mindre nöjda än cispersoner. Dock tenderade transpersoner 45–64 år att vara mer nöjda än transpersoner i övriga

åldersgrupper. Detta skulle kunna betyda att man har hunnit komma till rätta med sin kropp och identitet i den åldern. Mer kunskap behövs dock för att klargöra detta.

Den här befolkningsstudien visar att en majoritet av befolkningen, oavsett sexuell identitet och könsidentitet, hade haft sex under de senaste 12 månaderna. De flesta svenskar tyckte också att sex är ganska eller mycket viktigt. Däremot skiljde det sig åt mellan grupperna hur ofta man hade haft sex. Det finns skillnader i upplevelser av sexlivet utifrån kön och sexuell identitet. Stödande insatser inom sexuell hälsa och sexologi måste utgå från individens förutsättningar, för att kunna främja välmående i relation till sexualiteten.

Referenser del B

1. Gary J. Gates. How many people are lesbian, gay, bisexual, and transgender? The Williams Institute, 2011. Hämtad från: <https://williamsinstitute.law.ucla.edu/wp-content/uploads/Gates-How-Many-People-LGBT-Apr-2011.pdf>.
2. Campbell S. Sexual health needs and the LGBT community. *Nurs Stand*. 2013;27(32):35-8. Hämtad från: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23641652>.
3. Reyniers T, Nostlinger C, Laga M, De Baetselier I, Crucitti T, Wouters K, et al. Choosing between Daily and Event-Driven Pre-Exposure Prophylaxis: Results of a Belgian PrEP Demonstration Project. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2018. DOI:10.1097/QAI.0000000000001791.
4. Rosenberger JG, Schick V, Schnarrs P, Novak DS, Reece M. Sexual behaviors, sexual health practices, and community engagement among gay and bisexually identified men living in rural areas of the United States. *J Homosex*. 2014;61(8):1192-207. DOI:10.1080/00918369.2014.872525.
5. Manuela Peixoto M. Sexual Satisfaction, Solitary, and Dyadic Sexual Desire in Men According to Sexual Orientation. *J Homosex*. 2018;1-11. DOI:10.1080/00918369.2018.1484231.
6. Peplau LA, Fingerhut AW. The close relationships of Lesbians and gay men. *Annu Rev Psychol*. 2007;58:405-24. DOI:10.1146/annurev.psych.58.110405.085701.
7. Henderson AW, Lehavot K, Simoni JM. Ecological models of sexual satisfaction among lesbian/bisexual and heterosexual women. *Arch Sex Behav*. 2009;38(1):50-65. DOI:10.1007/s10508-008-9384-3.
8. Breyer BN, Smith JF, Eisenberg ML, Ando KA, Rowen TS, Shindel AW. The impact of sexual orientation on sexuality and sexual practices in North American medical students. *J Sex Med*. 2010;7(7):2391-400. DOI:10.1111/j.1743-6109.2010.01794.x.
9. Cohen JN, Byers ES. Beyond lesbian bed death: enhancing our understanding of the sexuality of sexual-minority women in relationships. *J Sex Res*. 2014;51(8):893-903. DOI:10.1080/00224499.2013.795924.
10. Hirshfield S, Chiasson MA, Wagmiller RL, Jr., Remien RH, Humberstone M, Scheinmann R, et al. Sexual dysfunction in an Internet sample of U.S. men who have sex with men. *J Sex Med*. 2010;7(9):3104-14. DOI:10.1111/j.1743-6109.2009.01636.x.
11. Bancroft J, Carnes L, Janssen E, Goodrich D, Long JS. Erectile and ejaculatory problems in gay and heterosexual men. *Arch Sex Behav*. 2005;34(3):285-97. DOI:10.1007/s10508-005-3117-7.
12. Rosser BR, Short BJ, Thurmes PJ, Coleman E. Anodyspareunia, the unacknowledged sexual dysfunction: a validation study of painful receptive anal intercourse and its psychosexual concomitants in homosexual men. *J Sex Marital Ther*. 1998;24(4):281-92. DOI:10.1080/00926239808403963.
13. Rosser BR, Metz ME, Bockting WO, Buroker T. Sexual difficulties, concerns, and satisfaction in homosexual men: an empirical study with implications for HIV prevention. *J Sex Marital Ther*. 1997;23(1):61-73. DOI:10.1080/00926239708404418.
14. Lau JT, Kim JH, Tsui HY. Prevalence and factors of sexual problems in Chinese males and females having sex with the same-sex partner in Hong Kong: a population-based study. *Int J Impot Res*. 2006;18(2):130-40. DOI:10.1038/sj.ijir.3901368.
15. Peixoto MM, Nobre P. Prevalence of sexual problems and associated distress among lesbian and heterosexual women. *J Sex Marital Ther*. 2015;41(4):427-39. DOI:10.1080/0092623X.2014.918066.
16. Beaber TE, Werner PD. The relationship between anxiety and sexual functioning in lesbians and heterosexual women. *J Homosex*. 2009;56(5):639-54. DOI:10.1080/00918360903005303.
17. Matthews. A, Hughes. T, Tartaro. J. Sexual behavior and sexual dysfunction in a community sample of lesbian and heterosexual women. *sexual orientation and mental health: Examining identity*

- and development in lesbian, gay, and bisexual people. Washington, DC: American Psychological Association; 2006. s. 185-205.
18. Moreira ED, Glasser DB, Nicolosi A, Duarte FG, Gingell C, Group GI. Sexual problems and help-seeking behaviour in adults in the United Kingdom and continental Europe. *BJU Int.* 2008;101(8):1005-11. DOI:10.1111/j.1464-410X.2008.07453.x.
 19. Baumeister RF, Catanese KR, Vohs KD. Is there a gender difference in strength of sex drive? Theoretical views, conceptual distinctions, and a review of relevant evidence. *Personality and Social Psychology Review.* 2001;5:242-73.
 20. Folkhälsomyndigheten. Rätten till hälsa. Hur normer och strukturer inverkar på transpersoners upplevelser av sexuell hälsa. 2016. 978-91-7603-678-5.
 21. Wierckx K, Van Caenegem E, Elaut E, Dedeker D, Van de Peer F, Toye K, et al. Quality of life and sexual health after sex reassignment surgery in transsexual men. *J Sex Med.* 2011;8(12):3379-88. DOI:10.1111/j.1743-6109.2011.02348.x.

Sex, relationer och egenmakt

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 man vill ha sex.

I undersökningen SRHR2017 fick ett representativt urval av Sveriges befolkning 16–84 år besvara frågor om sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter. Svarsfrekvensen var 31 procent. Resultaten bör, trots kalibreringsvikter, tolkas med försiktighet. Syftet med detta kapitel är att beskriva resultaten från SRHR2017 om sex, relationer och sexuell egenmakt i befolkningen.

Känsla av sexuell egenmakt beror på kön och ålder och utbildningslängd

- En majoritet av Sveriges befolkning tycker att det är viktigt med sex i en romantisk relation samt känner sig fria att ta initiativ till sex, kan säga nej om de inte vill ha sex, kan föreslå för en partner hur de vill ha sex och säga ifrån om en sexpartner vill göra något de inte vill. Men det gäller alltså inte alla människor. Det finns dessutom skillnader utifrån kön, ålder och utbildningsnivå.
- Ungefär hälften av både kvinnor och män uppgav att de och deras partner bestämmer lika ofta hur och när de har sex. I åldrarna 30–64 år ansåg fler män att deras partner oftare bestämmer när och hur de har sex.
- En högre andel kvinnor än män känner sig oftast eller alltid fria att ta initiativ till sex, kan säga nej till sex, kan föreslå hur de vill ha sex och kan säga ifrån om deras sexpartner vill göra något som de inte vill. På dessa frågor svarade däremot en högre andel män än kvinnor alternativet ja, ibland.
- Utbildningslängd, sexuell identitet och könsidentitet har också betydelse
- Det var vanligare att män med eftergymnasial utbildning uppgav att de själva bestämde när och hur de har sex jämfört med män med förgymnasial utbildning. Däremot var det också vanligare att män med eftergymnasial utbildning uppgav att deras partner oftare bestämmer när och hur de ska ha sex, jämfört med män med förgymnasial utbildning.
- Män med eftergymnasial utbildning kan säga nej till sex i högre grad än män med förgymnasial utbildning.
- Kvinnor med eftergymnasial utbildning tyckte oftare att sex är viktigt i en relation, kunde oftare ta initiativ till sex och tenderade i högre utsträckning att kunna föreslå hur de ville ha sex jämfört med kvinnor med förgymnasial utbildning.
- Få skillnader var signifikanta utifrån sexuell identitet. Bisexuella män rapporterade dock i lägre utsträckning att de kände sig fria att ta initiativ till sex i jämförelse med hetero- och homosexuella män.
- Transpersoner tenderade att i lägre utsträckning kunna säga ifrån om en partner ville göra något som de själva inte ville, inte lika ofta kunde säga nej till sex om de inte ville och lite mindre ofta kände sig fria att ta initiativ till sex, i jämförelse med cispersoner.

Bakgrund om sex, relationer och egenmakt

Sex och samtycke

Sexualiteten är en viktig del av livet och har stor betydelse för vår hälsa och vårt välmående (1, 2), oavsett ålder, kön, etnicitet, sexuell identitet, religion, funktionsförmåga, könsidentitet eller könsuttryck. Sexualiteten är också nära kopplad till bland annat personlig integritet, identitet, kroppsbild, anknytning och intimitet och är således en viktig faktor som påverkar bl.a. välbefinnande, självkänsla och förmåga till återhämtning (1).

I Världshälsoorganisationens (WHO:s) definition av sexuell hälsa ingår möjligheten att ha njutbara och säkra erfarenheter fria från tvång, diskriminering och våld. Guttmacher-Lancet-kommissionen har en integrerad definition av sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) som lyfter njutbara sexuella relationer som en viktig del i främjandet av välmående (3). Vidare är frivillighet och samtycke en förutsättning för en god sexuell hälsa. Guttmacher-Lancet-kommissionen betonar alla människors rätt att själva fatta beslut som rör den egna kroppen, reproduktion och sexualitet (3).

Sverige har sedan den 1 juli 2018 en ny sexualbrottslagstiftning som bygger på att alla sexuella handlingar ska vara frivilliga (4). Brottsoffermyndigheten beskriver frivillighet så här:

Frivilligt sex betyder att en person har uttryckt ett ja till en sexuell handling med ord eller kroppsspråk. Den som vill ha sex måste alltså ta reda på om den andra verkligen vill vara med, till exempel genom att fråga personen. Finns inga tecken på att personen deltar frivilligt bör den som vill ha sex utgå från att den andra personen inte vill. Den som vill ha sex behöver därför ta reda på vad den andra personen vill.

Samtycke är således en viktig aspekt i fråga om både mänskliga rättigheter och sexuell hälsa. Även Förenta staterna (FN) har uppmärksammat vikten av att människor själva ska få bestämma över sina kroppar och liv. År 2015 fattade FN beslut om 17 globala mål för en hållbar utveckling. Det femte av dessa mål handlar om att uppnå jämställdhet och att stärka alla kvinnors och flickors egenmakt (5).

Alla har rätt till säkra, positiva och njutbara sexuella upplevelser, i motsats till otrygga, negativa och obehagliga (3). Integritet, frivillighet och samtycke är därför centrala begrepp när det gäller sex och sexualitet. Flera studier fokuserar på skillnaden mellan att vilja ha sex och samtycka till att ha sex (6-8). I den internationella vetenskapliga litteraturen används ofta begreppet "sexual compliance" för att beskriva när individer samtycker till att ha sex men egentligen inte känner sexuell lust (7, 9). Begreppet "sexual compliance", ibland även kallat "consented unwanted sex", betyder inte att individen samtycker till att ha sex på grund av tvång eller hot om fysiskt våld, men däremot kan psykologisk press förekomma (9). Det finns många anledningar till att individer inte vill ha sex eller inte känner lust vid ett specifikt tillfälle. Att "sexual compliance" ändå sker kan också bero på flera faktorer, till exempel att individen vill tillfredsställa sexpartners behov (7, 8, 10). Studier visar att "sexual compliance" är vanligt förekommande (7, 9), särskilt i nära relationer, och tenderar att normaliseras, i synnerhet i heterosexuella relationer (9).

Sexuell egenmakt

"Sexual compliance" kan kopplas samman med begreppet "sexuell egenmakt". Ordet egenmakt kan liknas vid det engelska ordet empowerment och syftar till att en individ ska känna att hen har makt över sin egen situation, exempelvis sitt liv, sina arbetsuppgifter eller sin närmiljö. Med andra

ord handlar det om att individen ska ha makt över personliga, socioekonomiska och miljörelaterade faktorer som påverkar hälsan, och där ingår sexuell egenmakt. Begreppet har definierats på flera sätt och det saknas en tydlig konsensus kring definitionen (11). Det består dock av flera nivåer och dimensioner och innefattar även strukturella aspekter i form av till exempel möjligheter och resurser. Begreppets komplexitet har gjort att vissa bedömer att det är svårt att mäta sexuell egenmakt i studier (11). Många forskare är dock överens om att sexuell egenmakt innebär kontroll över den egna sexualiteten, vilket innebär en positiv sexualitet (12, 13). Ett exempel på en positiv sexualitet är sexuell bestämdhet, s.k. ”sexual assertiveness”, som bland annat associerats med högre grad av sexuell nöjdhet. Det innefattar sexuellt självförtroende, att kunna prata öppet om sex, att kunna föreslå hur man vill ha sex och att kunna säga nej när en sexpartner föreslår saker som man inte vill göra (14).

Sexuell kommunikation

Att prata om sex och ha en god sexuell kommunikation är bland annat associerat med högre grad av sexuell nöjdhet och nöjdhet med intima relationer (15, 16). Sexuell kommunikation kan handla om interaktioner och samtal om sexuella frågor mellan två parter, t.ex. sexuella preferenser eller problem (17, 18). Forskning har även funnit ett samband mellan god sexuell kommunikation och både sexuellt och generellt välbefinnande (16, 17). I Folkhälsomyndighetens enkätstudie UngKAB15, som undersökte ungas och unga vuxnas (16 -29 år) sexuella hälsa 2017, ansåg 80 procent att det är viktigt att kunna prata med sin partner om sex. Andelen var högre bland tjejer (84 procent) än killar (77 procent). Totalt 78 procent ansåg också att det är viktigt att båda parter bestämmer lika mycket när det gäller hur eller var man ska ha sex. Dessutom rapporterade 15 procent av tjejerna och 16 procent av killarna att de vill ha mer kunskap om hur de kan prata om sex med en partner (19).

Normer, attityder och könsskillnader i sexuell egenmakt

Sociala normer och stereotyper om kön, genus och sex kan påverka hur individer upplever och uppfattar sin egen och andras sexualitet (20, 21). Kulturella föreställningar om genus och sexuell identitet tenderar även att kategorisera kvinnor och män som sexuellt olika. Det finns en s.k. ”sexual double standard” som anger att kvinnor är mer sexuellt passiva och män mer sexuellt bestämda (20). Studier har också visat att föreställningen om en ”maskulin sexualitet” kan leda till krav på män i sexuella relationer, vilket i sin tur kan leda till högre fysisk och emotionell stress och således sämre hälsa (22). En metaanalys av forskning (mellan 1993 och 2007) om könsskillnader inom sexualitet visade dock att de flesta skillnader i sexuella beteenden och attityder var små (23). Vad gäller ”sexual compliance” och könsskillnader har vissa studier funnit få skillnader (9), medan andra har visat att det finns skillnader mellan män och kvinnor (10). Studier har exempelvis visat på ett mönster där män tenderar vara initiativtagare till sex och kvinnor tenderar att vara sexuellt ”complied” (21, 24-26). En studie visade att män i högre utsträckning initierade sexuella aktiviteter som de själva egentligen inte ville göra eller kände lust att delta i (9). De här männen kan ha antagit den traditionella rollen som den som förväntas ta initiativ till sex, men de kan också ha gjort så för att visa stort sexuellt intresse, eller för att bevisa sin virilitet genom att ta sexuella initiativ (27).

Syfte

Det övergripande syftet med SRHR2017 var att öka kunskapen och därigenom skapa bättre

förutsättningar för ett effektivt folkhälsoarbete för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter. Syftet med detta kapitel är att beskriva hur stora andelar av Sveriges befolkning som upplever sig ha olika aspekter av sexuell egenmakt i relation till sex och relationer.

Metodbeskrivning och frågor om sex, relationer och egenmakt

Resultaten i detta kapitel baseras på undersökningen SRHR2017 som genomfördes av Folkhälsomyndigheten 2017 i samarbete med Statistiska centralbyrån och Enkätfabriken AB. Enkäten skickades postledes ut till ett slumpmässigt stratifierat urval om cirka 50 000 individer i befolkningen (med totalbefolkningsregistret som urvalsram). Svarsfrekvensen blev 31,5 procent. Bortfallet var skevt, med högre bortfall bland exempelvis personer med lägre utbildning, yngre och personer födda utanför Sverige. Bortfallet är i linje med andra undersökningar och har hanterats med viktning för att svaren i möjligast mån ska representera hela Sveriges befolkning. Dock bör den statistik som tas fram tolkas med försiktighet och man bör ha i åtanke att det kan finnas skevheter kvar även efter viktning.

I detta kapitel redovisas resultaten från sju frågor (fråga 35–41) i SRHR2017 som alla handlar om olika aspekter av självbestämmande i relation till sex. Detta är huvudfrågorna vars svar presenteras i den här rapporten:

- ”Upplever du dig fri att ta initiativ till sex?”
- ”Upplever du att du kan säga nej om du inte vill ha sex?”
- ”Upplever du att du kan föreslå för en partner hur du vill ha sex?”
- ”Upplever du att du kan säga ifrån om din sexpartner vill göra något som du inte vill när ni har sex?”
- Känner du så höga krav att prestera sexuellt så du upplever det som ett problem?

Följande svarsalternativ fanns : ”Ja, alltid”, ”Ja, oftast”, ”Ja, ibland”, ”Nej, sällan”, ”Nej, aldrig” och ”Vet inte”. Svarsalternativen ”Ja, alltid” och ”Ja, oftast” slogs ihop till ”Ja, alltid/oftast” och svarsalternativen ”Nej, aldrig” och ”Nej, sällan” slogs ihop till ”Nej, aldrig/sällan”.

Ytterligare två frågor ställdes vars svarsfördelningar presenteras i detta kapitel:

- ”Hur viktigt är sex för dig i en relation?” med följande svarsalternativ: ”Mycket viktigt”, ”Ganska viktigt”, ”Varken viktigt eller oviktigt”, ”Inte särskilt viktigt”, ”Inte alls viktigt” och ”Inte alls”.
- ”Vilket påstående passar, i huvudsak, bäst för dig?” med följande svarsalternativ: ”Jag och min partner bestämmer båda lika mycket hur och när vi har sex”, ”Jag bestämmer oftare hur och när vi har sex”, ”Min partner bestämmer oftare hur och när vi har sex”, ”Inget av påståendena stämmer för mig”.

Rapporten är deskriptiv och resultaten presenteras i figurer kategoriserade utifrån kön (kvinna eller man), åldersgrupper (16–29 år, 30–44 år, 45–64 år och 65–84 år), sexuell identitet och transerfarenhet. Sexuell identitet redovisas i tre grupper: heterosexuell, homosexuell och bisexuell. Utöver dessa grupper särredovisas också resultat för de personer som svarade ”Ja” på frågan ”Är eller har du varit transperson?” Transperson är ett paraplybegrepp för personer

vilkas könsidentitet och/eller könsuttryck inte stämmer överens med det juridiska kön som tilldelades dem vid födseln. Cisperson är i stället en person vars könsidentitet och könsuttryck stämmer överens med det kön de tilldelades vid födseln.

Resultaten redovisas också uppdelade efter utbildningsnivå, som en indikator på socioekonomisk status. Följande tre kategorier har använts: förgymnasial utbildning (9 år eller färre), gymnasial utbildning (10–12 år), och eftergymnasial utbildning (mer än 12 år). Det finns dock problem med att använda utbildningsnivå, och särskilt på ett så pass brett åldersspann (16–84 år) eftersom utbildningssystemet har ändrats över tid och längre utbildning i dag är mycket vanligare än tidigare. Dessutom har de flesta yngre personer ännu inte hunnit slutföra sin utbildning. Skillnader mellan olika utbildningsnivåer kan alltså spegla skillnader mellan åldersgrupper, t.ex. att de med förgymnasial utbildning är yngre. På grund av detta genomfördes analyserna med utbildningslängd för åldersspannet 30–64 år.

Resultaten redovisas som andelar (procent) av befolkningen. Endast statistiskt signifikanta skillnader mellan olika grupper skrivs ut i texten om inte annat anges. Statistisk signifikans mäts ofta genom att använda 95-procentiga konfidensintervall (KI) som visar den osäkerhet som uppstår till följd av att man har gjort ett slumpmässigt urval av befolkningen och skattat ett värde. Ett konfidensintervall är ett intervall som med en förutbestämd säkerhet innefattar det sanna värdet av till exempel en andel. Vanligen anges den övre och nedre gränsen för det intervall inom vilket det ”sanna” värdet med 95 procents säkerhet befinner sig.

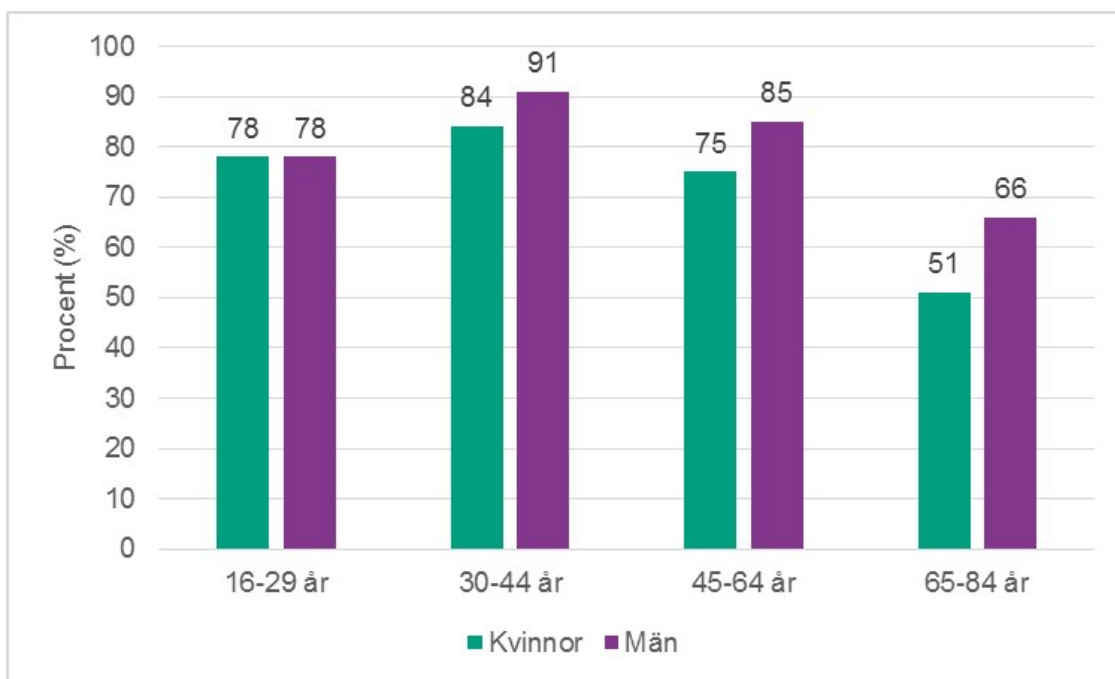
I rapporten redovisas inga siffror eller andelar när antalet svaranden understiger fem personer. Det gäller i praktiken främst andelar utifrån sexuell identitet. Anledningen till det är att undvika felskattningar som lätt kan uppstå när underlaget är för litet.

Resultat om sex, relationer och egenmakt

Vikten av sex i en relation

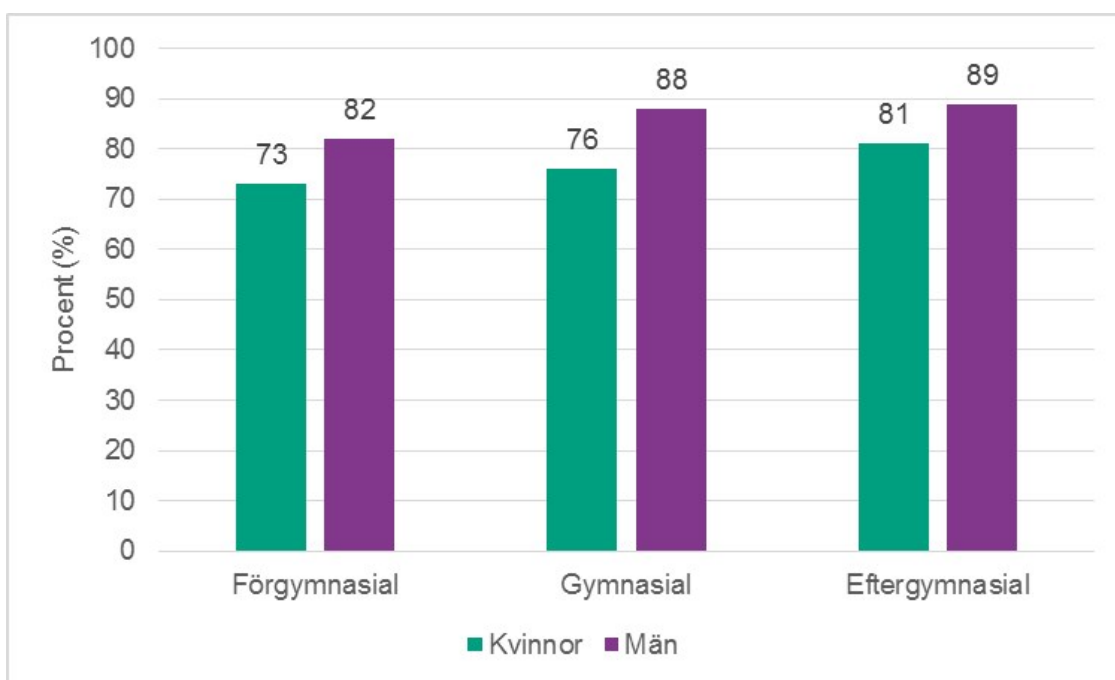
Majoriteten av befolkningen ansåg att sex är viktigt i en relation (se figur 1a–d). Totalt rapporterade en högre andel män (81 procent) än kvinnor (72 procent) att de tycker att sex är mycket eller ganska viktigt i en relation. Könsskillnaden återfanns i alla åldersgrupper förutom i gruppen 16–29 år där lika många män som kvinnor gav det svaret. Lägst andel som tyckte att sex är mycket eller ganska viktigt i en relation fanns bland kvinnor 65–84 år (51 procent). Andelen som tyckte att sex är mycket eller ganska viktigt i en relation är högst bland både kvinnor (84 procent) och män (91 procent) i åldersgruppen 30–44 år.

Figur 1a. Andel som anser att sex är mycket eller ganska viktigt i en relation, per kön och åldersgrupp (n=14 170). Procent.



Bland kvinnor med förgymnasial utbildning rapporterade 73 procent att de tycker sex är mycket eller ganska viktigt i en relation, i jämförelse med 81 procent av kvinnor med eftergymnasial utbildning (se figur 1b). Inga statistiskt signifikanta skillnader sågs bland män.

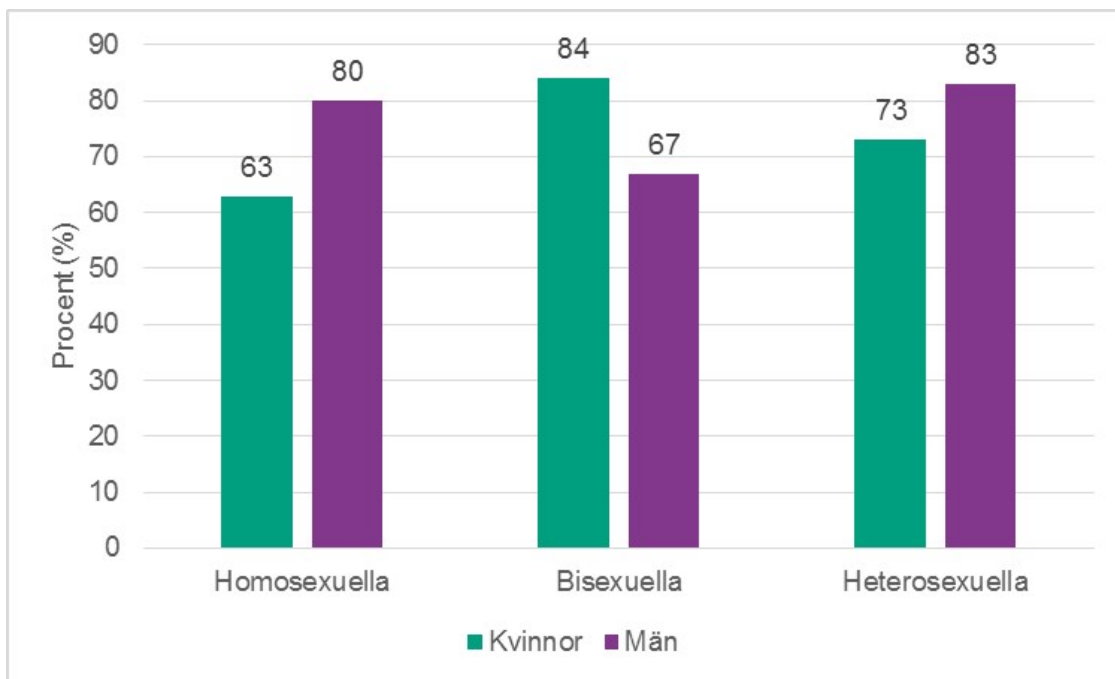
Figur 1b. Andel som anser att sex är mycket eller ganska viktigt i en relation, per kön och utbildningslängd (n=13 637). Procent.



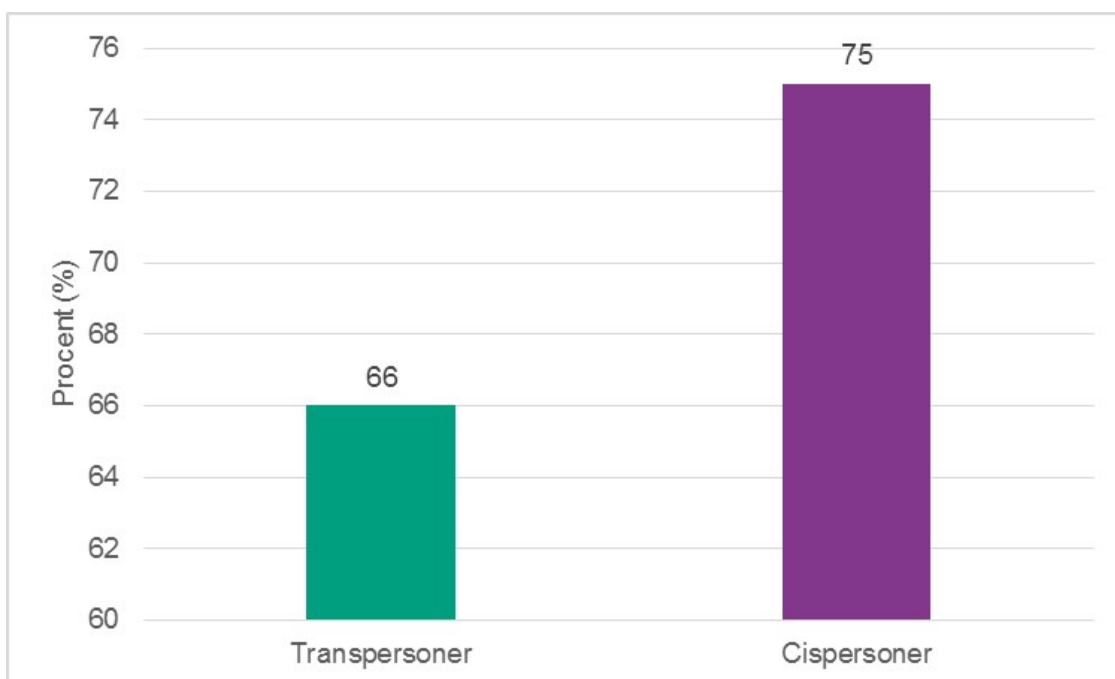
En större andel bisexuella kvinnor tyckte att sex är mycket eller ganska viktigt i en relation (84 procent) jämfört med både homo- och heterosexuella kvinnor (63 procent och 73 procent) (se figur 1c). Bland män gav dock färre bisexuella män (67 procent) det svaret jämfört med heterosexuella män (83 procent).

Figur 1c. Andel som anser att sex är mycket eller ganska viktigt i en relation, per kön och sexuell

identitet (n=13 299). Procent.



Figur 1d. Andel som anser att sex är mycket eller ganska viktigt i en relation, bland transpersoner och cispersoner (n=14 039). Procent.



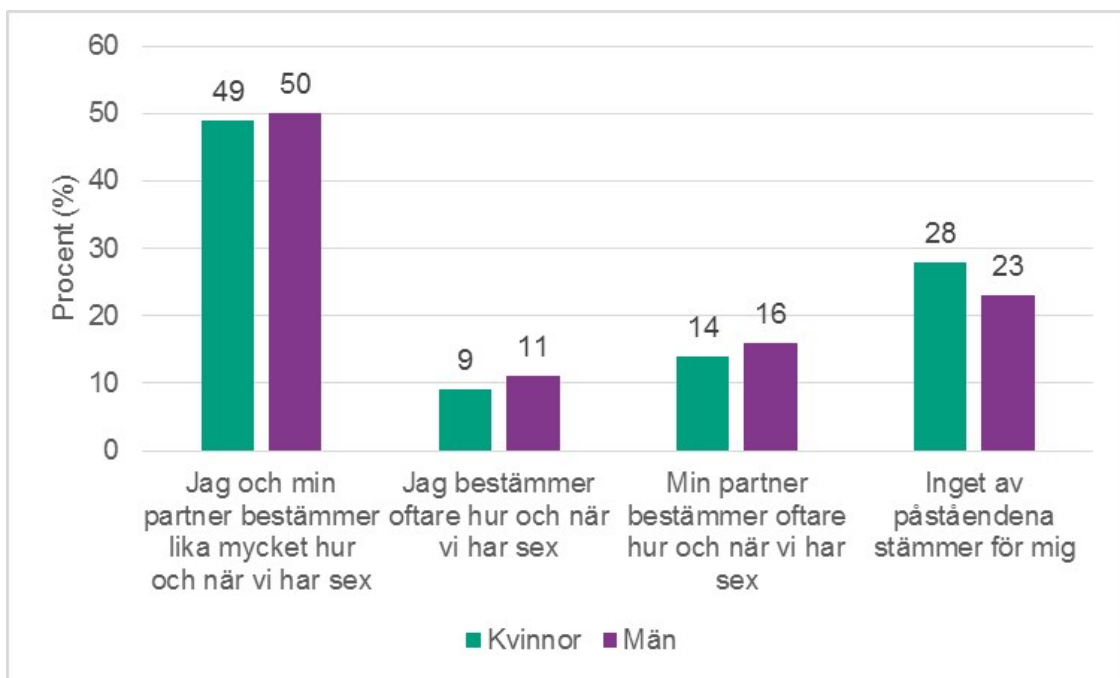
Cispersoner tenderade att oftare tycka att sex är mycket eller ganska viktigt i en relation (75 procent), i jämförelse med transpersoner (66 procent) (se figur 1d).

Bestämma hur ofta och när jag och min partner har sex

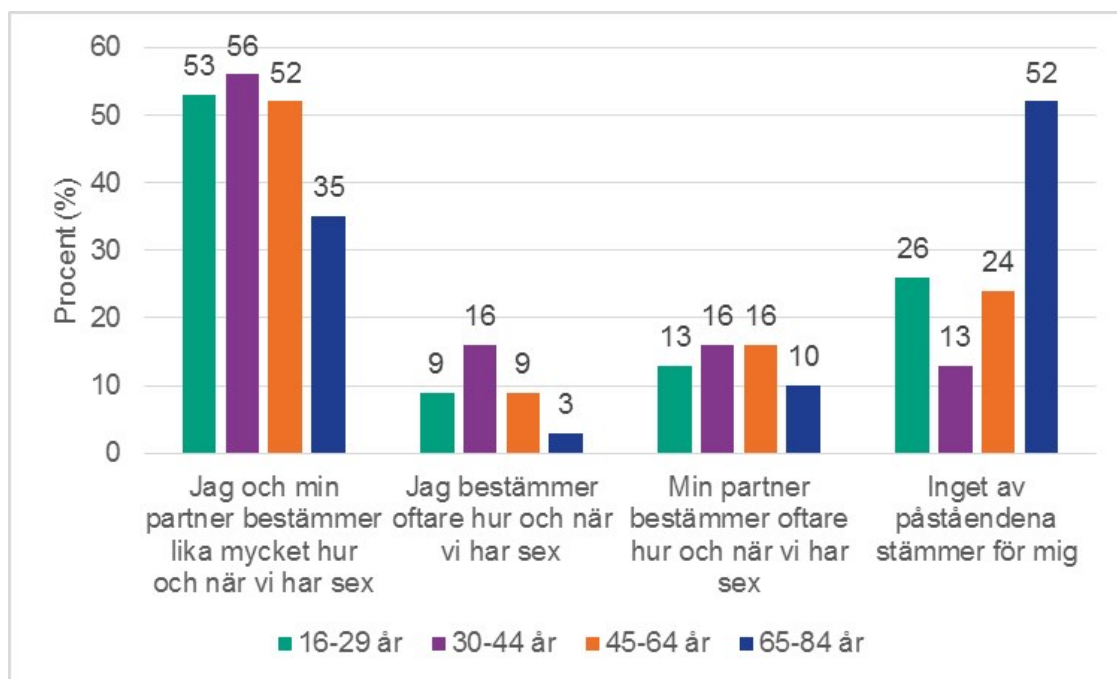
Vid frågan "Hur ofta har du, under de senaste 12 månaderna haft sex?" fick respondenterna välja det av följande påståenden som i huvudsak passade dem själva bäst: "Jag och min partner bestämmer båda lika mycket hur och när vi har sex", "Jag bestämmer oftare hur och när vi har

sex”, ”Min partner bestämmer oftare hur och när vi har sex” och ”Inget av påståendena stämmer för mig”. Ungefär lika stor andel kvinnor som män i åldern 16–84 år uppgav att de och deras partner bestämmer lika mycket (49 respektive 50 procent) (se figur 2a–d). Vidare rapporterade ungefär lika många kvinnor (9 procent) som män (11 procent) att de själva oftare bestämmer, och ungefär samma andel män (16 procent) som kvinnor (14 procent) svarade att deras partner oftare bestämmer hur och när de har sex. I åldern 30–44 år och 45 – 64 år rapporterade 20 respektive 23 procent av männen och 16 respektive 16 procent av kvinnorna att deras partner oftare bestämmer detta. Totalt svarade 28 procent av männen och 23 procent av kvinnorna att inget av alternativen stämde för dem (se figur 2a).

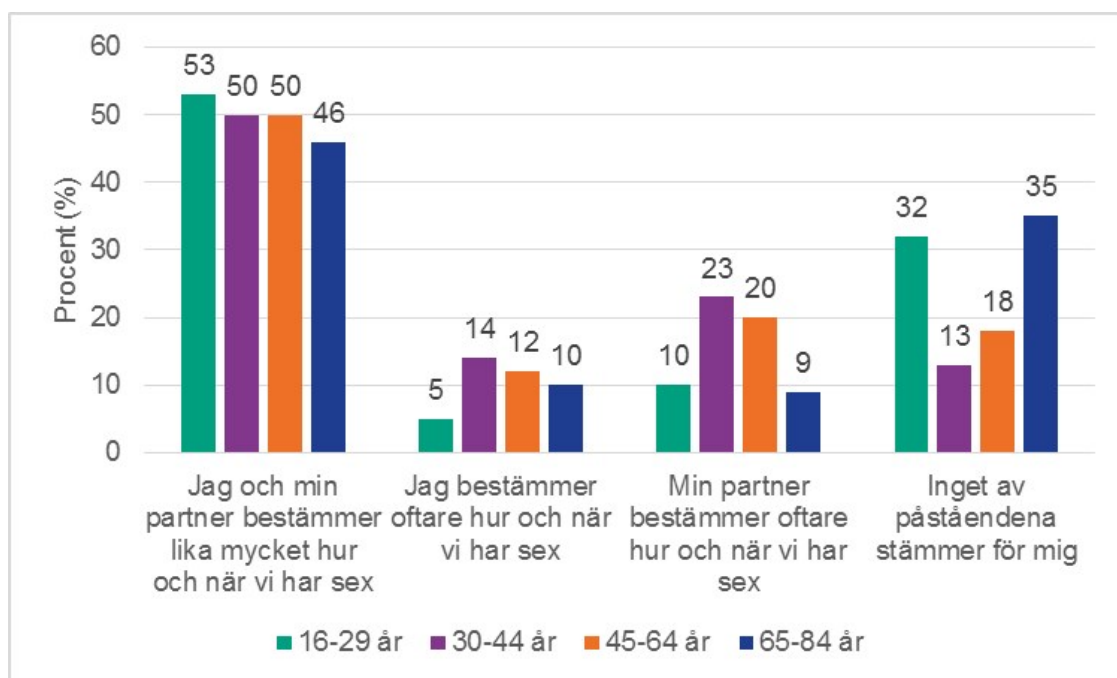
Figur 2a. Andel som upplever att olika parter bestämmer om sex i en relation, per kön (n=14 089). Procent.



Figur 2b. Andel kvinnor som upplever att olika parter bestämmer om sex i en relation, per åldersgrupp (n=7 939). Procent.



Figur 2c. Andel män som upplever att olika parter bestämmer om sex i en relation, per åldersgrupp (n=6 150). Procent.

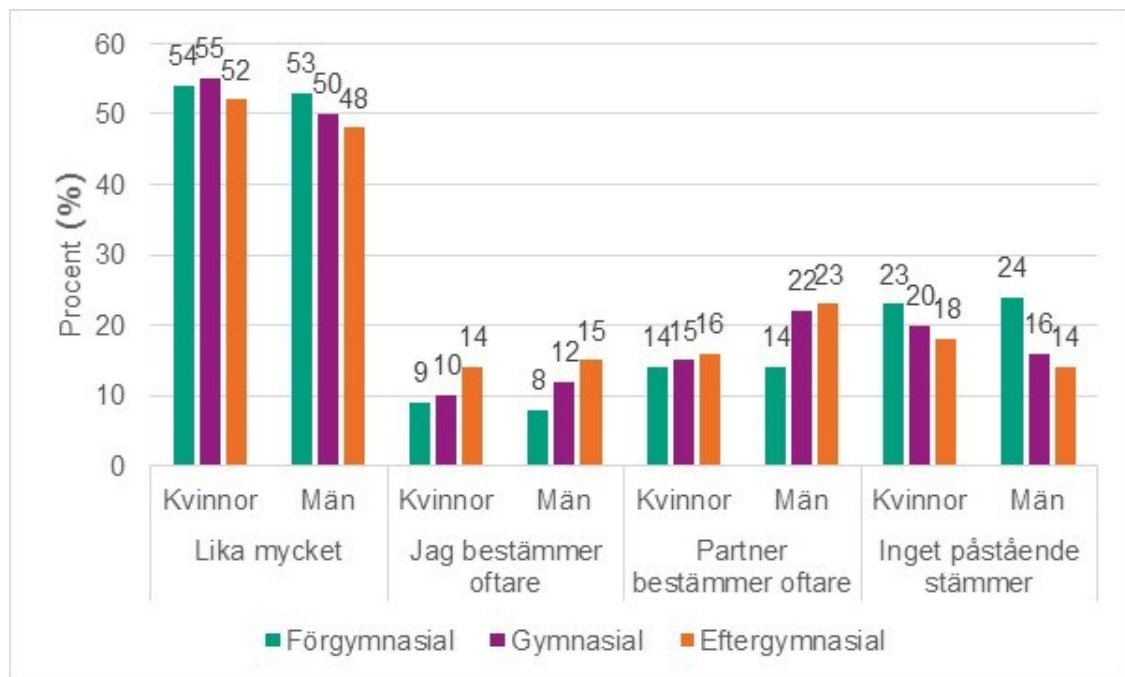


Vissa skillnader sågs mellan olika åldersgrupper. Bland kvinnor utmärkte sig åldersgruppen 30–44 år där högst andel, 16 procent, uppgav att de själva oftare bestämde (se figur 2b). I den äldsta åldersgruppen 64–84 år svarade mer än hälften (52 procent) att det inte fanns något påstående som stämde för dem. Bland män var det vanligast i åldersgrupperna 30–44 och 45–64 år att uppges att partnern oftare bestämmer (se figur 2c).

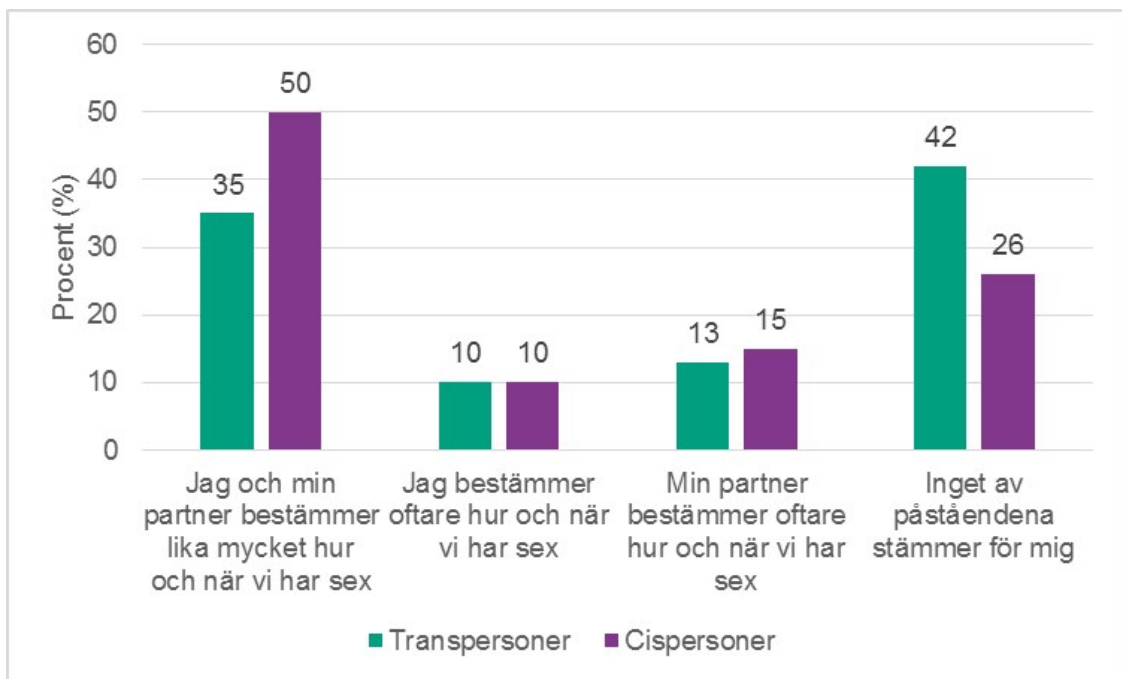
Bland kvinnor med eftergymnasial utbildning var det en högre andel som själva oftare bestämmer (14 procent) jämfört med kvinnor med högst förgymnasial utbildning (9 procent) och kvinnor med gymnasial utbildning (9 procent).

På frågan om vem som oftast bestämmer i ens relation var det vanligare bland män med eftergymnasial utbildning att svara att partnern bestämmer (23 procent), jämfört med män med förgymnasial utbildning (14 procent). Men det var också vanligare bland män med eftergymnasial utbildning att själv oftare bestämma (15 procent), jämfört med män med förgymnasial utbildning (8 procent). Män med förgymnasial utbildning svarade i högre utsträckning att båda bestämmer (53 procent), jämfört med män med eftergymnasial utbildning (48 procent). Likaså var det vanligare för män med förgymnasial utbildning att uppge att inget av påståendena stämmer (24 procent), jämfört med 14 procent bland män med eftergymnasial utbildning.

Figur 2d. Andel som upplever att olika parter bestämmer om sex i en relation i åldrarna 30–64 år, per kön och utbildningslängd (n= 6 945). Procent.



Figur 2e. Andel som upplever att olika parter bestämmer om sex i en relation, bland transpersoner och cispersoner (n=13 964). Procent.

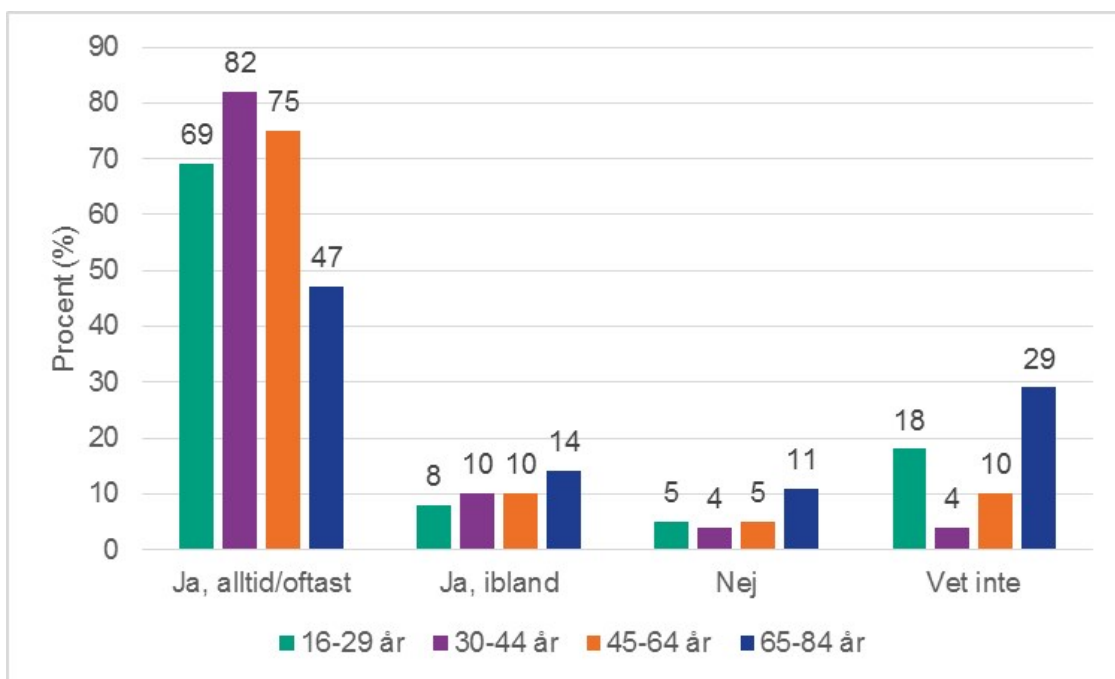


Cispersoner uppgav i högre utsträckning svarsalternativet lika mycket (50 procent) i jämförelse med 35 procent av transpersoner (se figur 2e). Det var också vanligare bland transpersoner att uppgive Inget påstående stämmer (42 procent) i jämförelse med cispersoner (26 procent).

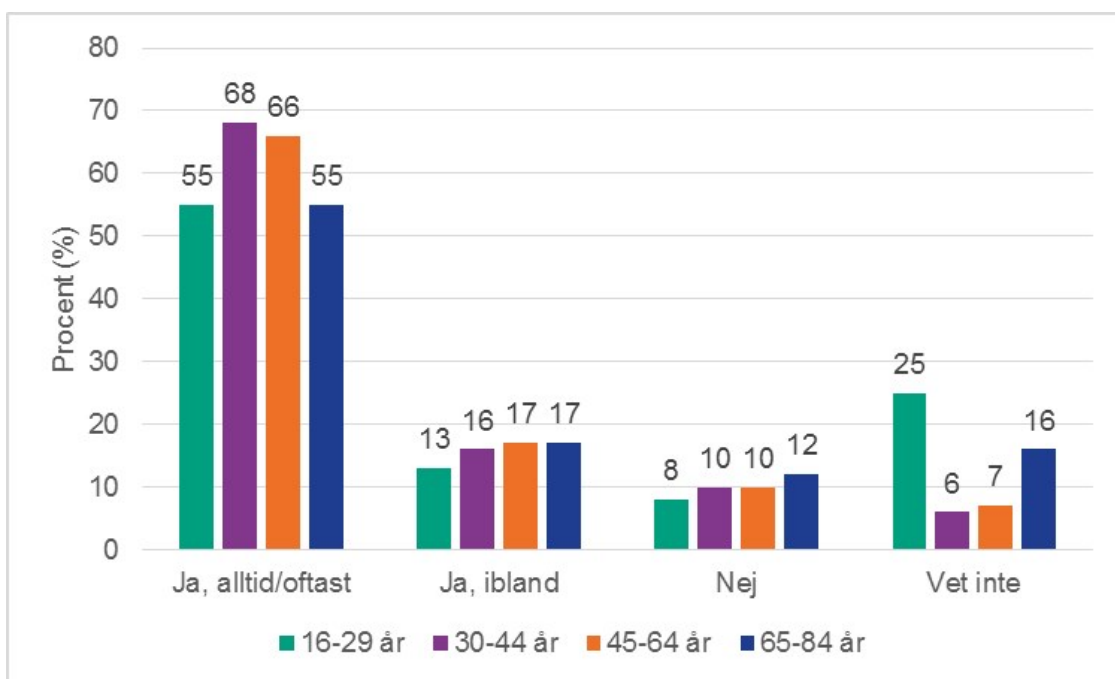
Fri att ta initiativ till sex

Majoriteten svarade att de alltid eller oftast upplever att de är fria att ta initiativ till sex, men andelen var högre bland kvinnor (69 procent) än män (62 procent). Totalt uppgav även en högre andel män (10 procent) än kvinnor (6 procent) att de aldrig eller sällan upplever att de är fria att ta initiativ till sex. Bland kvinnorna uppgav en högre andel i åldern 65–84 år (11 procent) att de aldrig eller sällan kände sig fria att ta initiativ till sex, medan andelen var ungefär densamma bland män oavsett åldersgrupp (se figur 3a–e). Bland de yngsta 16–29 år uppgav en högre andel kvinnor (69 procent) än män (55 procent) att de alltid eller oftast kände sig fria att ta initiativ till sex.

Figur 3a. Kvinnors upplevelser av att vara fria att ta initiativ till sex, per åldersgrupp (n=7 957). Procent.

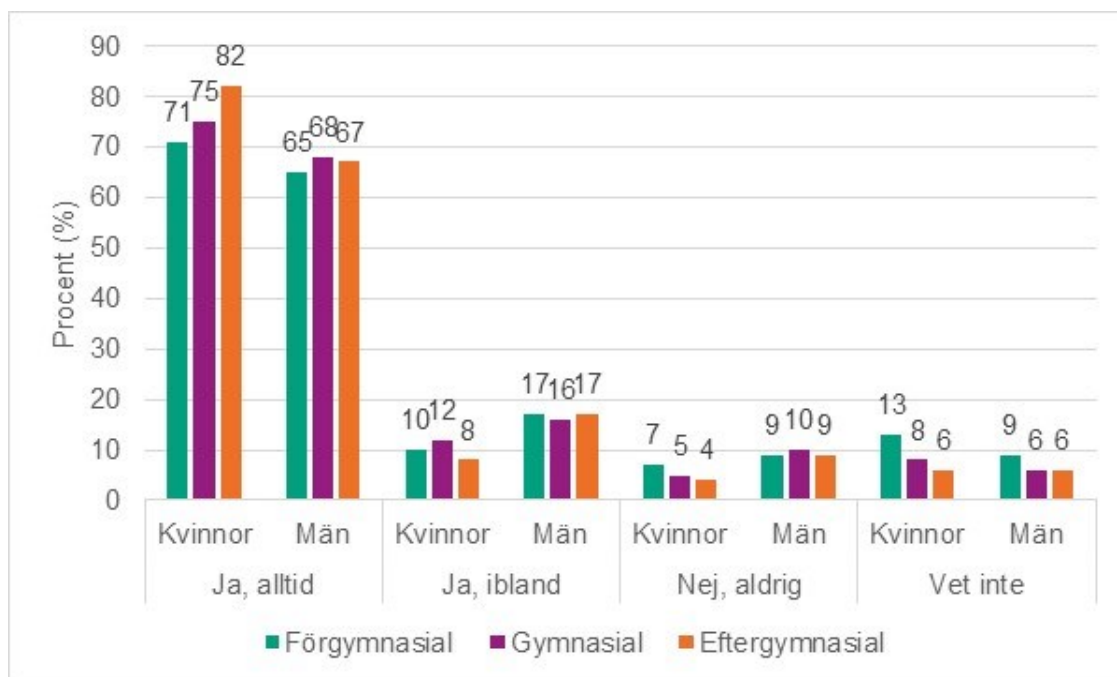


Figur 3b. Mäns upplevelse av att vara fri att ta initiativ till sex, per åldersgrupp (n=6 170). Procent.



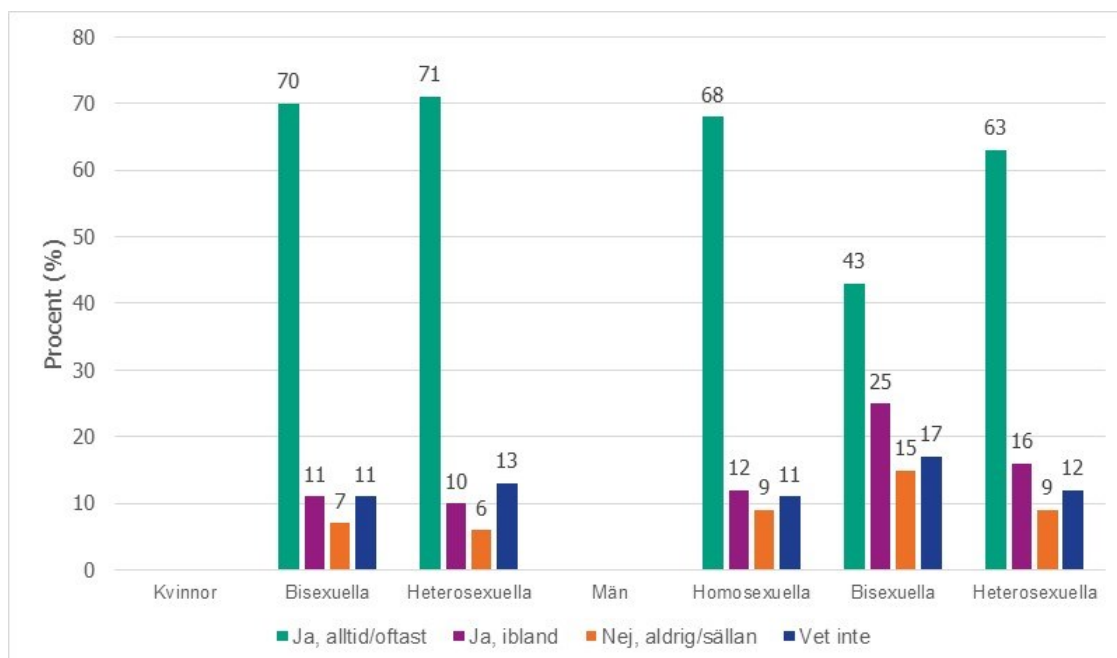
Kvinnor med eftergymnasial utbildning (82 procent) upplever i högre grad att de är fria att ta initiativ till sex i jämförelse med kvinnor med förgymnasial utbildning (71 procent). Det var också ovanligare att kvinnor med eftergymnasial utbildning rapporterade att de aldrig eller sällan upplevde sig fria att ta initiativ till sex (4 procent) i jämförelse med kvinnor med endast förgymnasial utbildning (7 procent). För män fanns inga statistiska signifikanta skillnader utifrån utbildningslängd.

Figur 3c. Kvinnor och mäns upplevelser av att vara fri att ta initiativ till sex i åldrarna 30-64, per kön och utbildningsnivå (n=6 963). Procent.



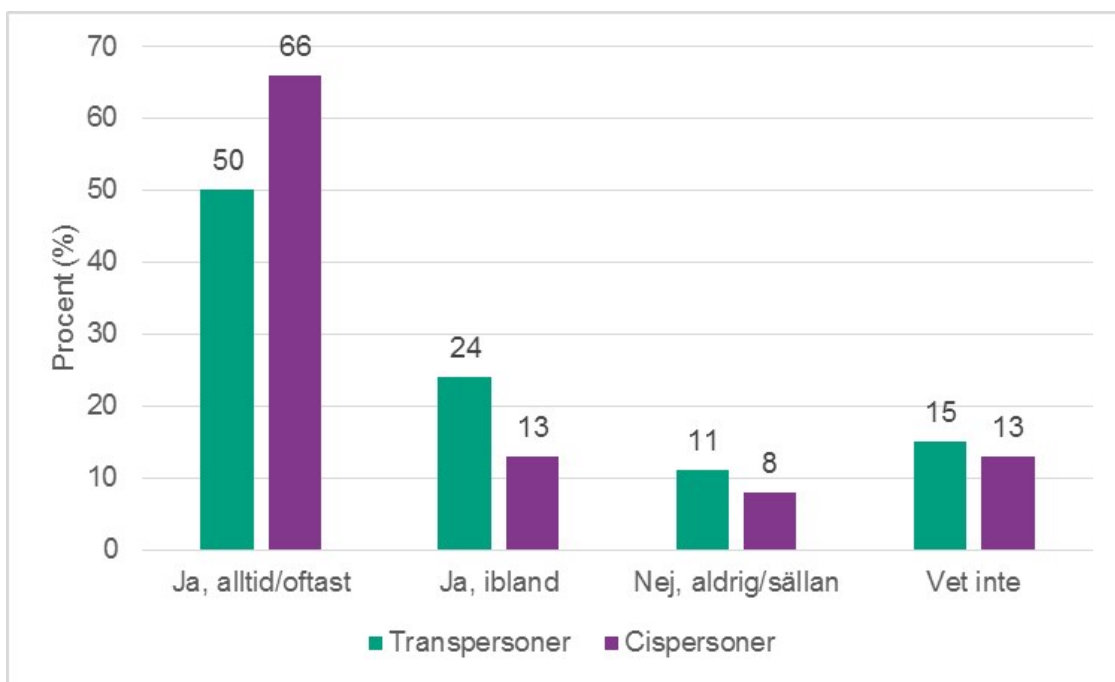
Bisexuella män rapporterade i lägre utsträckning att de kände sig fria att ta initiativ till sex (43 procent) i jämförelse med både heterosexuella (63 procent) och homosexuella (68 procent) män. Det fanns inga signifikanta skillnader utifrån kvinnors sexuella identitet. Homosexuella kvinnor var för få för att redovisas.

Figur 3d. Människors upplevelser av att vara fria att ta initiativ till sex, per kön och sexuell identitet (n=13 268). Procent.



Transpersoner rapporterade i lägre utsträckning att de alltid eller oftast känner sig fria att ta initiativ till sex (50 procent) i jämförelse med cispersoner (66 procent). Det var vanligare att transpersoner svarade "Ja, ibland" i jämförelse med cispersoner (24 och 13 procent).

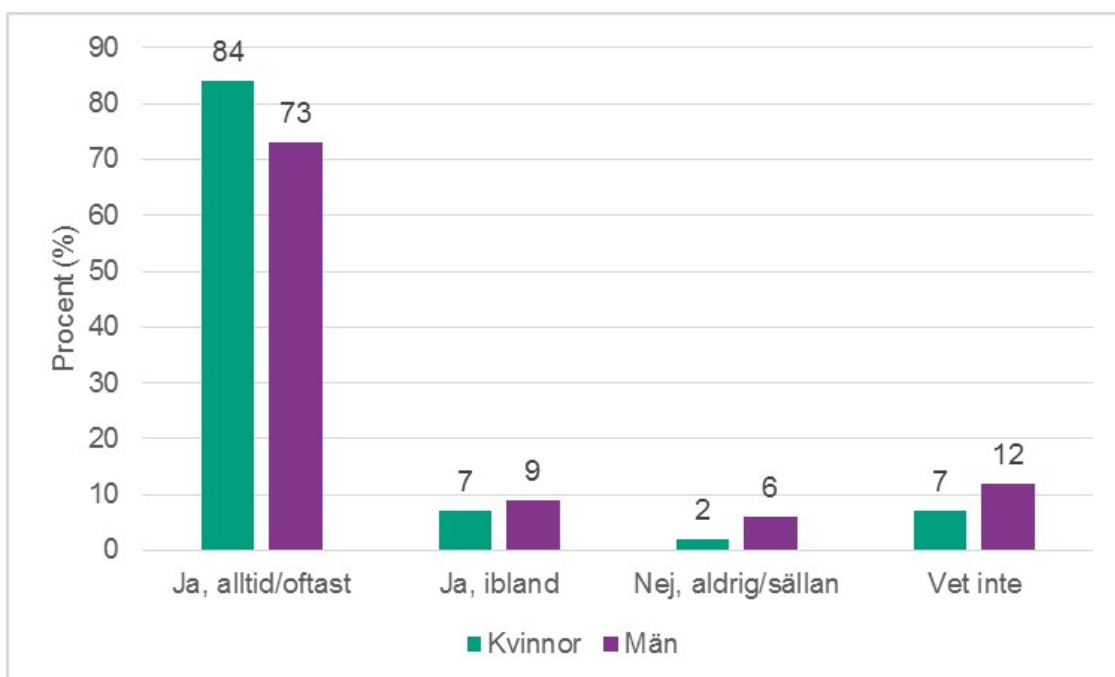
Figur 3e. Människors upplevelser av att vara fria att ta initiativ till sex, bland transpersoner och cispersoner (n=13 997). Procent.



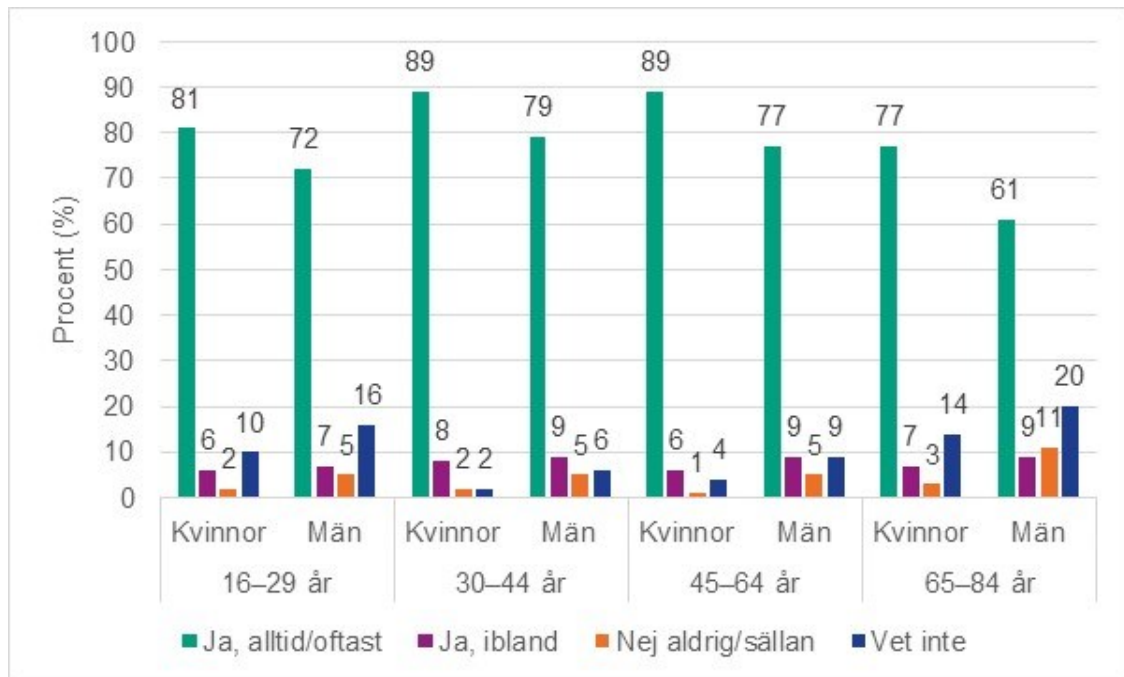
Säga nej till sex

Majoriteten av befolkningen rapporterade att de alltid eller oftast kan säga nej om de inte vill ha sex, men andelen var lägre bland män (73 procent) än bland kvinnor (84 procent) (se figur 4a–d). Totalt uppgav en högre andel män (6 procent) än kvinnor (2 procent) att de aldrig eller sällan kan säga nej, och skillnaden återfanns i alla åldrar förutom i gruppen 16–29 år. Högst andel som upplevde att de aldrig eller sällan kan säga nej återfanns bland män 65–84 år (11 procent). En något högre andel män (9 procent) än kvinnor (7 procent) uppgav att de ibland kan säga nej om de inte vill ha sex.

Figur 4a. Andel som uppger att de kan säga nej till sex, per kön (n=14 120). Procent.



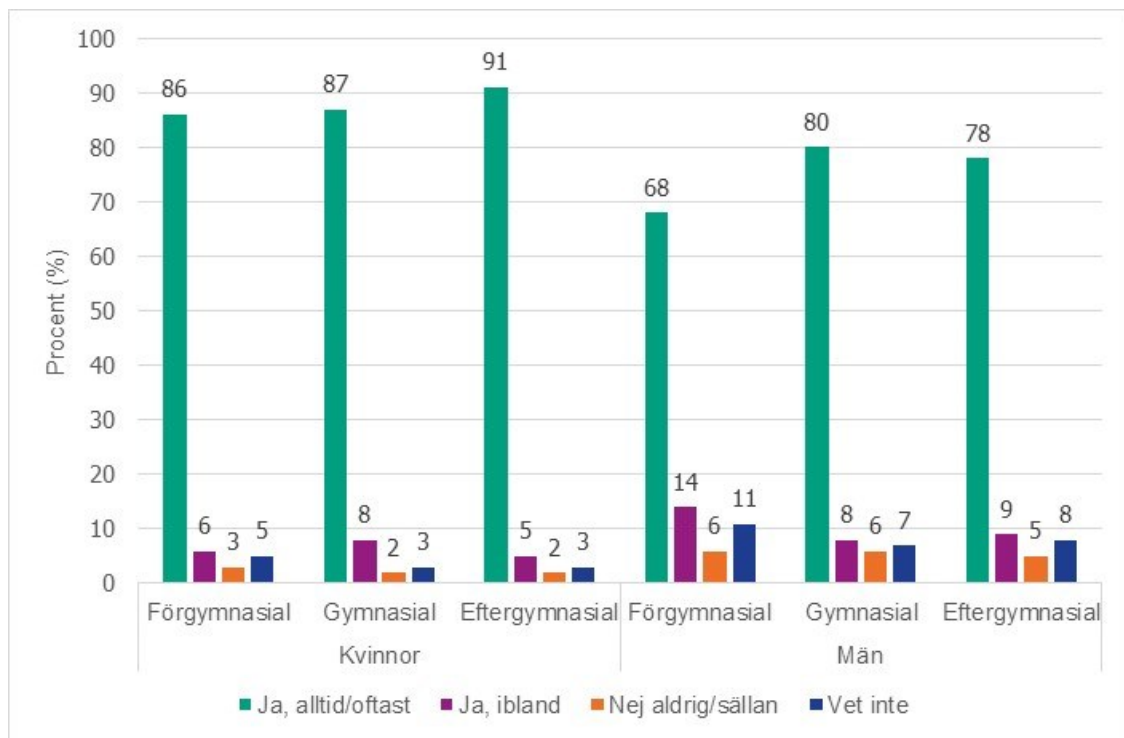
Figur 4b. Andel som uppger att de kan säga nej till sex, per kön och åldersgrupp (n=14 120). Procent.



När svaren delades upp på sexuell identitet så var det var för få homosexuella i vissa grupper för att siffrorna ska redovisas. Inga skillnader sågs mellan hetero- och bisexuella kvinnor respektive män.

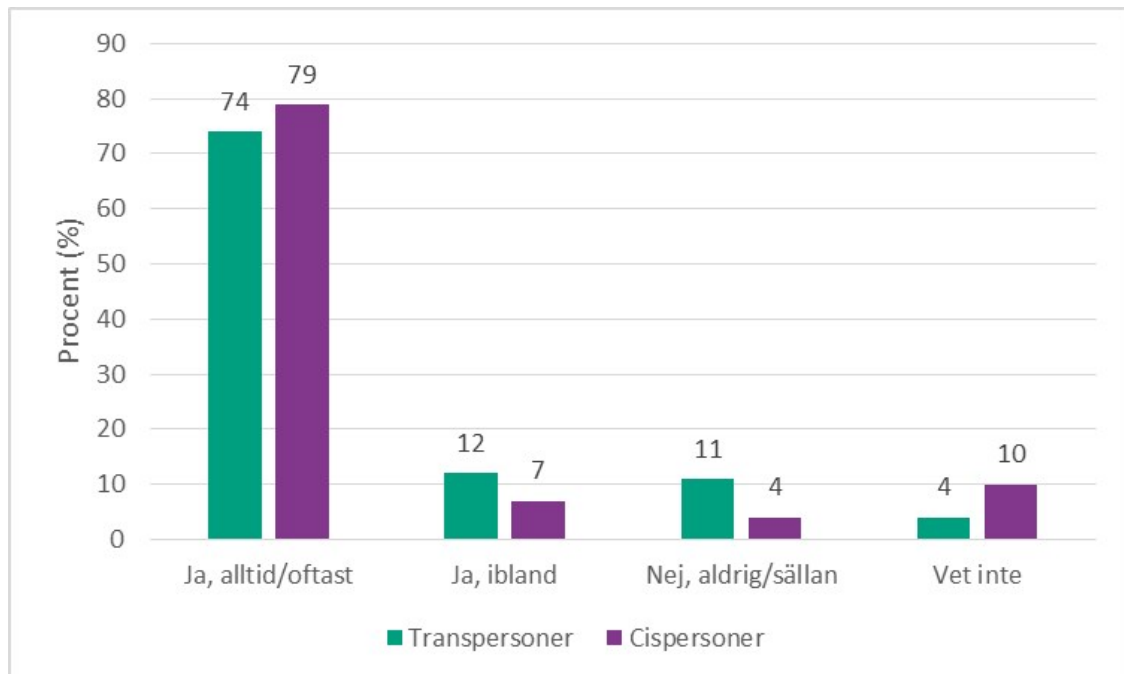
Män med högst förgymnasial utbildning rapporterade i lägre grad att de alltid eller oftast kan säga nej till sex (68 procent) i jämförelse med män med gymnasial utbildning (80 procent) och män med eftergymnasial utbildning (78 procent). Inga statistiskt signifikanta skillnader sågs bland kvinnor.

Figur 4c. Andel som uppger att de kan säga nej till sex i åldrarna 30–64 år, per kön och utbildningsnivå (n=13 589). Procent.



Transpersoner tenderade att i högre utsträckning uppge att de aldrig eller sällan kan säga nej till sex (11 procent) jämfört med cispersoner (4 procent).

Figur 4d. Andel som uppger att de kan säga nej till sex, bland transpersoner och cispersoner (n=13 992). Procent.

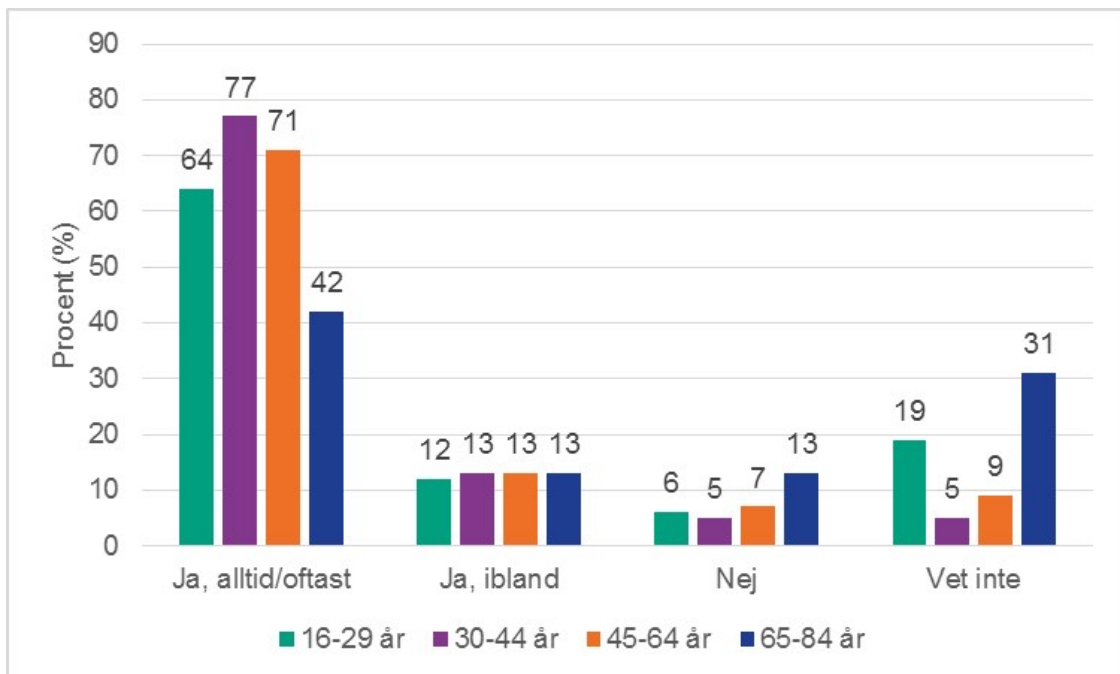


Föreslå hur jag vill ha sex

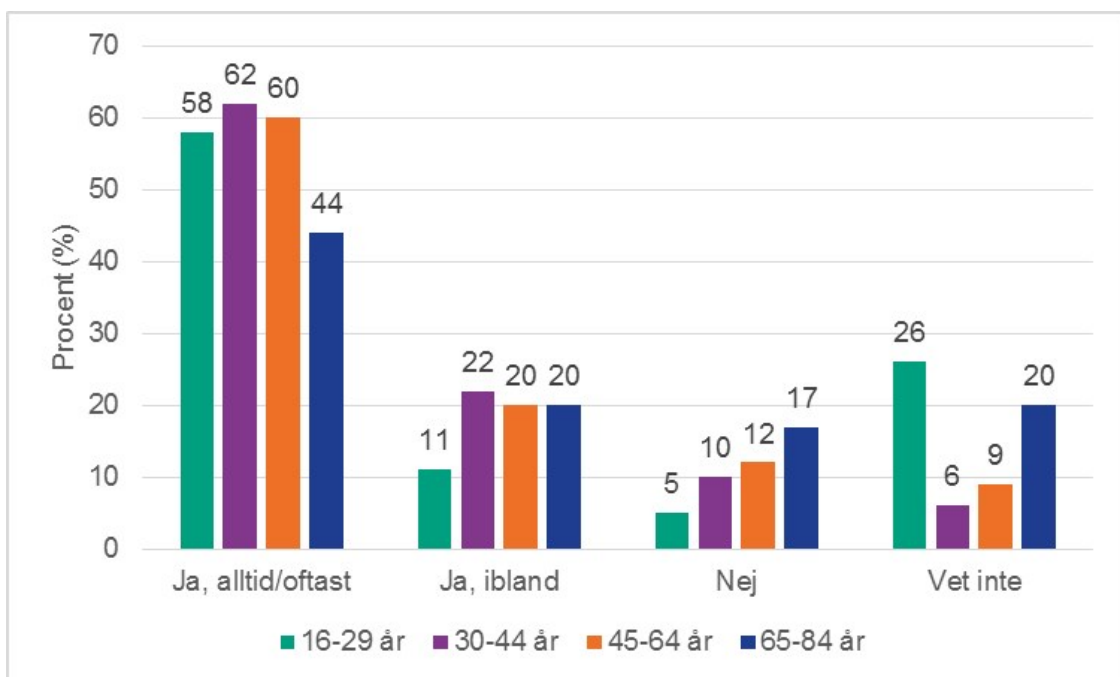
Huvudparten av befolkningen tycker att de alltid eller oftast kan föreslå för en partner hur de vill ha sex, men andelen var högre bland kvinnor (65 procent) än män (57 procent) (se figur 5a–d). Lägst var andelen bland kvinnor och män i åldern 65–84 år (42 respektive 44 procent). I de 3

åldersgrupperna 30–84 år uppgav en högre andel män (20–22 procent) än kvinnor (13 procent) att de ”ibland” kan föreslå hur de vill ha sex. En högre andel män (17 procent) än kvinnor (13 procent) i åldern 65–84 år uppgav att de aldrig eller sällan kan ge sådana förslag. Svaret ”vet inte” var vanligast i den yngsta och den äldsta åldersgruppen.

Figur 5a. Andel som kan föreslå för en partner hur man vill ha sex, kvinnor per åldersgrupp (n=7 908). Procent.



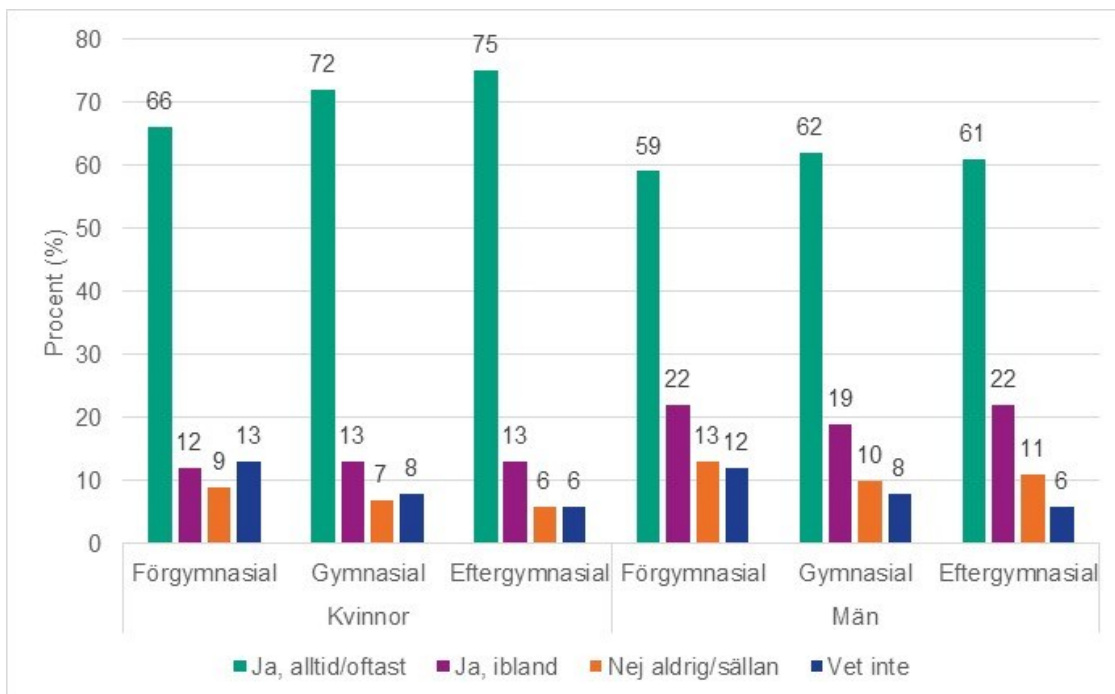
Figur 5b. Andel som kan föreslå för en partner hur man vill ha sex, män, per åldersgrupp (n=6 157). Procent.



Det fanns tendenser till att kvinnor med eftergymnasial utbildning i högre utsträckning kan tala om för sin partner hur de vill ha sex (75 procent), jämfört med kvinnor med endast förgymnasial

utbildning (66 procent). Bland dem med förgymnasial utbildning, båda könen, var det dessutom vanligare att uppge svarsalternativet ”Vet inte” (13 procent av kvinnor och 12 procent av män) i jämförelse med eftergymnasial utbildning (6 procent av både kvinnor och män).

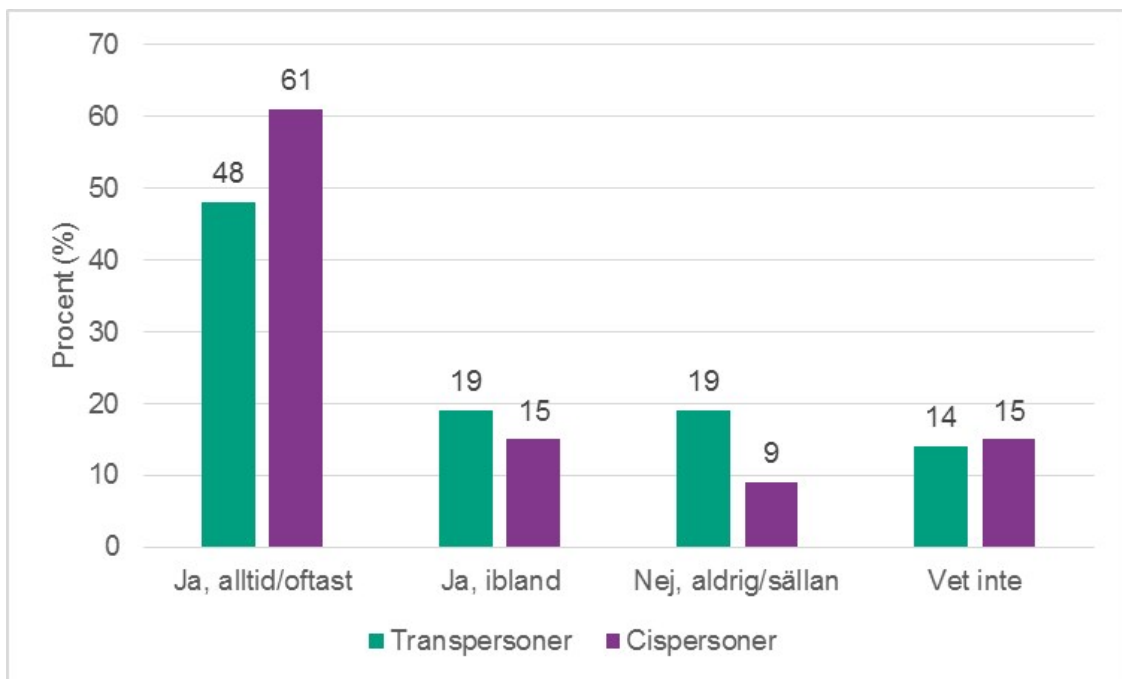
Figur 5c. Andel som kan föreslå för en partner hur man vill ha sex i åldrarna 30–64 år, per kön och utbildningsnivå (n=6 940).



Enda skillnaden utifrån sexuell identitet var att bisexuella kvinnor i högre utsträckning (74 procent) rapporterade att de alltid eller oftast kan föreslå för en partner hur de vill ha sex, i jämförelse med heterosexuella (66 procent) och homosexuella (69 procent) kvinnor (ingen figur visas).

Transpersoner rapporterade oftare att de aldrig eller sällan kan ge sådana förslag (19 procent), jämfört med cispersoner (9 procent) (se tabell 5d). Det var också vanligare att cispersoner uppgav att de oftast eller alltid kunde föreslå hur de vill ha sex (61 procent) jämfört med transpersoner (48 procent).

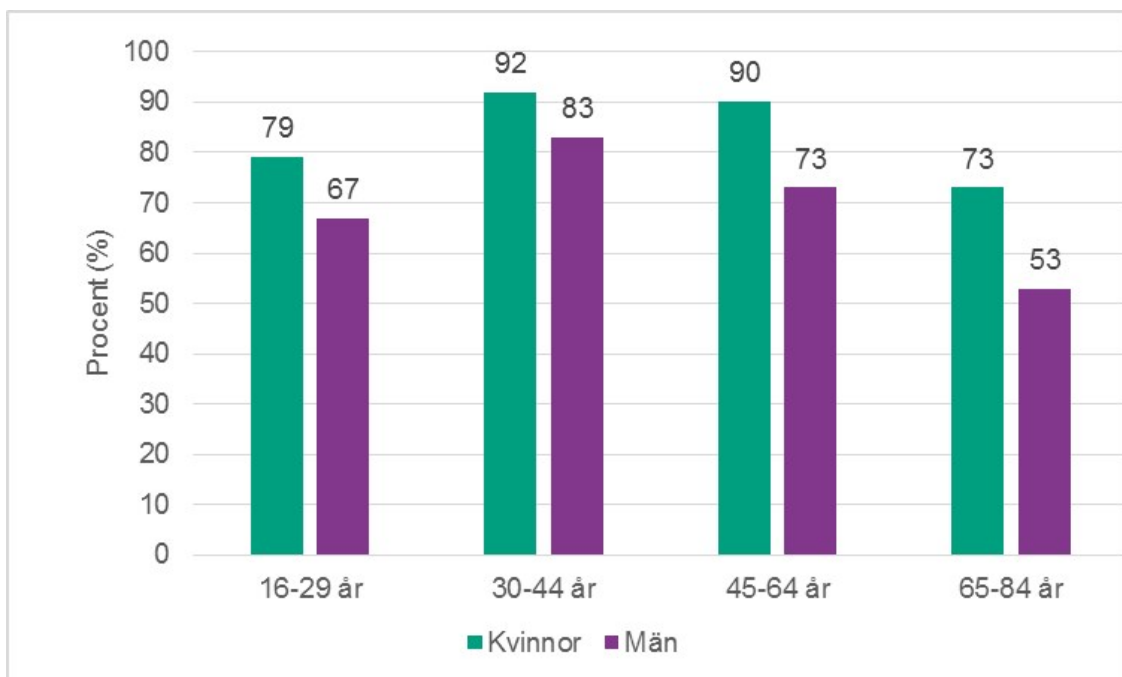
Figur 5d. Andel som kan föreslå för en partner hur man vill ha sex, bland transpersoner och cispersoner (n=13 935). Procent.



Säga ifrån vid sex

En högre andel kvinnor (85 procent) än män (70 procent) uppgav att de alltid eller oftast kan säga ifrån om deras sexpartner vill göra något som inte de vill när de har sex (se figur 6a–c). Könsskillnaden återfanns i alla åldersgrupper. I åldern 65–84 år svarade 73 procent av kvinnorna att de oftast eller alltid kan säga ifrån i sådana situationer, liksom 53 procent av männen. Högst andel som sällan eller aldrig kan säga ifrån återfanns bland män 65–84 år (14 procent).

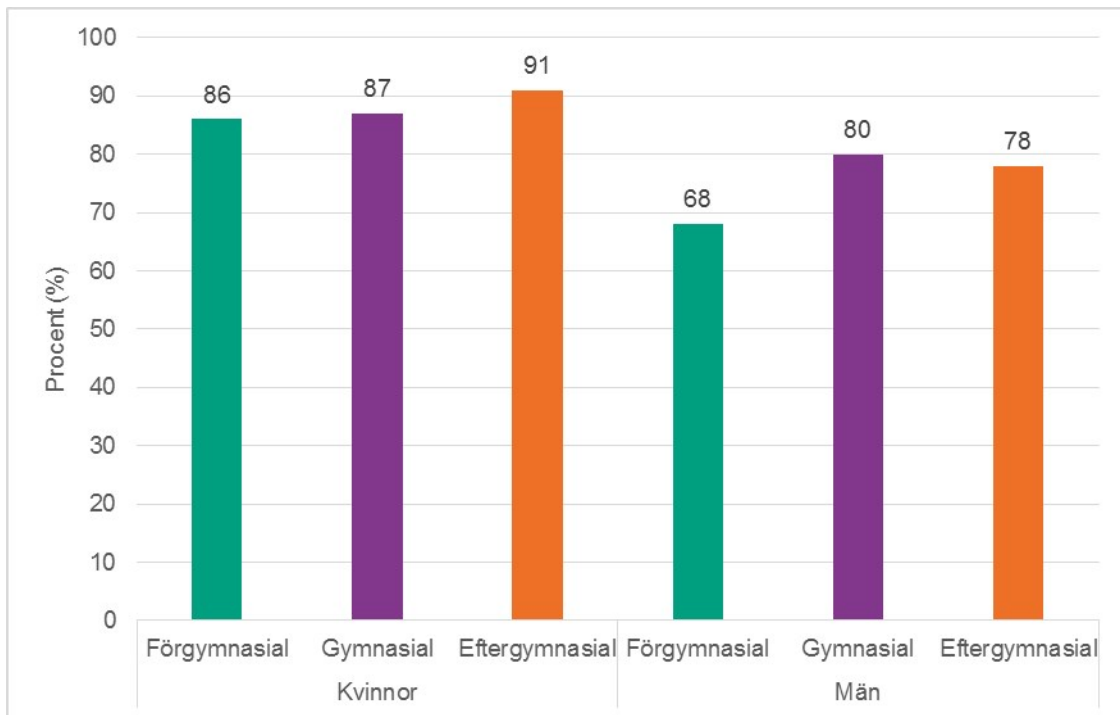
Figur 6a. Andel som alltid eller oftast kan säga ifrån om sexpartnern vill göra något som man själv inte vill göra, per kön och åldersgrupp (n=14 092). Procent.



Det fanns också en stegvis skillnad utifrån utbildningsnivå: ju längre utbildning, desto fler (både kvinnor och män) som rapporterade att de kunde säga ifrån (91 respektive 78 procent av dem

med eftergymnasial utbildning och 86 respektive 68 procent av dem med förgymnasial utbildning).

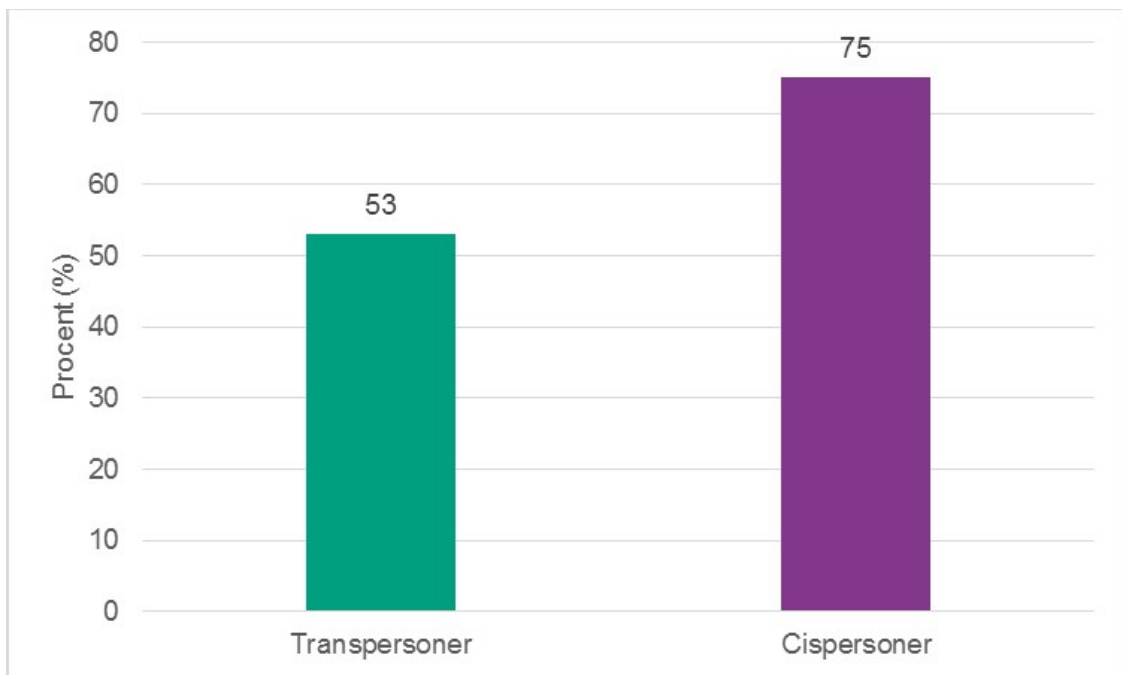
Figur 6b. Andel som alltid eller oftast kan säga ifrån om sexpartnern vill göra något som man själv inte vill göra, per kön och utbildningsnivå (n=13 563). Procent.



Enda skillnaden utifrån sexuell identitet var att homosexuella män (81 procent) i högre utsträckning alltid eller oftast kan säga ifrån om en partner vill göra något man själv inte vill, i jämförelse med heterosexuella män (61 procent).

Transpersoner tenderade i lägre utsträckning att kunna säga ifrån (53 procent) jämfört med cispersoner (75 procent).

Figur 6c. Andel som alltid eller oftast kan säga ifrån om sexpartnern vill göra något som man själv inte vill göra, bland transpersoner och cispersoner (n=13 905). Procent.



Diskussion av resultaten om sex, relationer och egenmakt

En majoritet av Sveriges befolkning tycker att det är viktigt med sex i en relation och att de oftast eller alltid upplever sig fria att ta initiativ till sex samt kan säga nej till sex, kan föreslå för en partner hur de vill ha sex och kan säga ifrån om deras partner vill göra något som de själva inte vill. Dock gäller detta inte alla och det finns också skillnader mellan grupper utifrån kön, ålder och utbildningsnivå.

Män tycker i högre grad än kvinnor att sex i en relation är mycket eller ganska viktigt. Det svaret är också vanligare bland bisexuella kvinnor jämfört med både homo- och heterosexuella kvinnor. I åldersgruppen 30–44 uppgav högst andel av både kvinnor och män att de tycker sex är mycket eller ganska viktig i en relation. Ju högre utbildning, desto högre andel tycker att sex är mycket eller ganska viktigt.

Ungefär hälften av både kvinnor och män uppgav att de och deras partner bestämmer lika ofta hur och när de har sex. Fler män än kvinnor i åldrarna 30–64 år ansåg att deras partner oftare bestämmer detta. En högre andel kvinnor än män känner sig oftast eller alltid fria att ta initiativ till sex samt upplever att de kan säga nej till sex, kan föreslå för en partner hur de vill ha sex och kan säga ifrån om deras sexpartner vill göra något som de inte vill. På samtliga av ovanstående frågor svarade däremot en högre andel män alternativet ja, ibland.

Kvinnor med eftergymnasial utbildning tycker i högre grad att sex är viktigt i en relation, kan oftare ta initiativ till sex och föreslår i högre utsträckning hur de vill ha sex, jämfört med kvinnor med kort utbildning. Det är också vanligare att män med eftergymnasial utbildning själva bestämmer när och hur de har sex jämfört med män med förgymnasial utbildning. Samtidigt anser män med eftergymnasial utbildning att deras partner oftare bestämmer när och hur de ska ha sex. Män med eftergymnasial utbildning kan också i högre utsträckning säga nej till sex, jämfört med män med förgymnasial utbildning.

Få skillnader var signifikanta utifrån sexuell identitet. Bisexuella män rapporterade dock i lägre utsträckning att de känner sig fria att ta initiativ till sex, i jämförelse med hetero- och homosexuella män. Transpersoner kan i lägre utsträckning säga ifrån om en partner ville göra något som de själva inte ville; de kan inte lika ofta säga nej till sex och känner sig i lite mindre grad fria att ta initiativ till sex, i jämförelse med cispersoner.

Resultaten om egenmakt i relation till tidigare studier

Enligt SRHR2017 kan en majoritet av befolkningen säga nej till sex, oavsett kön, ålder, sexuell identitet, transerfarenhet och utbildning. Det är dock vanligare att kvinnor oftast eller alltid kan säga nej, jämfört med män. Oavsett åldersgrupp uppgav åtminstone tio procentenheter fler kvinnor än män att de oftast eller alltid kan säga nej. Sammantaget upplever män i lägre grad än kvinnor att de kan säga nej till sex, kan bestämma hur, hur ofta och när de har sex, kan ta initiativ till sex, kan föreslå hur de vill ha sex eller kan säga ifrån vid sex. Vad beror det på? En anledning kan vara de rådande könsnormerna och bilden av manlig sexualitet som mer aggressiv och initiativtagande (22), vilket resulterar i att kvinnor får rollen att säga ja eller nej till sex. Resultatet i heterosexuella relationer blir att kvinnor bestämmer. Omvänt är det vanligare att män aldrig eller sällan känner att de kan säga nej till sex, i jämförelse med kvinnor. Att neka sex skulle kunna vara att gå emot mansrollen som sexuellt viril (28).

Vidare sågs en tendens till skillnad utifrån utbildningsnivå, där högre andel av både kvinnor och män med eftergymnasial utbildning kan säga nej till sex jämfört med personer med förgymnasial utbildning. Tidigare forskning visar också ett tydligt samband mellan socioekonomi och hälsa, där t.ex. högre utbildning ofta medför bättre hälsa. Utbildningsnivå kan även spegla graden av självbestämmande, tillit till sin egen förmåga och medvetenhet om sina rättigheter, såsom sexuella och reproduktiva rättigheter (29).

Metoddiskussion

Denna undersökning är den första befolkningsstudien med slumpmässigt urval om sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) i Sverige. Många av de tematiska områden som enkäten innefattar är angelägna ur ett samhällsperspektiv och har stark koppling till hälsa. Fortfarande finns dock för lite kunskap om människors syn på och upplevelse av egenmakt i relation till sexualiteten.

En av studiens främsta styrkor är att den bygger på ett representativt urval av den svenska befolkningen. Detta gör att vi kan uttala oss om hela Sveriges befolkning och inte enbart om respondenterna. Svaren har dessutom kompletterats med bakgrundsvariabler från nationella register av hög kvalitet. Vidare tillåter materialet i stor utsträckning att resultatet redovisas uppdelat på kön, ålder, sexuell identitet, transerfarenhet eller utbildningsnivå, vilket är efterfrågat och viktigt för att kunna bidra till ett effektivt folkhälsoarbete. Dock bör den statistik som tas fram tolkas med försiktighet och man bör ha i åtanke att det kan finnas skevheter kvar även efter viktning.

I forskning används begreppet ”sexual compliance” för att beskriva när individer samtycker till att ha sex men egentligen inte känner sexuell lust (7, 9). I vår studie uppgår en majoritet av befolkningen att de kan säga nej till sex, men frågorna och svaren i enkäten räcker inte för att vi ska kunna dra några slutsatser om ”sexual compliance” i den svenska befolkningen. Exempelvis vet vi inte om dessa resultat gäller generellt eller om upplevelsen av sexuell egenmakt beror på

faktorer såsom relationens natur (fast och långvarig jämfört med tillfällig). Många män svarade dock ”ja ibland” på frågan om de bestämmer lika ofta som sin partner, vilket tyder på att sexuell egenmakt beror på situation och kontext.

Det är svårt att mäta socioekonomisk status för hela befolkningen oavsett ålder. I den här rapporten användes utbildningsnivå som en indikation på socioekonomisk status. Nackdelarna är att de yngsta inte hunnit få sin högsta utbildning ännu, och att en gymnasieexamen i dag inte motsvarar till exempel en gymnasieexamen på 1950- eller 1960-talet. Detta har vi till viss del hanterat genom att främst använda åldersgruppen 30–64 år för att studera skillnader utifrån utbildningsnivå.

När svaren ska fördelas efter till exempel både kön och sexuell identitet finns det risk för att varje svarskategori väljs av färre än fem personer. På grund av detta redovisas inte samtliga resultat uppdelade på sexuell identitet och inte heller efter transexfarenhet.

Fortsatt folkhälsoarbete

Alla sexuella handlingar ska vara frivilliga i Sverige, och det är brottsligt att tvinga någon till sexuella handlingar. Frivillighet och samtycke är dessutom en förutsättning inte bara för en god sexuell hälsa, utan även för människors generella välmående, självkänsla och förmåga till återhämtning. Att en majoritet av befolkningen svarar att de kan säga nej till sex är därför en bra förutsättning för god hälsa, men det finns mer att göra så länge det inte gäller hela befolkningen.

Begreppet egenmakt syftar till att en individ ska känna att hen har makt över sin egen situation och de faktorer som påverkar hälsan, och det inkluderar även sexuell egenmakt som även omfattar strukturella aspekter, till exempel möjligheter och resurser. Därför är ett jämlikt och jämställt samhälle en förutsättning. Ett jämlikt samhälle är dessutom grunden för att alla ska kunna uppnå en god sexuell hälsa, utan tvång och diskriminering. Det behövs mer kunskap i samhället om hur sexualitet och samliv påverkas av negativa stereotypa maskulinitetsnormer, heteronormen och andra maktstrukturer kring kön och sexualitet. Som alltid är det viktigt att nå ut med information tidigt och skolan är en arena som når alla. Där bör man tidigt diskutera värdegrunder och etik samt allas rätt att själva bestämma över sin egen kropp. Förutom könsblandade diskussioner behöver pojkar och unga män få utrymme att i en trygg miljö prata om mansrollen och vad det innebär att vara man i dag. Likaså behöver unga tjejer stärkas i sin rätt att själva bestämma över sin kropp.

Slutsatser

En majoritet av befolkningen uppger i den här undersökningen att de kan säga nej till sex om de inte vill, men det gäller inte alla. Män uppgav i högre grad att de aldrig eller sällan kan säga nej till sex, liksom personer med lägre utbildning och bisexuella män och transpersoner.

Så länge inte allt sexuellt umgänge upplevs som helt frivilligt behövs förebyggande arbete. Stereotypa könsnormer behöver diskuteras med alla, men särskilt med pojkar och unga män, för att förändra normer som kopplar samman maskulinitet med initiativtagande, aggressivitet och att alltid vilja ha sex. Frågor om normer och vikten av relationer som bygger på ömsesidighet och frivillighet behöver diskuteras tidigt, och insatser bör göras redan i grundskolan. Samtliga aspekter av begreppet egenmakt och vad det innebär för samliv och relationer bör inkluderas i samtal om värdegrund redan vid tidig ålder.

Referenser

1. Graugaard C. Sexuality as a health-promoting factor - theoretical and clinical considerations. *Nat Rev Urol*. 2017;14(10):577-8. DOI:10.1038/nrurol.2017.117.
2. Wellings K, Johnson AM. Framing sexual health research: adopting a broader perspective. *Lancet*. 2013;382(9907):1759-62. DOI:10.1016/S0140-6736(13)62378-8.
3. Starrs AM, Ezech AC, Barker G, Basu A, Bertrand JT, Blum R, et al. Accelerate progress-sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher-Lancet Commission. *Lancet*. 2018;391(10140):2642-92. DOI:10.1016/S0140-6736(18)30293-9.
4. Riksdagen. En ny sexualbrottslagstiftning byggd på frivillighet 2019 [citerad 0418]. Hämtad från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/arende/betankande/en-ny-sexualbrottslagstiftning-byggd-pa_H501JuU29
5. Nations. U. United Nations Development programme; 2018. Hämtad från: <https://www.undp.org/content/undp/en/home/sustainable-development-goals.html>
6. Houts LA. But Was It Wanted? Young Women's First Voluntary Sexual Intercourse. *Journal of Family issues* 2005.
7. O'Sullivan L, Allgeier LA. Feigning sexual desire: Consenting to unwanted sexual activity in heterosexual dating relationships. *Journal of Sex Research*. 2010;35:3, 234-43.
8. Morgan E, Johnson I, Sigler R. Gender differences in perceptions for women's participation in unwanted sexual intercourse. *Journal of Criminal Justice* 2006;34:515-33.
9. Vannier S, O'sullivan L. Sex without Desire: Characteristics of Occasions of Sexual Compliance in Young Adults' Committed Relationships. *Journal of Sex Reserach*. 2010;47:5:429-39.
10. Impett E, Peplau L. Sexual compliance_Gender, motivational, and relationship perspectives. *Journal of sex research*. 2003;40.
11. Peterson ZD. What Is Sexual Empowerment? A Multidimensional and Process-Oriented Approach to Adolescent Girls' Sexual Empowerment. *Sex Roles*. 2010;62(307).
12. Zimmer-Gembeck MJ, Ducat WH, Boislard-Pepin MA. A prospective study of young females' sexual subjectivity: associations with age, sexual behavior, and dating. *Arch Sex Behav*. 2011;40(5):927-38. DOI:10.1007/s10508-011-9751-3.
13. Fahs B. Performing Sex: The making and unmaking of women's erotic lives 2011. 364 s.
14. Hurlbert DF. The role of assertiveness in female sexuality: A comparative study between sexually assertive and sexually nonassertive women. *Journal of Sex and Marital Therapy*. 1991;17:183-90.
15. Byers S. Beyond the bird and the bees and was it good for you. *Canadian Psychology*. 2011;52:20-8.
16. Montesi J, Fauber R, Gordon E, Heimberg R. The specific importance of communicating about sex to couples' sexual and overall relationship satisfaction. *Journal of Social and Personal Relationships*. 2011;28(5):591-609.
17. Mark KP, Jozkowski KN. The Mediating Role of Sexual and Nonsexual Communication Between Relationship and Sexual Satisfaction in a Sample of College-Age Heterosexual Couples. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2013;39(5):410-27. DOI:10.1080/0092623X.2011.644652.
18. Rehman US, Rellini AH, Fallis E. The Importance of Sexual Self-Disclosure to Sexual Satisfaction and Functioning in Committed Relationships. *The Journal of Sexual Medicine*. 2011;8(11):3108-15. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02439.x>
19. Folkhälsomyndigheten. Sexualitet och hälsa bland unga i Sverige - UngKAB15 – en studie om kunskap, attityder och beteende bland unga 16-29 år. 2017.
20. Crawford M, Popp D. Sexual double standards. *Journal of Sex Reserach* 2003;40.
21. Emmerink O, Van Den Eijnden R, Bogt T, Vanwesenbeeck I. The Impact of Personal Gender-Typicality and Partner Gender-Traditionality on Taking Sexual Initiative: Investigating a Social Tuning Hypothesis. *Frontiers in Psychology*. 2017;8.
22. Iiu H, Waite L, Shen S, Wang D. Is sex good for your health. A national study on partnered sexuality and cardiovascular risk among older men and women. . *Journal of health and social behavior*. 2016;57(3):276-96.
23. Petersen J, Hyde J. A Meta-Analytic Review of Research on Gender Differences in Sexuality, 1993–2007. *Psychological Bulletin* 2010;136(1).
24. Morokoff P, Quina K, Harlow L, Whitmire L, Grimley D, Gibson P, et al. Sexual Assertiveness Scale for women_development and validation. . *Journal of personality and social psychology*. 1997;73(4):790-804.
25. Sanchez D, Fetterolf J, Rudman L. Eroticizing inequality in the United States. The consequences

- and determinants of traditional gender role adherence in intimate relationships. *Journal of Sex Research*. 2012;49(2-3):168–83.
26. Vannier SA, O'Sullivan LF. Communicating interest in sex: verbal and nonverbal initiation of sexual activity in young adults' romantic dating relationships. *Arch Sex Behav*. 2011;40(5):961-9. DOI:10.1007/s10508-010-9663-7.
27. Gagnon J, Simon. W. Sexual scripts. *Society*. 1984;22(1):53-60.
28. Katz J, Schneider M. (Hetero)sexual Compliance with Unwanted Casual Sex: Associations with Feelings about First Sex and Sexual Self-Perceptions. *Sex Roles* 2015;72:451-61.
29. Fishbein M, Triandis H, Kanfer F. Factors influencing behavior and behavior change. *Handbook of health psychology* Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, uppl 2001. s.3-17.

Sexualitet och digitala arenor

I undersökningen SRHR2017 fick ett representativt urval av Sveriges befolkning 16–84 år besvara frågor om bland annat sexualitetsrelaterad användning av internet. Svarsfrekvensen var 31 procent. Resultaten bör, trots kalibreringsvikter, tolkas med försiktighet. Syftet med detta kapitel är att beskriva olika aspekter av hur Sveriges befolkning använder internet i sexualitetsrelaterade syften. Folkhälsomyndigheten redovisar här resultaten utifrån kön, ålder, sexuell identitet och utbildningsnivå. På grund av få respondenter bör resultaten tolkas med försiktighet.

Studien SRHR2017 visar att många kvinnor och män, i alla åldrar, använder internet för sexualitetsrelaterade aktiviteter, till exempel för att söka sexrelaterad information, läsa sexuellt upphetsande texter eller söka partner. Nästan alla aktiviteter var vanligast förekommande bland unga i åldern 16–29 år, för att sedan bli mindre vanliga med stigande ålder. Det finns små eller inga skillnader mellan könen bland unga, men bland äldre är det vanligare att män ägnar sig åt sexrelaterade aktiviteter på nätet. Detta betyder att könsskillnaderna sannolikt kommer att minska över tid.

Majoriteten av 16–29-åringar har sökt sexrelaterad information, och hälften har sökt partner (inte primärt för sex) online, liksom läst texter i upphetsande syfte. Andra aktiviteter var mindre vanliga bland 16–29-åringar. Ungefär 20–25 procent hade sökt sexpartner online, träffat sexpartner online, lagt ut eller skickat bilder eller sexchattat eller haft cybersex på nätet.

I alla äldre åldersgrupper var det vanligare bland män än bland kvinnor att ha sökt sexrelaterad information, sökt en partner (inte primärt för sex), sökt en sexpartner, träffat en sexpartner och läst texter i upphetsande syfte. Det fanns inga större skillnader mellan könen när det gäller att ha köpt sexleksaker på nätet, att ha lagt ut eller skickat bilder eller att ha sexchattat eller haft cybersex på nätet.

Resultat i korthet:

- Att ha sökt en partner på nätet, både sexpartner och för en relation, var vanligast bland yngre och blev mindre vanligt med stigande ålder. Det var i alla åldrar vanligare att män sökt en partner eller sexpartner på internet.
- Det var vanligare bland yngre personer att ha lagt ut eller skickat bilder eller filmer med sexuellt innehåll via internet. Det fanns inga skillnader mellan könen vad gäller dessa erfarenheter.
- Att läsa texter i upphetsande syfte var vanligt bland yngre och andelarna sjönk med stigande ålder. Det fanns ingen skillnad mellan könen bland 16–29-åringar, och i övriga åldersgrupper var det vanligare att män hade läst texter med sexuellt innehåll.
- Totalt 20 procent av män och 17 procent av kvinnor har haft cybersex. Att ha sexchattat eller haft cybersex var vanligast i gruppen 16–29 år, där en tredjedel hade erfarenhet av detta. Bland unga fanns inga skillnader mellan män och kvinnor.
- Det är vanligare bland homo-, bisexuella och queer-personer att ha sökt en partner via internet.

Internetanvändning och hälsa

Svenskarna är ett allt mer digitaliserat folk och internetanvändning är en del av vardagen för de allra flesta. I undersökningen Svenskarna och internet 2017 konstateras att så gott som alla upp till pensionsåldern regelbundet använder internet. Sammantaget är det över 99 procent av befolkningen i arbetsför ålder, 16–65 år, som använder internet, och bland 16–25-åringarna använder i princip alla en smart mobiltelefon. I åldrarna upp till 55 år använder så gott som alla internet (mer än 99 procent), och sedan sjunker andelen internetanvändare med stigande ålder: 98 procent i gruppen 56–65 år och 92 procent i åldern 66–75 år. I befolkningen som är 76 år och äldre använder ungefär hälften internet. Fler än 8 av 10 (85 procent) använder internet i mobilen (1).

Omfattningen av internetanvändningen har också ökat över tid. Till exempel använder 79 procent av 18-åriga pojkar internet i mer än tre timmar per dag. Utvecklingen av smarta mobiler och olika sociala medier innebär att många fler aspekter av livet förs i och genom olika digitala, ofta mobila, medier (2).

Internet är en arena där likasinnade kan hitta varandra och kommunicera, vilket särskilt kan gynna minoritetsgrupper. Till exempel kan hbtq-personer möta andra hbtq-personer oavsett var man bor. Likaså underlättar internet för äldre och för människor med olika typer av funktionsnedsättningar, som får möjligheter att vara socialt delaktiga utan att behöva ta sig från hemmet. Internet innebär också möjlighet uttrycka sig sexuellt och delta i sexuella aktiviteter som avviker från normer offline, utan att riskera att utsättas för sociala sanktioner.

Genom internet är det också enkelt att hitta information om hälsa och hälsofrämjande beteenden. Internet och dess möjligheter kan med andra ord vara hälsofrämjande, vilket kan gynna folkhälsan. Samtidigt finns aspekter av internetanvändning som kan innebära nackdelar ur ett hälsoperspektiv, såsom alltmer stillasittande eller att människor blir socialt isolerade och mer lever sina liv online. Dessutom finns negativa aspekter av sexuell aktivitet på internet, exempelvis sexuella trakasserier eller sexmobbing. Mobbing på nätet (cyberbullying), och den del av fenomenet som kallas sexmobbing på internet (sexual cyberbullying), är ett relativt nytt fenomen och den vetenskapliga litteraturen på området är ännu begränsad. Sexmobbing på nätet kan beskrivas som sexuellt aggressivt eller tvingande beteende som sker genom användning av elektroniska media, exempelvis sms, social medier eller appar i mobiltelefoner. Den forskning som gjorts har visat att fenomenet förekommer både bland ungdomar och bland vuxna (3).

Elektroniskt material, det vill säga bilder, texter och filmer, har potential att spridas mycket snabbt till väldigt många människor. Att bli utsatt för sexuell mobbing på nätet kan skapa skamkänslor och även en känsla av att inte kunna fly undan. Den forskning som gjorts på området har visat att detta kan få negativa psykologiska och sociala konsekvenser (3, 4). Det saknas ännu studier som undersökt sambandet mellan sexuell mobbing på internet och fysiska sexuella trakasserier och övergrepp.

Sexrelaterade aktiviteter på internet

Internet är tillgängligt för i princip alla, hela tiden, och har blivit en allt viktigare arena för aktiviteter som är relaterade till sexualitet. Sådana aktiviteter inkluderar bland annat informationssökning, kontaktmöjligheter, nätdejting och sexchattande. Nätet erbjuder möjligheter

att på olika sätt reflektera kring och experimentera med sexuella fantasier och identiteter.

Internetsexualitet (internet sexuality) innefattar sexualitetsrelaterade aktiviteter på internet (online sexual activities) och avser internetbaserade aktiviteter, material och beteenden som är sexuella till sin karaktär (5). Forskning visar att internetsexualitet inte ska betraktas som en form av virtuell pseudosexualitet som står i kontrast till ”riktigt” sex, eftersom sexualitetsrelaterade aktiviteter online ofta är sammankopplande med sexuella aktiviteter offline. Ett exempel är dejtingssajter och dejtingsappar där kontakter knyts online och sexuella möten sker offline (6).

Internet, när det används på ett kompetent sätt, erbjuder dess användare möjligheter att tillfredsställa sina sexuella behov på konstruktiva sätt. Användare kan till exempel förbättra sin sexuella kommunikation, lära sig om säkrare sex – och därmed skydda sig mot sexuell överförda infektioner – eller anonymt diskutera sexuella frågor med andra. Att använda internet i sexuella syften på ett ”kompetent” sätt kräver dock vissa färdigheter, och även kompetenta användare kan drabbas av problematiskt nätbaserat innehåll eller utsättas för beteenden som de själva inte kan kontrollera, till exempel trakasserier. Dessutom varierar kvaliteten på sexrelaterad information på internet och det är inte alla webbplatser som presenterar kvalitetssäkrad information. Detta kräver också viss kompetens i källkritik (6).

Många studier av sexualitetsrelaterade aktiviteter på internet har fokuserat på möjliga negativa effekter, och det finns för lite kunskap om möjliga positiva effekter (6). Individer som ägnar sig åt sexualitetsrelaterade aktiviteter på nätet kan ses som aktiva användare som medvetet och selektivt använder, tolkar och skapar innehållet i aktiviteter, samtidigt som de påverkas av detsamma. Aktiviteterna kan få både positiva och negativa konsekvenser, beroende på hur internet används och vilka sociala kontexter som användarna befinner sig i. Till exempel kan internetsexualitet påverka människors sexuella attityder och möjliggöra politisk aktivism hos sexuella minoriteter, eller användas för att sprida hälsofrämjande budskap när det sexuell hälsa. Men internet kan också nyttjas för sexuella trakasserier och övergrepp.

Internet som arena, med dess karakteristika och anonymitet, har gjort det attraktivt att hänge sig åt sexuella beteenden som offline skulle hamna utanför det ”normala” enligt samhällets normer. Det har alltså blivit lättare att utforska och uttrycka sin sexualitet med mindre risk för negativa personliga konsekvenser. Internet har i detta avseende inneburit en sexuell revolution, speciellt för vissa grupper. Detta uppfattas generellt som positivt men det finns också potentiella risker med internet (7).

De olika typerna av internet-aktiviteter som rör sex kan delas in i 6 olika grupper, enligt Daneback m.fl. (8):

- Informationssökning rörande sex och sexualitet
- Underhållning av sexuell karaktär
- Kontaktsökande
- Mötesplatser för sexuella minoriteter
- Försäljning och köp av sexuella produkter (exempelvis sexleksaker och filmer)
- Sexarbete.

I detta kapitel utelämnas sexarbete. Att köpa och sälja sexuella tjänster via internet behandlas i kapitlet Sex mot ersättning. Följande nätbaserade sexualitetsbaserade aktiviteter berörs i det här

kapitlet:

- Informationssökning rörande sex och sexualitet
- Sexuell underhållning, i detta fall i form av texter och att lägga eller skicka filmer eller bilder med sexuellt innehåll
- Kontaktsökande, vilket inkluderar sökt partner, sökt sexpartner, träffat sexpartner sexchattande eller cybersex
- Sexuella produkter, vilket rör köp av sexleksaker.

Information rörande sex och sexualitet innefattar både webbplatser med sexualkunskap, eller råd och hjälp för sexuell kommunikation, liksom olika forum där användare delar frågor och erfarenheter med varandra (9). För minoritetsgrupper såsom funktionsnedsatta kan internet erbjuda tillgång till sexrelaterad information och en möjlighet till social inklusion (10).

Sexuell underhållning på nätet kan innebära att ta del av sexuellt material på internet, men även att själva producera texter bilder eller filmer som delas med andra.

Sexuella kontakter på internet gäller både kontakter där det sexuella mötet sker på nätet, så kallat cybersex, och kontakter som knyts på nätet inför ett fysiskt sexuellt möte. Cybersex är när parterna hetsar upp varandra genom att skicka texter, bilder eller filmer, ofta i samband med onani (11). Med cybersex undviker man flera risker som är förknippade med sex offline, till exempel oönskade graviditeter, sexuellt överförda infektioner och våld. Cybersex kan även ge både emotionell och sexuell intimitet, och deltagarna kan ha sexuella upplevelser på säkra och lekfulla sätt, vilket kan stärka den sexuella egenmakten (12). Samtidigt finns konstaterade risker, till exempel tvångsmässig upptagenhet av cybersex, vilket hänger samman med andra typer av sexrelaterade aktiviteter på internet, såsom frekvent användning av pornografi (11). En annan risk är situationer där cybersex inte bygger på ömsesidigt samtycke, och när vuxna utger sig för att vara ungdomar för att inleda sexuella kontakter med minderåriga (13).

Den andra typen av sexuella kontakter via internet är de där kontakten skapas på nätet i syfte att personerna sedan ska träffas fysiskt. Att söka partner via nätet, för en relation eller primärt för sex, har fördelar till exempel för personer som lever geografiskt isolerat eller personer som söker parter för specifika sexuella praktiker. Kontakt via internet ger dock möjlighet att ständigt söka efter fler eller bättre sexpartner, vilket kan leda till tvångsmässigt beteende. Risken för sexuellt överförda infektioner (STI) i samband med internetkontakter har också studerats. En del studier visar att det finns en förhöjd risk eftersom individer som söker sexpartner online tenderar vara mer sexuellt aktiva och ta fler sexuella risker (14, 15). Andra studier har inte funnit att någon skillnad i risken för STI beroende på om man söker partner via internet jämfört med utanför internet (16).

På internet finns ett stort utbud av sexleksaker, kondomer och olika typer av hjälpmedel. Tillgängligheten och synligheten kan bidra till att normalisera sexprodukter eftersom stora delar av befolkningen enkelt kan komma i kontakt med och köpa sådana produkter på ett diskret sätt (17).

En studie bland universitetsstudenter i Tyskland, Sverige, USA och Kanada visade att flera sexuella aktiviteter online är vanliga och det fanns få skillnader mellan länderna. Till exempel hade 90 procent sökt sexrelaterad information, 77 procent hade tagit emot sexuellt stimulerande filmer eller bilder och 7 procent hade delat egenproducerat sexuellt material. En tredjedel hade

erfarenhet av cybersex. Knappt hälften hade sökt efter sexuella produkter (sexleksaker, kondomer, glidmedel etc.) och 27 procent hade köpt sexuella produkter på nätet. Det fanns få skillnader mellan kvinnor och män när det gäller sexuella beteenden online, vilket ligger i linje med resultat från flera andra studier. En aktivitet skiljer sig dock från övriga sexrelaterade aktiviteter på internet – att titta på pornografi, vilket är vanligare bland män (18).

Problematiskt sexuellt internetanvändande

Förekomsten av och karaktären på problematiskt sexuellt internetanvändande har undersökts bland ett icke-slumpmässigt urval av unga internetanvändare i Sverige (19). Totalt 5 procent av kvinnorna och 13 procent av männen rapporterade någon typ av problem i relation till användning av internet i sexuella syften. De uppgav exempelvis att de hade svårt att kontrollera den sexrelaterade internetanvändningen (sexually related internet use), mådde dåligt på grund av sin sexrelaterade internetanvändning, kände sig beroende av internet och skulle söka behandling om sådan fanns. Av personerna med problem var det 2 procent av kvinnorna och 5 procent av männen som upplevde allvarliga problem. Problematiskt sexuellt internetanvändande hade också signifikant samband med negativa erfarenheter av sexuellt internetanvändande, frekvent konsumtion av pornografi och religiositet. Att titta på, liksom att skicka och ta emot pornografi, var också starkt kopplat till upplevda problem, liksom att ha ett specifikt pornografiskt intresse. (19)

Tidigare studier i Sverige

En av de tidigaste studierna på området internet och sexualitet i Sverige genomfördes 2003 av Cooper et al. Data samlades in via enkäter på en då populär svensk webbplats. Resultatet visade att 75 procent av respondenterna ägnade sig åt aktiviteter som var relaterade till sexualitet på internet. Fördelningen mellan män och kvinnor var jämn, förutom när det gällde att titta på erotiska bilder och filmer; 69 procent av männen och 20 procent av kvinnorna tittade på erotiskt material på nätet. Den vanligaste aktiviteten bland män var också att titta på erotiska bilder eller filmer. Erfarenhet av att informera sig själv om sex eller söka professionell vård skiljde sig också bland könen och detta var vanligare bland kvinnor (24 procent) än män (15 procent). Fler män använde nätet för att leta efter sexpartner, 29 procent jämfört med 21 procent bland kvinnor. Erfarenheterna bland könen var relativt lika när det gäller övriga sexrelaterade aktiviteter på internet, till exempel uppgav 38 procent män och 37 procent kvinnor att man letade efter kärlekskontakter. Vidare var det 33 procent av männen och 30 procent av kvinnorna som läste erotiska texter, och 13 procent av männen och 15 procent av kvinnorna hade köpt sexrelaterade produkter på nätet (20).

I undersökningen ”Sex i Sverige” från 1996 ställdes inga frågor om internet (21). I ungdomsenkäten, en rikstäckande urvalsundersökning som genomfördes av dåvarande Ungdomsstyrelsen 2009 svarade totalt 8 procent av 16–25-åringarna att de lagt ut sexiga bilder på sig själva på internet. Det var lite vanligare bland tjejer: 9 procent jämfört med 6 procent bland killar. Att ha tagit emot sexiga bilder var mindre vanligt, 3 procent, och det fanns inga skillnader mellan könen. Totalt hade 17 procent kommit i kontakt med någon på nätet som de sedan haft sex med offline, och där fanns ingen skillnad mellan tjejer och killar (22).

Enligt rapporten ”Svenskarna och internet 2017” är nätdejting vanligast i 16–25-årsåldern (1). Var tredje 16–25-åring hade använt dejtingssajter under det senaste året och ytterligare 11

procent hade gjort det tidigare, totalt mer än fyra av tio. Intresset för att använda dejtingssajter är förknippat med civilståndet: 35 procent av de ensamstående och 17 procent av de frångående hade använt dejtingssajter under det senaste året, medan ingen av de gifta uppgav att de hade gjort det.

Sammanfattningsvis tyder mycket på att kvinnor och män i alla åldrar och oavsett sexuell identitet använder internet för sexuella syften (7), till exempel för att få information, hitta partner eller se på pornografi. En studie från 2009 bland personer som använder internet för sexuella aktiviteter, visade att en femtedel upplevde att deras sexuella önskningar i hög utsträckning tillfredsställdes genom sexualitetsrelaterade aktiviteter på internet. 59 procent upplevde att deras sexuella önskningar uppfylldes i liten utsträckning via internetbaserade sexuella aktiviteter. När det gäller kön och sexuell identitet fanns ingen skillnad mellan dessa och personer som inte upplevde tillfredsställelse av sexuella önskningar (8).

Metodbeskrivning och frågorna om sexualitet och digitala arenor

I detta kapitel redovisas hur stor andel av befolkningen som använder internet för syften som rör sex och sexualitet, till exempel för att söka information om sex på nätet, söka efter sexpartner eller titta på filmer eller bilder med sexuellt innehåll.

Resultatet baseras på undersökningen SRHR2017 som genomfördes 2017 av Folkhälsomyndigheten i samarbete med Statistiska centralbyrån och Enkätfabriken AB. Enkäten skickades ut till ett slumpmässigt stratifierat urval om cirka 50 000 individer i befolkningen. Svarsfrekvensen var 31 procent. Det slutgiltiga antalet respondenter var 14 547, varav 8 176 kvinnor och 6 371 män. Bortfallet var skevt, med högre bortfall bland exempelvis personer med lägre utbildning och personer med utländsk härkomst. Skevheterna är i linje med andra jämförbara undersökningar och har hanterats med viktning för att svaren i möjligast mån ska representera Sveriges befolkning. Dock bör den statistik som tas fram tolkas med försiktighet och man bör ha i åtanke att det kan finnas skevheter kvar även efter viktning.

Resultaten presenteras framför allt ur ett jämställdhetsperspektiv, där skillnader mellan grupper utifrån kön och ålder visas. Sammanfattande resultat redovisas för sexuell identitet, där homo- och bisexuella liksom queera personer ingår. Även kortfattande resultat utifrån utbildningsnivå presenteras. Följande tre kategorier har använts: förgymnasial utbildning (9 år eller färre), gymnasial utbildning (10–12 år), och eftergymnasial utbildning (13 år eller mer).

I enkäten SRHR2017 ställdes frågan ”Har du någon gång ägnat dig åt följande aktiviteter via internet?”

- Sökt information om sex eller sexrelaterade ämnen
- Sökt partner, ej primärt för sex
- Sökt sexpartner
- Träffat sexpartner
- Lagt ut eller skickat filmer eller bilder med sexuellt innehåll
- Köpt sexleksaker

- Läst texter i upphetsande syfte
- Sexchattat eller haft cybersex.

Svarsalternativen som gavs var ”Ja, en gång”, ”Ja, flera gånger”, ”Ja, regelbundet” och ”Nej, aldrig”.

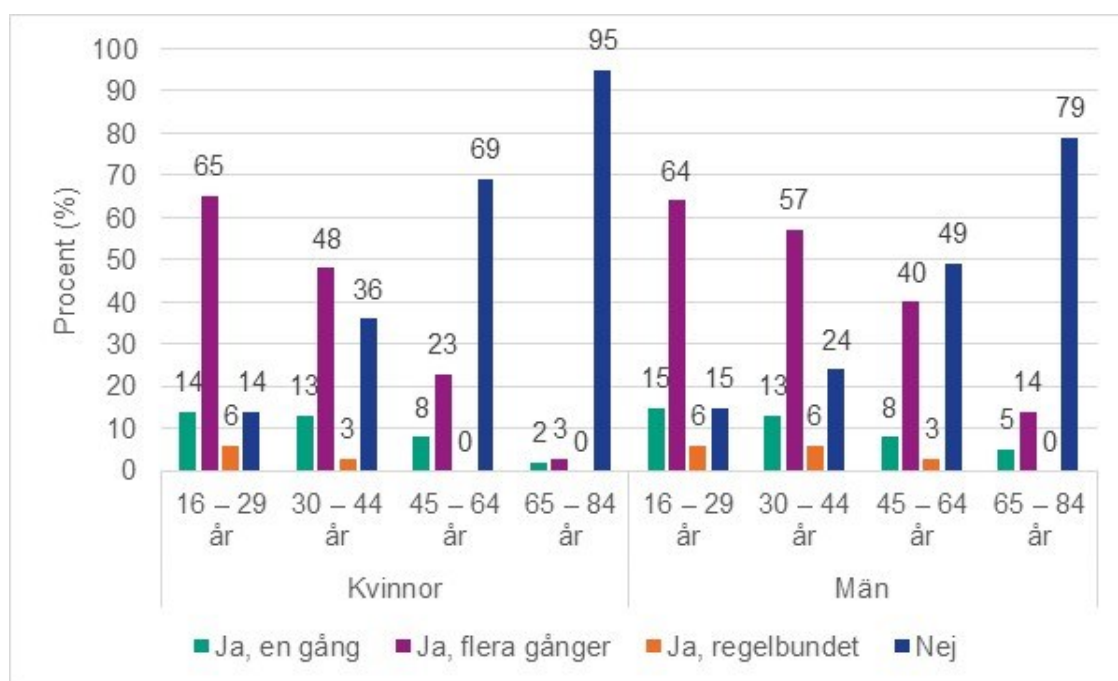
Resultaten redovisas som andelar (procent) av befolkningen, uppdelade på kön och ålder. Endast statistiskt signifikanta skillnader (på 95 procentig nivå) mellan olika grupper skrivs ut i texten om inte annat anges.

Resultat om sexualitet och digitala arenor

Sökt information relaterat till sex

Att söka information om sexrelaterade ämnen på internet var vanligt i de yngre åldersgrupperna och blev mindre vanligt med stigande ålder. Bland 16–29-åringar svarade majoriteten (65 procent) att de flera gånger hade sökt information om sex eller sexrelaterade ämnen på internet. Hälften av 30–44-åringarna (52 procent) och en tredjedel (32 procent) av 45–64-åringarna hade flera gånger gjort sökningar inom ämnesområdet. De flesta hade sökt information mer än en gång eller regelbundet, oavsett ålder. I alla äldre åldersgrupper var det vanligare bland män än bland kvinnor att söka sexrelaterad information medan det bland de yngsta, 16–29 år, inte fanns några skillnader mellan könen (se figur 1). Till exempel var det bland 30–44-åringar något vanligare att män hade sökt sexrelaterad information, 57 procent jämfört med 48 procent bland kvinnor. I den äldsta gruppen (65–84 år) uppgav 14 procent av männen att de hade sökt information vid flera tillfällen, men bara 3 procent av kvinnorna.

Figur 1. Andel som någon gång sökt information om sex eller sexrelaterade ämnen via internet, mobil eller appar. Per kön och åldersgrupp (n=12 938). Procent.

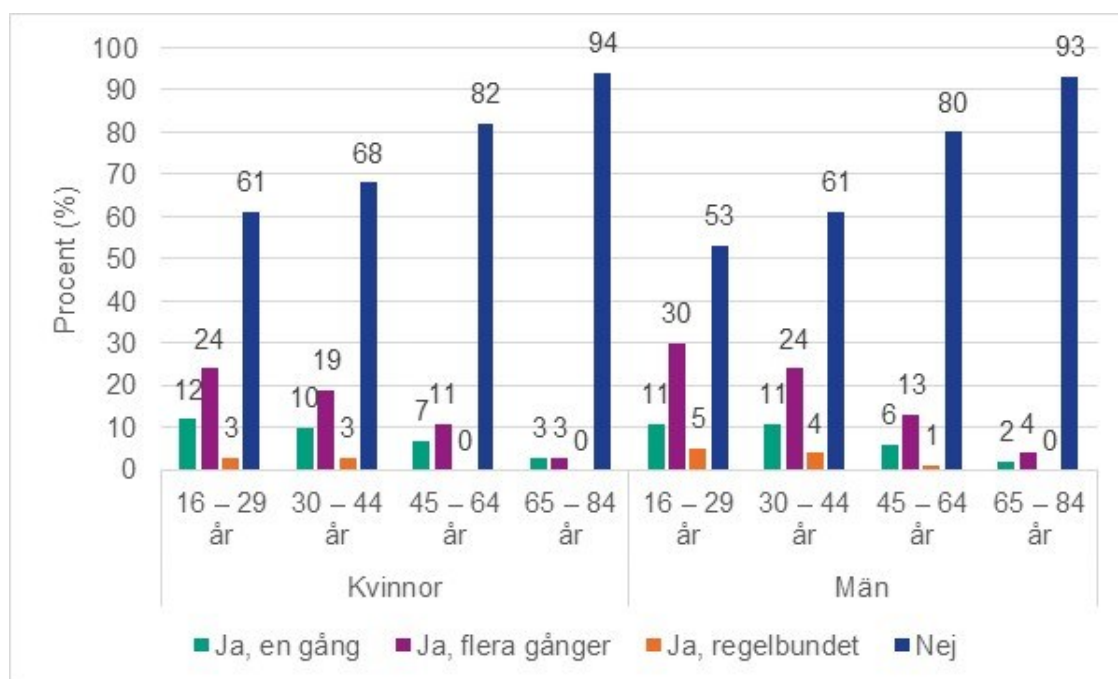


Sökt partner för en relation, inte i första hand för sex

Att ha sökt en partner på nätet för en relation, inte främst för sex, var vanligast bland yngre och blev mindre vanligt med stigande ålder (se figur 2). Knappt hälften av 16–29-åringarna uppgav att de hade sökt en partner online en eller flera gånger, eller att de gör det regelbundet. Detta var också vanligare bland män, 46 procent, jämfört med 39 procent av kvinnorna. Bland 30–44-åringar uppgav 36 procent att de sökt en partner online vid ett eller flera tillfällen, eller regelbundet. Även i denna åldersgrupp var detta vanligare bland män, 39 procent jämfört med 32 procent.

Bland 45–64-åringar hade en femtedel sökt partner på internet och det var något vanligare bland män än bland kvinnor. I den äldsta gruppen 65–84 år var det ovanligt att ha sökt en partner på internet, 94 procent hade aldrig gjort detta. I de äldre åldersgrupperna fanns inga skillnader mellan könen.

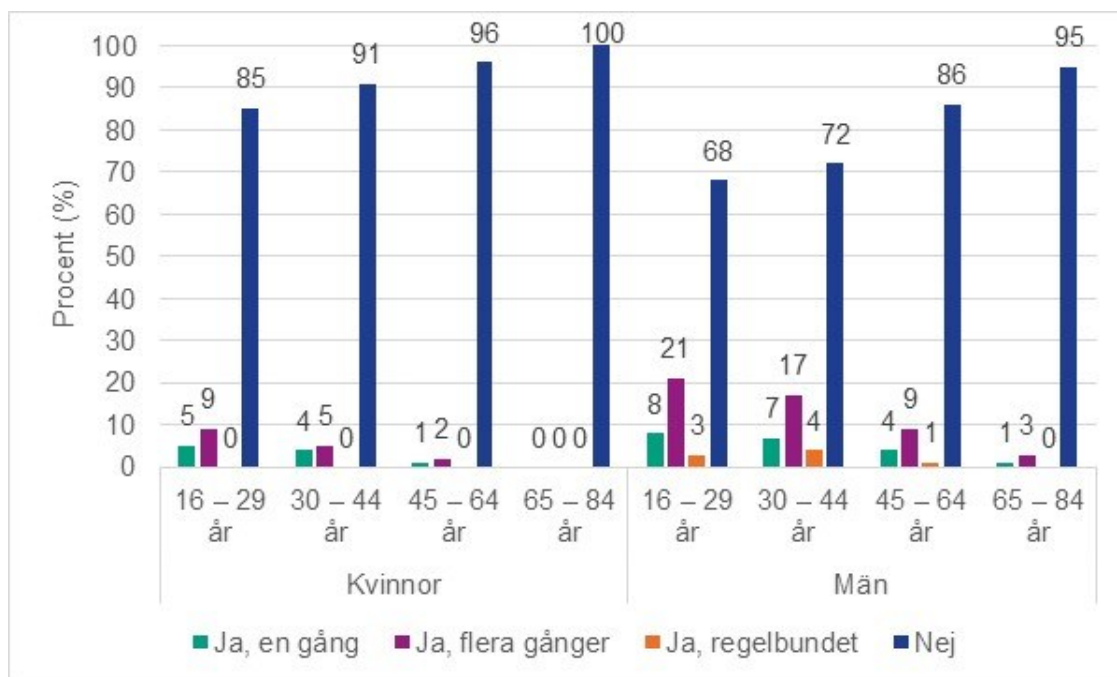
Figur 2. Andel som någon gång har sökt partner för en relation, inte primärt för sex, via internet, mobil eller appar. Per kön och åldersgrupp (n=12 914). Procent.



Sökt sexpartner

Det var i alla åldrar vanligare bland män än kvinnor att ha sökt efter sexpartner på internet (se figur 3). Denna erfarenhet var också vanligare bland yngre personer. I gruppen 16-29 år hade knappt en tredjedel av männen någon gång sökt sexpartner online, jämfört med 14 procent av kvinnorna. I samma åldersgrupp uppgav mer än dubbelt så många män (22 procent) som kvinnor (9 procent) att de flera gånger sökt efter sexpartner online. Bland män 30–44 år uppgav 3 procent att de regelbundet söker sexpartner på internet, och andelen bland kvinnor är 1 procent.

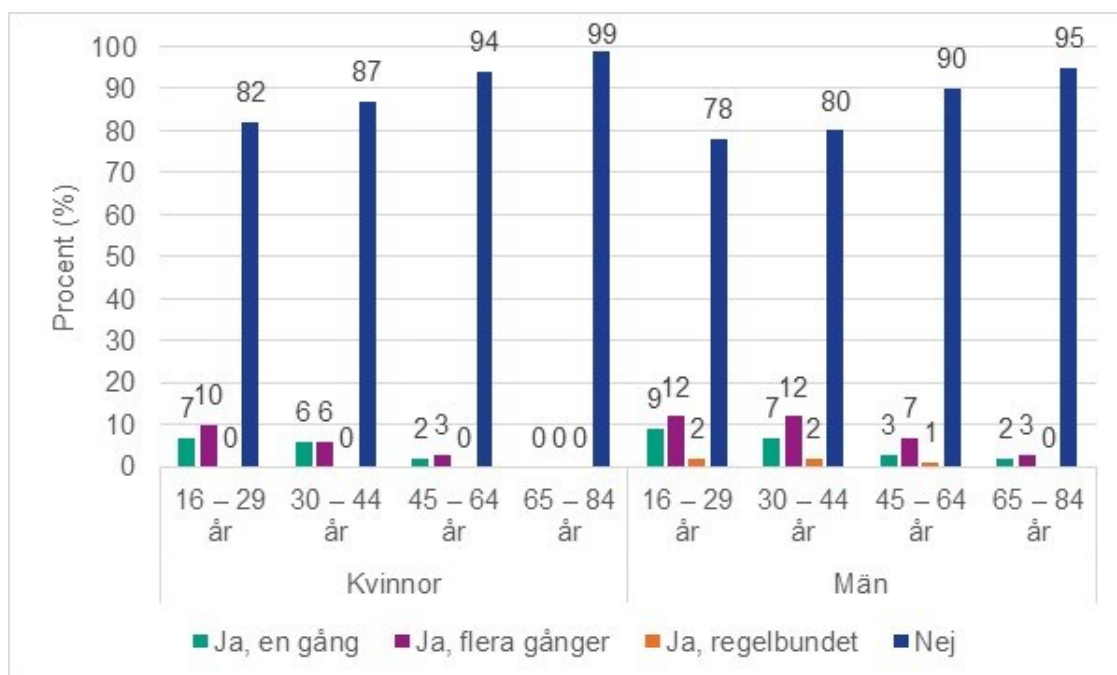
Figur 3. Andel som någon gång har sökt efter sexpartner via internet, mobil eller appar. Per kön och åldersgrupp (n=12 891). Procent.



Träffat sexpartner

Fler yngre svarspersoner hade träffat en sexpartner via internet (se figur 4). Bland 16–29-åringar gällde det 23 procent av männen och 17 procent av kvinnorna, och i gruppen 30–44 år var andelen 21 procent bland männen och 12 procent av kvinnorna. Bland personer 45–84 år hade färre än 10 procent träffat en sexpartner via internet. I åldersgruppen 30–44 år var det vanligare bland män att ha träffat någon sexpartner flera gånger, 12 procent jämfört med 6 procent. Samma mönster återfinns i de äldre åldersgrupper men skillnaderna mellan könen är små.

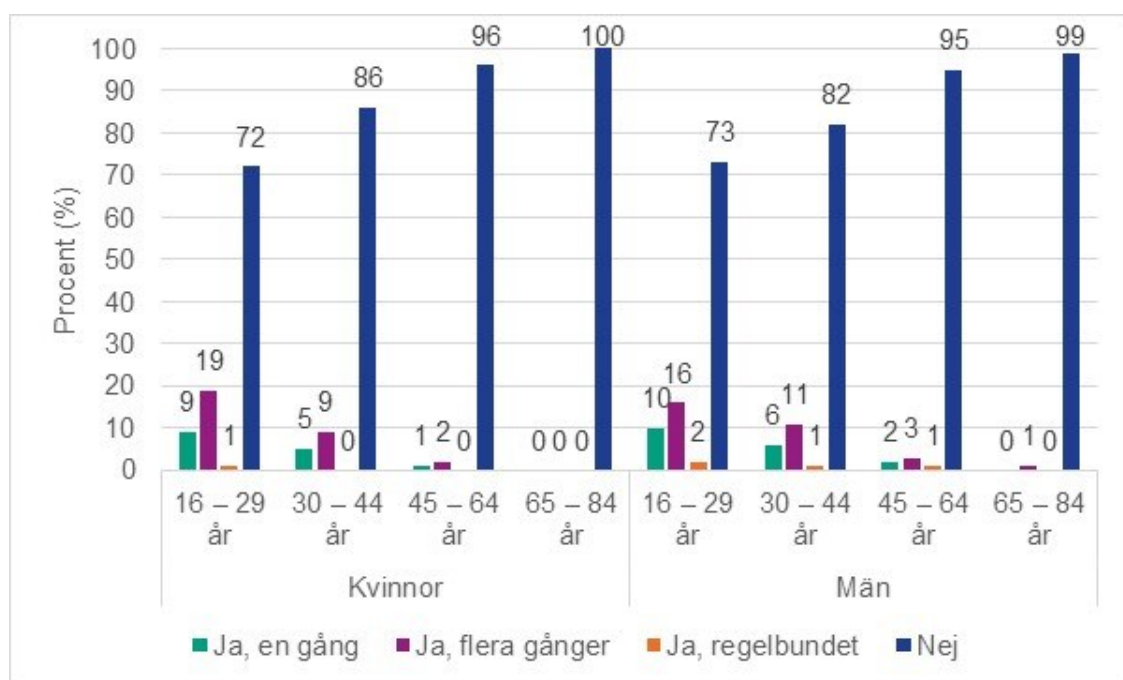
Figur 4. Andel som någon gång har träffat sexpartner via internet, mobil eller appar. Per kön och åldersgrupp (n=12 852). Procent.



Lagt ut eller skickat bilder med sexuellt innehåll

Det var vanligare att yngre personer lagt ut eller skickat bilder eller filmer med sexuellt innehåll via internet (se figur 5). Totalt 19 procent av kvinnorna och 16 procent av männen 16–29-år hade gjort detta flera gånger, och cirka en av tio hade gjort det en gång. Endast 1 procent uppgav att de gör detta regelbundet. Det fanns inga skillnader mellan könen vad gäller dessa erfarenheter. Bland 30–44-åringar angav 6 procent att de skickat eller lagt ut bilder eller filmer en gång, och 10 procent att de gjort det flera gånger. Inte heller i denna åldersgrupp fanns några skillnader mellan könen. Bland 45–64-åringar hade 4 procent gjort det en eller flera gånger, eller på regelbunden basis. I gruppen 65–84 år var det ytterst få som delat sexuella bilder eller filmer, knappt 1 procent. Det fanns inga skillnader mellan könen.

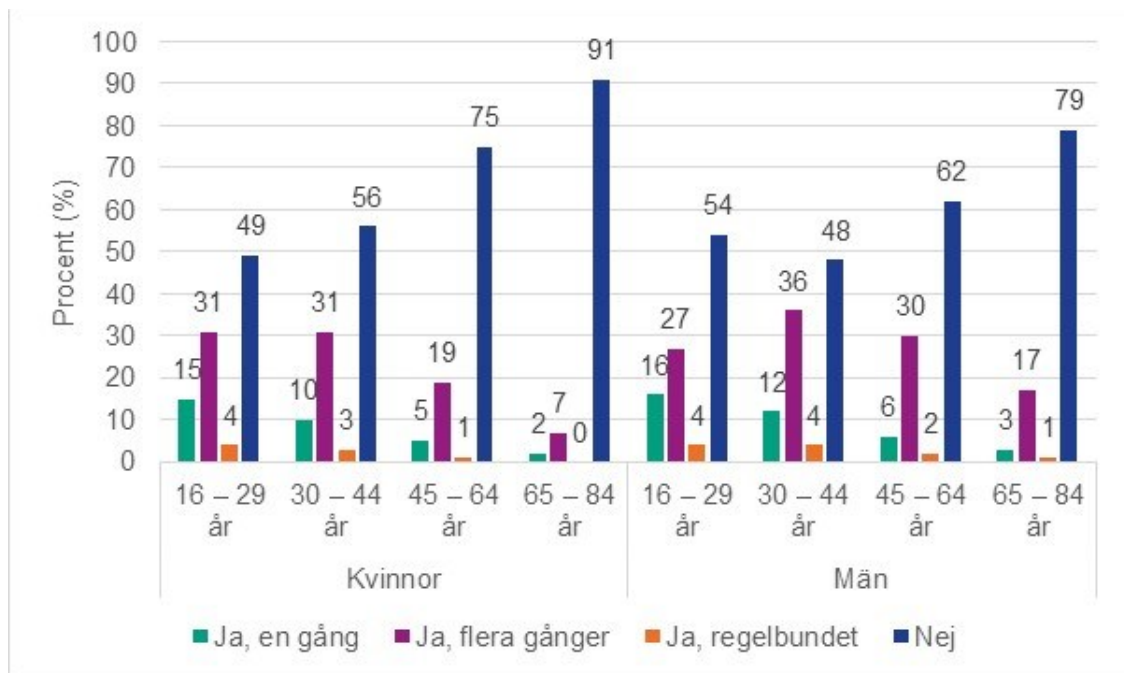
Figur 5. Andel som någon gång lagt ut eller skickat filmer eller bilder med sexuellt innehåll via internet, mobil eller appar. Per kön och åldersgrupp (n=12 865). Procent.



Läst texter i upphetsande syfte

Att läsa texter i upphetsande syfte var vanligt bland yngre och andelarna sjunker med stigande ålder (se figur 6). Bland 16–29-åringar och 30–44-åringar uppgav hälften (49 respektive 48 procent) att de gjort det vid ett eller flera tillfällen, eller att de regelbundet läser upphetsande texter. Vanligast var att ha läst flera gånger, jämfört med både en gång och regelbundet. Det fanns ingen skillnad mellan könen i gruppen 16–29 år. I övriga åldrar var det vanligare att män hade läst texter med sexuellt innehåll. Till exempel uppgav 38 procent av männen i åldern 45–64 år att de läst sådana texter vid ett eller flera tillfällen, eller på regelbunden basis, jämfört med 25 procent av kvinnorna.

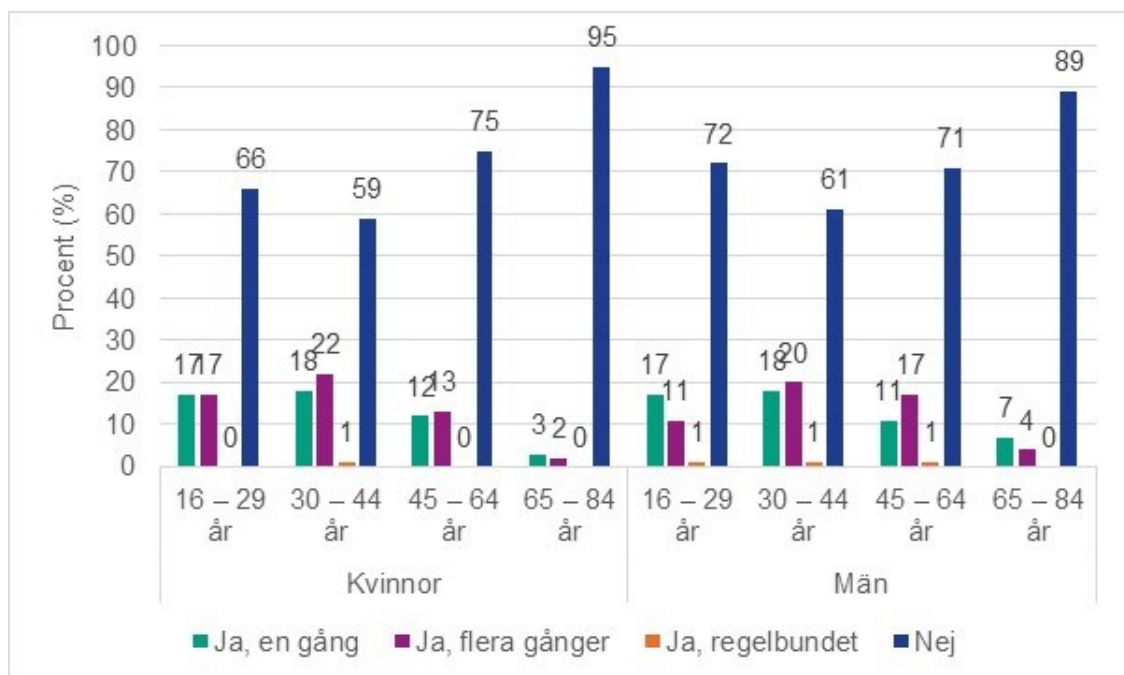
Figur 6. Andel som någon gång läst texter i upphetsande syfte via internet, mobil eller appar. Per kön och åldersgrupp (n=12 888). Procent.



Köpt sexleksaker

Att köpa sexleksaker på internet var vanligast i gruppen 30–44 år: 39 procent bland män och 41 procent bland kvinnor hade köpt sexleksaker en eller flera gånger, (se figur 7). Bland 16–29 åringar var det vanligare bland kvinnor (34 procent) än bland män (27 procent) att ha köpt sexleksaker. Bland 65–84-åringar hade 10 procent av männen erfarenhet av att köpa sexleksaker, jämfört med 5 procent av kvinnorna.

Figur 7. Andel som har köpt sexleksaker på via internet, mobil eller appar. Per kön och sexuell identitet (n=12 906). Procent.



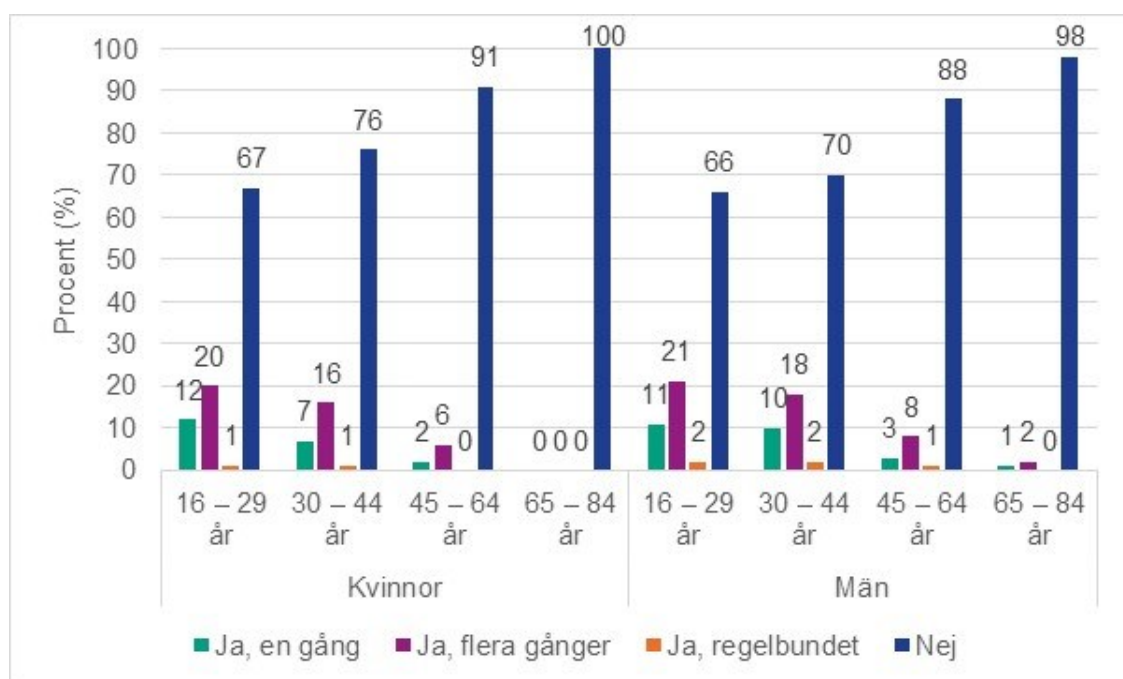
Sexchattat eller haft cybersex

Att ha cybersex var lika vanligt bland kvinnor och män i gruppen 16–29 år där en ungefärlig tredjedel (34 %) hade erfarenhet av detta (se figur 8).

Andelarna som sexchattat eller haft cybersex sjunker med stigande ålder. Bland 30–44-åringar fanns skillnad mellan kvinnor och män: 24 procent av kvinnorna och 30 procent av männen hade vid ett eller flera tillfällen sexchattat eller haft cybersex. Bland 45–64-åringar var det ungefär lika vanligt bland män och kvinnor att ha erfarenhet av sexchat eller cybersex, 9 procent bland kvinnor jämfört med 11 procent bland män. Bland 65–84-åringar var det ovanligt att ha erfarenhet av sexchatt eller cybersex, 1 procent av kvinnorna och 2 procent av männen.

Det är ovanligt både bland kvinnor och män att regelbundet ha sexchattat eller haft cybersex, andelarna varierar mellan 0 och 2 procent i alla åldersgrupper.

Figur 8. Andel som någon gång sexchattat eller haft cybersex via internet, mobil eller appar. Per kön och åldersgrupp (n=12 868). Procent.



Sexualitetsrelaterade aktiviteter bland homo- och bisexuella samt queerpersoner

Det var ungefär lika vanligt bland hbq-kvinnor som bland hbq-män att någon gång ha sökt sexinformation på internet, ungefär 88 procent av kvinnorna och 92 procent av männen. 53 procent av hbq-kvinnor och 72 procent av hbq-män hade använt internet för att söka partner, inte primärt för sex. 33 procent av hbq-kvinnor hade sökt sexpartner och ungefär lika många (36 procent) hade träffat en sexpartner via internet. Bland hbq-männen hade 61 procent sökt sexpartner och 54 procent hade träffat en via internet. Drygt hälften (52 procent) av hbq-kvinnorna och 69 procent av hbq-männen hade någon gång sexchattat eller haft cybersex. Det var relativt ovanligt att regelbundet ha cybersex eller sexchatta, och de flesta svarade att de gjort det flera gånger.

Skillnader i sexrelaterade aktiviteter på internet utifrån

utbildningsnivå

Det fanns skillnader i förekomst av sexualitetsrelaterade aktiviteter utifrån utbildningsnivå. Andelen som flera gånger sökt information om sex eller sexrelaterade ämnen via internet var högre bland personer med längre utbildning. Bland kvinnor var andelen 22 procent av dem med högst 9 års utbildning, 30 procent av dem med 10–12 års utbildning och 39 procent av dem med fler än 12 års utbildning. Vidare uppgav en lägre andel av kvinnorna med längst utbildning att de aldrig hade sökt sexrelaterad information på internet (47 procent) jämfört med gruppen som har 10–12 års utbildning (61 procent) och gruppen med högst 9 år (67 procent). Bland männen sågs liknande mönster med en gradient i hur vanligt det var att ha sökt sexrelaterad information flera gånger, från 29 procent bland dem med högst 9 års utbildning, till 45 procent bland dem med 10–12 år och 55 procent bland dem med fler än 12 år. På liknande sätt var det ovanligare bland män med längre utbildning att uppges att de aldrig hade sökt sexrelaterad information (30 procent) jämfört med 10–12 år (40 procent) och högst 9 år (60 procent).

Vi fann också skillnader när det gäller att regelbundet ha lagt ut eller skickat filmer eller bilder med sexuellt innehåll via internet. Detta blev vanligare med stigande utbildning bland män, från 9 procent av dem med högst 9 års utbildning, till 20 och 26 procent av dem med 10–12 års och mer än 12 års utbildning.

Det fanns också tendenser till att fler kvinnor och män med längre utbildning hade sökt partner (inte primärt för sex) på internet.

Diskussion om sexrelaterade aktiviteter på internet

Resultaten visar, i likhet med tidigare studier, att många kvinnor och män av alla åldrar och sexuella identiteter använder internet för sexuella syften. Nästan alla aktiviteter var vanligast förekommande i åldersgruppen 16–29 år, för att sedan bli mindre vanliga med stigande ålder. Det finns små eller inga skillnader mellan könen bland unga, medan det bland äldre är vanligare att män ågnar sig åt sexrelaterade aktiviteter på internet.

Att söka sexrelaterad information förekom hos majoriteten av 16–29-åringar, och hälften hade sökt partner (inte primärt för sex) online liksom läst texter i upphetsande syfte. Ungefär 20–25 procent hade sökt sexpartner, träffat sexpartner, lagt ut eller skickat bilder eller sexchattat alternativt haft cybersex på nätet. Drygt en fjärdedel (28 procent) av 16–29-åringarna hade någon gång skickat eller lagt ut bilder eller filmer flera gånger. I samma åldersgrupp hade en tredjedel erfarenhet av att sexchatta eller haft cybersex på internet, men bara 1,7 procent hade gjort det regelbundet.

I gruppen 30–44 år hade en av fem sökt sexpartner på internet och en fjärdedel hade träffat en sexpartner via internet. Det var i alla åldrar vanligare bland män än bland kvinnor att ha sökt efter sexpartner på internet. Ungefär 20 procent hade sökt efter partner, inte primärt för sex. Bland 30–44-åringar hade 10 procent flera gånger skickat eller lagt ut bilder eller filmer, utan någon skillnad mellan könen. Bland 30–44-åringar hade 27 procent sexchattat eller haft cybersex.

Bland personer 45 år och uppåt hade färre än 10 procent sökt partner på internet, både en sexpartner och en partner (inte primärt för sex). Bland 45–64-åringar var det något vanligare bland männen att ha sexchattat eller haft cybersex vid ett eller flera tillfällen liksom att ha det på

regelbunden basis: 11 procent av männen jämfört med 9 procent av kvinnorna. En tredjedel hade läst texter i upphetsande syfte, och det var vanligare bland män än bland kvinnor.

I gruppen 65–84 år hade 13 procent vid något tillfälle sökt sexrelaterad information på internet och 15 procent hade läst texter i upphetsande syfte. Färre än 10 procent hade erfarenheter av sexrelaterade aktiviteter på internet.

Det var, generellt sett, vanligare bland hbq-personer att ägna sig åt sexrelaterade aktiviteter på internet, jämfört med heterosexuella.

Det var också vanligare bland både män och kvinnor med längre utbildning att ha sökt information om sex eller sexrelaterade ämnen via internet, jämfört med personer med kortare utbildning. Att regelbundet ha lagt ut eller skickat filmer eller bilder med sexuellt innehåll via internet blev vanligare med längre utbildning bland män.

Resultaten om sexualitet och digitala arenor är i linje med tidigare studier

Att använda internet i sexuella syften och för relationer är vanligare bland yngre än äldre personer. Internet är en självklar arena för yngre generationer så detta kan spegla internetanvändandet, men också sexuella aktiviteter generellt sett. Bland de yngre, 16–29 år, förekommer inte heller några stora skillnader mellan könen, vilket i vissa fall finns bland de äldre. Dock bekräftar undersökningen tidigare resultat om att kvinnor och män av alla åldrar använder internet för sexuella syften (7).

Studien bland universitetsstudenter i Sverige, Tyskland, USA och Kanada 2017 gav resultat som liknade dem i vår studie för åldersgruppen 16–29 år, vilken är den som är mest relevant att jämföra. Till exempel hade 90 procent i den internationella studien sökt sexrelaterad information, jämfört med 85 procent i vår studie. I båda studierna hade en tredjedel erfarenhet av cybersex (18).

I ungdomsenkäten från 2009 hade 17 procent av 16–25-åringarna fått kontakt med någon på nätet som de sedan haft sex med offline, och det fanns ingen skillnad mellan tjejer och killar. Bland 16–29-åringar i vår studie fanns liknande resultat: 20 procent hade träffat någon sexpartner via internet, utan skillnader mellan män och kvinnor.

Andelen kvinnor som träffat en sexpartner via nätet var större än andelen som sökt en sexpartner på det sättet. Bland män är mönstret det omvända. Skillnaden kan bero på olika sätt att tolka frågan, men även på att män, utifrån rådande sociala normer kring sexualitet, kanske är mer öppna med sin intention att söka sexpartner, medan kvinnor knyter kontakter utan att vara på jakt efter en sexpartner – eller utan att erkänna det.

Bland 16–29-åringar hade 28 procent av både kvinnor och män skickat eller lagt ut bilder eller filmer med sexuellt innehåll. Denna aktivitet verkar ha blivit vanligare, för i en studie från 2009 svarade 8 procent av 16–25-åringarna att de lagt ut sexiga bilder på sig själva på internet. Det var lite vanligare bland tjejer: 9 procent jämfört med 6 procent bland killar (22).

Sexrelaterade aktiviteter på internet var vanligare bland hbq-personer än heterosexuella, och det resultatet ligger i linje med tidigare studier (23, 24). Det är också konstaterat att internet är en arena för frigörelse och stärkande av den sexuella identiteten bland minoritetsgrupper (25). På

nätet är det lätt att knyta kontakter med likasinnade, vilket kan stärka självacceptansen, och lätt att få hjälp med praktiska saker genom att dela information med andra som kan ha samma behov av sex. Det verkar dock finnas en skillnad mellan yngre och äldre personer när det gäller vilka funktioner internet fyller. Bland yngre hbq-personer är det sociala stödet det huvudsakliga syftet, vilket kan spela en stor roll i formandet av den sexuella identiteten. Äldre hbq-personer formade sin sexuella identitet innan internet blev en del av vardagen, och sökte därmed socialt stöd utanför internet, och de använder i högre utsträckning nätet för sexualitetsrelaterade aktiviteter (26).

Styrkor och svagheter

Denna undersökning är den första randomiserade befolkningsstudien om sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter i Sverige. Undersökningar som baseras på slumpmässiga urval av befolkningen ger bra underlag för att ta fram nationella estimat, till exempel om hur vanligt det är att använda internet för aktiviteter som rör sex och relationer, och skillnader och likheter i vanor mellan kön och åldersgrupper.

Studien ger en bild av hur vanligt förekommande vissa sexuella aktiviteter på internet är, men resultaten har inte kopplats till psykisk hälsa eller sexuell hälsa. Därmed är det fortfarande inte helt klart vilka grupper som kan behöva insatser för att få en bättre hälsa, och det behövs vidare undersökningar för att se om personer som använder internet för sexuella aktiviteter upplever sig ha ett bättre sexliv och bättre sexuell hälsa än andra. Det är också oklart huruvida sexualitetsrelaterade aktiviteter på internet medför ökad risk för sexuellt risktagande och STI. Internet som arena och sex via internet, medför i teorin inte ökad risk för sexuellt risktagande eller hiv och andra STI. Dock kan det finnas samband med andra aktiviteter, såsom att träffa fler partner, vilket potentiellt kan öka exponeringen för STI.

Vidare folkhälsoarbete

Materialet visar att sexuella aktiviteter på internet är vanliga, inte minst i gruppen 16–29 år, och troligen förekommer de även i yngre åldrar. Internet har många positiva aspekter men det finns också risker, bland annat utsatthet för sexuella trakasserier eller sexuell nätmobbning. Unga som är sårbara utanför nätet är sårbara även på nätet, och kan ha svårt att sätta gränser. Det är också få vuxna som har kunskap om ungas liv på internet, och som kan vägleda i hur risker kan hanteras. Det betyder inte att ungdomar måste ta ansvaret för att hantera risker utan stöd från vuxenvärlden, men det förebyggande arbetet kring ungas utsatthet på nätet behöver utgå från ungas egna upplevelser och uppmuntra till reflektion och dialog kring integritet, sexualitet och gränssättning, både på och utanför nätet. Många unga har en positiv uppfattning om sitt liv på nätet, och om vuxenvärlden endast fokuserar på negativa aspekter finns risk att samtalet uppfattas som irrelevant av de unga. Flera verksamheter erbjuder stöd till unga som utsatts både på internet och utanför och det är viktigt att unga också får information om detta stöd. Det finns också flera webbplatser med juridisk information på området som riktar sig till vuxna.

Slutsatser om sexualitet och digitala arenor

Kvinnor och män i alla åldrar använder digitala arenor för sexuella syften. Unga är mer aktiva på nätet än äldre, med små skillnader mellan könen i aktiviteter. Detta tyder på att skillnaderna mellan kvinnor och män kommer att minska framöver. Möjligen kommer även skillnaderna

mellan åldersgrupperna att minska över tid, eftersom internetanvändning i dag är en generationsfråga.

Internet ger möjligheter att ta del av sexrelaterad information, knyta sexuella kontakter vilket kan bidra till sexuell nöjdhet bland människor oavsett utbildning och sexuell identitet, vilket är positivt för den sexuella hälsan. Det finns dock risk för att till exempel utsättas för sexuella trakasserier eller sexuell nätmobbning, eller att exponeras för pornografiskt material mot sin vilja.

Undersökningen visar att sexuella aktiviteter på internet är vanligast i åldersgruppen 16–29 år, men dessa aktiviteter förekommer troligen även i yngre åldrar eftersom unga i dag spenderar många timmar om dagen på internet, och livet online och offline ofta är nära sammankopplat, inte minst via sociala medier. Det förebyggande arbetet kring ungas utsatthet på nätet behöver bygga på förståelsen för att det digitala livet inte kan separeras från livet online, och det behöver utgå från ungas egna upplevelser. För att främja respektfulla förhållningssätt både på och utanför nätet behövs samtal som uppmuntrar till reflektion kring integritet, sexualitet, möjligheter och risker.

Referenser

1. Internetstiftelsen i, Sverige. Svenskarna och internet 2017 Undersökning om svenskarnas internetvanor. 2017.
2. Statens Medieråd. Ungar och medier 2017. Hämtad från: <https://statensmedierad.se/download/18.7b0391dc15c38ffbced9a238/1496243409783/Ungar%20och%20medier%202017.pdf>
3. Ehman AG, Am. Sexual cyberbullying: Review, critique, & future directions. *Aggression and Violent Behavior*. 2019;44:80-7.
4. Sourander A, Brunstein Klomek A, Ikonen M, Lindroos J, Luntamo T, Koskelainen M, et al. Psychosocial risk factors associated with cyberbullying among adolescents: a population-based study. *Archives of general psychiatry*. 2010;67(7):720-8. DOI:10.1001/archgenpsychiatry.2010.79.
5. Döring N. Internet sexuality. In *Encyclopedia of cyber behavior*. (Ed.) ZY, redaktör: Hershey, PA: IGI Global.; 2012.
6. Döring N. The Internet's impact on sexuality: A critical review of 15 years of research. *Computers in Human Behavior* 2009;25:1089–101.
7. Daneback K, Ross MW. The complexity of internet sexuality. *Advances in psychosomatic medicine*. 2011;31:121-34. DOI:10.1159/000328920.
8. Daneback K, Sevcikova A, Mansson SA, Ross MW. Outcomes of using the internet for sexual purposes: fulfillment of sexual desires. *Sexual health*. 2013;10(1):26-31. DOI:10.1071/sh11023.
9. Suzuki L, Calzo J. The search for peer advice in cyberspace: An examination of online teen bulletin boards about health and sexuality. . *Journal of Applied Developmental Psychology*., 2004;25(6):685–98.
10. Noonan T. Sexuality and the politics of disability: A catalyst for access, inclusion and acceptance? In C'lickme. A netporn studies reader. K. Jacobs MJ, & M. Pasquinelli (Eds.), redaktör. Amsterdam, NL: Institute of Network Cultures. ; 2007.
11. Daneback K, Cooper A, Månsson S. An internet study of cybersex participants. . *Archives of sexual behavior*. 2005. ;34(3):321–8.
12. Whitty M. Liberating or debilitating? An examination of romantic relationships, sexual relationships and friendships on the Net. *Computers in Human Behavior*. 2008;24(5):1837–50.
13. Barak A. Sexual Harassment on the Internet. *Social Science Computer Review*. 2005;23(1):77-92. DOI:10.1177/0894439304271540.
14. Cabecinha M, Mercer CH, Gravningen K, Aicken C, Jones KG, Tanton C, et al. Finding sexual partners online: prevalence and associations with sexual behaviour, STI diagnoses and other sexual health outcomes in the British population. *Sexually transmitted infections*. 2017;93(8):572-82. DOI:10.1136/sextrans-2016-052994.
15. Liao A, Millett G, Marks G. Meta-analytic examination of online sex-seeking and sexual risk behavior among men who have sex with men. *Sexually transmitted diseases*. 2006;33(9):576-84. DOI:10.1097/01.olq.0000204710.35332.c5.

16. Ross MW, Daneback K, Mansson SA, Berglund T, Tikkanen R. Reported sexually transmitted infections in Swedish Internet-using men and women. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology : JEADV*. 2008;22(6):696-703. DOI:10.1111/j.1468-3083.2008.02634.x.
17. Adams M, Oye J, Parker T. Sexuality of older adults and the internet: From sex education to cybersex. *Sexual and Relationship Therapy*. 2003;18(3):405–15.
18. Doring N, Daneback K, Shaughnessy K, Grov C, Byers ES. Online Sexual Activity Experiences Among College Students: A Four-Country Comparison. *Archives of sexual behavior*. 2017;46(6):1641-52. DOI:10.1007/s10508-015-0656-4.
19. Ross MW, Mansson SA, Daneback K. Prevalence, severity, and correlates of problematic sexual Internet use in Swedish men and women. *Archives of sexual behavior*. 2012;41(2):459-66. DOI:10.1007/s10508-011-9762-0.
20. Cooper A, Månsson S, Daneback K, Tikkanen R, Ross M. Predicting the future of Internet sex: online sexual activities in Sweden. *Sexual and Relationship Therapy*. 2003;18(3):277-91.
21. Folkhälsoinstitutet. Sex i Sverige, om sexuallivet i Sverige 1996 1996.
22. Ungdomsstyrelsen. Se mig! Unga och internet 2009.
23. Traeen B, Nilsson TS. Use of pornography in traditional media and on the Internet in Norway. *Journal of sex research*. 2006;43(3):245-54. DOI:10.1080/00224490609552323.
24. Ross MW, Rosser BR, Stanton J. Beliefs about cybersex and Internet-mediated sex of Latino men who have Internet sex with men: relationships with sexual practices in cybersex and in real life. *AIDS care*. 2004;16(8):1002-11. DOI:10.1080/09540120412331292444.
25. Hillier L, Harrison L. Building Realities Less Limited Than Their Own: Young People Practising Same-Sex Attraction on the Internet. *Sexualities*. 2007;10(1):82-100. DOI:10.1177/1363460707072956.
26. Baams L, Jonas K, Utz S, Bos H, van der Vuurst L. Internet use and online social support among same sex attracted individuals of different ages. *Computers in Human Behavior* 27 (2011):1820–7.

Pornografianvändning och sexuell hälsa

Det är framför allt män som använder pornografi. Forskare har dragit motsatta slutsatser när det gäller pornografianvändningens effekter på attityder och beteenden. Effekter kan framför allt ses hos de män som använder pornografi ofta, det vill säga minst 3 dagar i veckan. Dessa frekventa användare kan till exempel vara mer benägna att själva prova saker som de sett i pornografin och ta andra sexuella risker samt ha en mer trivialiserande inställning till mäns våld mot kvinnor.

I undersökningen SRHR2017 fick ett representativt urval av Sveriges befolkning 16–84 år besvara frågor om bland annat upplevelser och problem i relation till sexlivet. Svarsfrekvensen var 31 procent. Resultaten bör, trots kalibreringsviker, tolkas med försiktighet. Syftet med detta kapitel är att redovisa befolkningens svar på frågorna rörande pornografi i SRHR2017 samt att redogöra för en litteraturöversikt på området pornografi. Dessutom genomfördes en systematisk litteratursökning i syfte att identifiera och exemplifiera vad vetenskapliga studier har kommit fram till när det gäller pornografi och hälsa.

Resultat i korthet:

- Pornografianvändning är vanligare bland män och unga (16–29 år) i jämförelse med kvinnor och äldre (65–84 år) personer, och skillnaderna mellan kön och åldersgrupper är stora.
- I gruppen män 16–29 år använder 41 procent pornografi minst 3 dagar i veckan, liksom 23 procent i gruppen män 30–44 år. Motsvarande andelar för kvinnor är 3 procent respektive 1 procent.
- Knappt hälften, 48 procent bland män och 33 procent bland kvinnor, uppgav att de själva eller en partner använt pornografi för att öka den sexuella upplevelsen, och det är vanligast i åldersgruppen 30–44 år.
- Knappt hälften uppgav att pornografianvändning inte påverkar sexlivet, medan en tredjedel svarade att de inte vet. En låg andel upplever att pornografianvändningen har en mestadels negativ påverkan på sexlivet, 4 procent bland kvinnor och 5 procent bland män. Män svarade i större uträkning att pornografianvändning främst har en positiv påverkan, 23 procent, jämfört med 14 procent bland kvinnor.
- Att använda pornografi ofta, minst 3 dagar i veckan, har samband med sämre självskattad sexuell hälsa, och regelbunden pornografianvändning har även samband med riskfaktorer för sexuell hälsa såsom erfarenhet av sex mot ersättning, problem med alltför höga sexuella prestationskrav och missnöje med det egna sexlivet. Dock kan vi inte dra några slutsatser om kausalitet.
- Det finns inga skillnader mellan frekventa användare och icke-frekventa användare av pornografi när det gäller vem som oftast bestämmer hur och när en ska ha sex med en partner.

Arbete för ökad jämlikhet och jämställdhet i hälsa

Det här är första gången som Folkhälsomyndigheten behandlar pornografianvändning och hälsa. Resultaten visar att pornografianvändning är vanligt, speciellt bland unga män i Sverige. Tidigare studier visar att pornografianvändning kan ha en skadlig effekt på unga människor sexliv och på

det personliga sexuella skriptet. Kvinnor kan också påverkas negativt av mäns pornografianvändning, när pornografin baseras på en maktobalans mellan könen, där kvinnor alltid är underordnade och detta ges uttryck i våld mot kvinnor inom pornografin. Det är viktigt att diskutera pornografins negativa aspekter med pojkar och män, och skolan är en viktig arena för detta. Undervisning om jämställdhet, sexualitet, kön och relationer är också obligatorisk i svensk skola. Det är viktigt att vuxna är öppna för samtal om pornografi, men även för diskussioner kring vikten av respektfulla och ömsesidiga relationer.

Folkhälsomyndighetens uppdrag, SRHR och pornografianvändning

Folkhälsomyndigheten har regeringens uppdrag att verka för kunskapsuppbyggnad och nationell samordning inom SRHR och att följa utvecklingen på området. Arbetet med SRHR syftar till att förbättra samhälleliga och sociala förutsättningar för ökad sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter för individen. En utgångspunkt är det övergripande folkhälsopolitiska målet att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa på lika villkor för hela befolkningen.

Folkhälsomyndigheten ska även beakta jämställdhet, där utgångspunkten är den svenska jämställdhetspolitiken med det övergripande målet att kvinnor och män ska ha samma makt att forma samhället och sina egna liv (2). Ett av delmålen i jämställdhetspolitiken är att mäns våld mot kvinnor ska upphöra. Arbetet med att förebygga mäns våld mot kvinnor handlar bland annat om att identifiera och utmana framställningar av kvinnor och män som reproducerar föreställningar om kvinnors underordning, exempelvis inom pornografi. Det framgår av strategin för att förebygga och bekämpa mäns våld mot kvinnor och är i linje med EU-parlamentets resolution för att motverka mäns våld mot kvinnor (2010/2209(INI)) (3).

Sexuella och reproduktiva rättigheter baseras på mänskliga rättigheter. Alla har rätt att fatta beslut om sina egna kroppar och alla ska ha tillgång till hälso- och sjukvård och andra hälsofrämjande insatser som stödjer den rätten. Enligt the Lancet-Guttmacher-kommissionen för SRHR inkluderar också de sexuella och reproduktiva rättigheterna allas rätt att (1)

- respekteras i sin kroppsliga integritet, sitt privatliv och sitt personliga självbestämmande
- fritt få definiera sin egen sexualitet, inklusive sexuell identitet, könsidentitet och könsuttryck
- avgöra om och när man vill vara sexuellt aktiv
- välja sina sexualpartner
- ha säkra och njutbara sexuella upplevelser
- välja om, när och med vem man vill gifta sig med
- 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.

Lancet-Guttmacher-kommissionen konstaterar också att: "Det är vanligt bland unga människor, särskilt pojkar och unga män, att se pornografi och erotiskt material. En stor forskningsbas visar att detta har negativa effekter." (1). Pornografianvändning kan påverka flera av de ovanstående punkterna, till exempel de som gäller kroppslig integritet och självbestämmande, frihet att definiera sin egen sexualitet och rätt till säkra och njutbara sexuella erfarenheter, både för den som själv använder pornografi men även för personer i hans närhet.

Vad är pornografi?

Pornografi definieras som skriven eller bildmässig framställning, det vill säga bilder, filmer eller texter, vars huvudsakliga syfte är att verka sexuellt upphetsande (4). Med den breda definitionen är det svårt att avgränsa vad pornografi är och således också vad som inte är pornografi. Till exempel är gränsen mellan konst och pornografi obestämmd, och avgränsningen mellan kategorierna konst och pornografi är beroende av sociala, kulturella och politiska omständigheter i specifika historiska och geografiska situationer. Innehållet och spridningen har därmed förändrats över tid, och bilder som tidigare definierades som pornografiska finns nu i populärkulturen (5). I enkäten SRHR2017 definieras inte heller begreppet pornografi utan respondenterna har fri tolkning.

Produktion och användning av pornografi

I detta kapitel ges exempel på vetenskaplig litteratur om pornografi och hälsa. Vi beskriver användning av pornografi tillsammans med bestämningsfaktorer för hälsa, det vill säga faktorer som kan påverka hälsan negativt (riskfaktorer) respektive positivt (skyddsfaktorer). Frågorna om pornografi ställdes inom ramen för SRHR2017 och i perspektivet pornografianvändning och sexuell hälsa i den svenska befolkningen. Kapitlet fokuserar helt på pornografianvändning i relation till sexualitetens bestämningsfaktorer för användarna. Pornografi kan dock användas i andra syften, till exempel med photoshoppade ansikten i sociala medier som ett sätt att nedvärdera och förlöjliga kvinnliga kända personer såsom politiker eller chefer, eller för att sexuellt trakassera och förfölja kvinnor på nätet (6). Pornografi förekommer ofta i misshandlade kvinnors berättelser (7).

Pornografiproduktion är en stor industri med en ojämnställd maktfördelning. Det är till största delen män som producerar heterosexuell pornografi, vilket påverkar dess innehåll där den manliga sexualiteten oftare är i fokus än den kvinnliga och där kvinnor oftast skildras i underordnade positioner. På så sätt erotificeras ojämställdhet (8). Den vetenskapliga litteraturen har visat att de som deltar i pornografiproduktion drabbas av olika typer av ohälsa och är mycket utsatta, både ekonomiskt och socialt. Deltagare drabbas bland annat av psykisk ohälsa, drogberoende, tvång att utföra riskfyllda sexuella aktiviteter, sexuellt överförda infektioner och utsatthet för våld och tvång som ger både psykiska och fysiska trauman i samband med filminspelning. Kvinnor drabbas i högre utsträckning än män av ohälsa i pornografiproduktionen och risken för ohälsa ökar ju längre de är aktiva i industrin (9, 10). Det finns också ett starkt samband mellan prostitution och pornografi; en studie i nio olika länder visade att hälften av personerna i prostitution också hade utnyttjats för att producera pornografi (11). En kartläggning av pornografiproduktion och distribution i Sverige bekräftar resultaten från andra vetenskapliga studier. De som deltar i pornografiproduktionen är ofta unga kvinnor som är utsatta på flera olika sätt. Rapporten innehåller även en kvalitativ studie med intervjuer med kvinnor som deltagit i pornografiproduktion och som vittnar om svårigheter i samband med att de önskat lämna densamma (12).

Pornografi är ett omdiskuterat fenomen

Pornografi är ett område som med jämna mellanrum diskuteras i samhället, och meningarna om dess innehåll och konsekvenser går isär. Å ena sidan framhålls den positiva roll som pornografin

kan spela i människors liv. Det kan till exempel handla om frihet och acceptans av sexualiteten, om bekräftelse i sin sexuella identitet och om en inspirationskälla som kan berika sexlivet (13, 14). Å andra sidan kritiserar pornografin för att den står för könsstereotypa ideal som reproducerar kvinnors underordning, vilket går på tvären mot samhällets strävan efter jämställdhet. Pornografin sätts då in i ett större sammanhang där framför allt kvinnor exploateras och där industrin bidrar till att öka efterfrågan på unga människor, framför allt unga kvinnor, för att producera pornografi men även för att exploateras i prostitution (15). Vidare framhålls att pornografin är en källa till negativ inspiration, på så sätt att våldshandlingar som visas i pornografin kopieras av personer som begår sexualbrott (16). En annan ståndpunkt är att pornografin i sig är problematisk men att vetenskaplig evidens saknas för att säga att den är beroendeframkallande och eller gör män till sexualförbrytare (17). En rad organisationer kräver därför en haverikommission som ska undersöka pornografins skadeverkningar på samhället (18).

En utforskning av litteraturen om pornografianvändning

En systematisk litteratursökning genomfördes i syfte att identifiera och exemplifiera vad vetenskapliga studier har kommit fram till när det gäller pornografi och hälsa. Frågeställningen var effekter på hälsa hos användare av pornografi och fokus låg på bredd snarare än på djup (19, 20).

En sökning i 3 vetenskapliga databaser genomfördes (PsycInfo, Scopus och Medline). Sökorden som användes var porn, adult film*, sexually explicit, erotica, use*, consum*, addict*, outcome, impact*, effect* och health*. Avgränsningar som tillämpades var artiklar från 2008 och fram till 28 februari 2019.

Träfflistan granskades utifrån titel, och om relevansen inte kunde avgöras utifrån endast titel lästes även abstract. Artiklar som inkluderades fokuserade på pornografianvändning och något utfall som berörde sexualitet, sexuellt beteende, hälsa eller risk- eller skyddsfaktorer för hälsa. I översikten inkluderades artiklar som handlar om tonåringar, men inte artiklar om barn. Artiklar om skam av religiösa skäl relaterat till pornografianvändning inkluderades heller inte. Endast artiklar på engelska inkluderades. Detta resulterade i 851 artiklar.

Ingen systematisk genomgång eller sammanställning gjordes av träffarna från sökningen. I stället handlar redogörelsen nedan om en exemplifiering av resultaten från den systematiska litteratursökningen, och ska läsas som en ansats att skildra både metodologiska utmaningar och bredden och diskrepansen i forskningen på området, detta beskrivs under rubriken "Utmaningar inom forskningen" och "Pornografi kan påverka förhållandet av sexualiteten".

I syfte att identifiera studier som är relevanta utifrån en social och kulturell kontext genomfördes en andra sökning efter studier som gjorts i de nordiska länderna i databaserna Psycinfo, Scopus och Medline. Sökorden som användes var samma (porn, adult film*, sexually explicit, erotica, use*, consum*, addict*, outcome, impact*, effect* och health*). Avgränsningarna resulterade i 56 artiklar som vi gick igenom utifrån titel och abstract. De inkluderade artiklarna fokuserade på pornografianvändning och något utfall som berörde sexualitet, sexuellt beteende, hälsoutfall eller risk- eller skyddsfaktorer för hälsa, och de läste vi i sin helhet. Resultaten av litteraturoversikten av nordiska artiklar sammanfattas under rubrikerna: "Pornografianvändning, attityder och beteenden", "Frekvensen på pornografianvändningen har betydelse" samt "Pornografianvändning

och sexuellt risktagande".

I den vetenskapliga litteraturen på området förekommer flera begrepp när det gäller att ta del av pornografi, såsom konsumtion, titta på och använda pornografi. Vi använder huvudsakligen begreppet "pornografianvändning", såvida vi inte hänvisar till en studie där annat begrepp använts. Ingen skillnad görs gällande om den pornografi som används är gratis eller kostar pengar.

Utmaningar inom forskningen

I den vetenskapliga litteraturen diskuteras effekterna av pornografianvändning, och åsikterna därom går isär (21, 22). Denna diskrepans beror på en rad olika faktorer, till exempel syftet med studierna, design- och metodval, utfallet som studierna ämnat mäta och brist på jämförbarhet mellan studier.

Det finns ingen konsensus kring hur begreppet pornografi operationaliseras, d.v.s. definieras, i olika studier (23). Vidare finns olika meningar om pornografins innehåll, hur mäns respektive kvinnors sexualitet skildras och inte minst om vad inom pornografin som ska klassas som våldsamma handlingar. En studie som studerat de populäraste videorna kom fram till att ungefär 90 procent innehöll våldsamma handlingar. Andra studier har definierat våldshandlingar annorlunda, till exempel uteslutit smisk som en våldshandling och då fått andra resultat. Detta bidrar till olika resultat när det gäller hur vanligt förekommande våldshandlingar är (24-28). Många studier låter konsumenten själv definiera vad pornografi är (exempelvis SRHR2017), medan andra studier fokuserar på breda kategorier, till exempel våldsam pornografi i motsats till icke-våldsam pornografi. Dessa kategorier är skapade för den enskilda studien och har ingen teoretisk eller empirisk bas (29, 30). Forskningsresultaten är också inkonsekventa när det gäller pornografianvändningens effekter på sexualitet, attityder, beteenden och hälsa. Pornografianvändning är inte klassat som ett beroende, men forskare diskuterar saken eftersom frekventa porranvändare kan ha liknande förändringar i hjärnan som man ser vid drogberoende (31, 32).

Det är svårt att fastställa orsakssambandet: Konsumerar människor pornografi för att de är mycket intresserade av sex eller blir de (mer) intresserade av sex för att de tittar på pornografi? En teori är att det kan handla om ett cykliskt förhållande; de som är mer intresserade av sex från början tittar (mer) på pornografi och pornografin triggat ett större, potentiellt problematiskt, kognitivt engagemang för sex, bland annat därför att upptagenheten med sexuella teman exkluderar andra tankar (33). Det går inte heller att fastställa något orsakssamband mellan pornografianvändning och de effekter som diskuteras nedan, vilket är viktigt att påpeka. Det finns samband mellan pornografianvändning och vissa attityder och beteenden, men forskningsresultaten går isär avseende om detta är orsakssamband eller inte.

De begrepp som används för att beskriva pornografi och dess effekter kan upplevas som värderande och är en spegling av den empiriska bredd som finns inom området. Vi har valt att inte byta ut begrepp och ord som används i de studier vi refererar till, eftersom det då finns risk för att vi inte återger studiernas resultat på sanningsenligt sätt.

Forskningen inom området har visat entydiga resultat när det gäller kön och användning av pornografi, för det är framför allt killar och män som ägnar sig åt detta. Av den anledningen har merparten av forskningen undersökt olika aspekter och effekter av pornografianvändning hos

män (34) även om tjejer och kvinnor också använder pornografi. Men detta faktum förstärker problematiken kring ojämställdhet som är kopplad till pornografi, eftersom det generellt sett är män som producerar och profiterar på en industri där framför allt kvinnor, men även barn, utnyttjas och där fokus är på mannens njutning, inte sällan på bekostnad av kvinnans. Dessutom är det företrädesvis män som konsumerar den färdiga produkten, det vill säga det pornografiska materialet.

Pornografi kan påverka formandet av sexualiteten

Att konsumera pornografi fyller flera funktioner, och den kan bland annat vara informationskälla (35) och källa till sexuell upphetsning (36, 37). Pornografianvändning kan ge inspiration (38) och utöka det sexuella skriptet. Det sexuella skriptet är ett begrepp hämtat från "The Sexual Scripting Theory" (39), en socialkonstruktivistisk teori som beskriver formandet av sexualiteten i en social kontext. Ett sexuellt skript står för vad som förväntas sexuellt av en person utifrån t.ex. kön, klass, etnicitet och andra sociala faktorer. I teorin kan pornografianvändning påverka skapandet av det personliga sexuella skriptet, till exempel genom synen på den egna sexuella rollen och kroppen, men även genom förväntningarna på ens partner, och vad som upplevs som bra eller "lyckat" sex, som jämförs med skildringar i pornografin. Studier som undersökt detta har visat att exponering för pornografi kan påverka processen att forma det sexuella skriptet och värderingen av sexuella relationer (40, 41). Detta betyder att pornografin fungerar som exempel och bestämmer vad som anses vara en sexuell situation, vem som ska delta i den, vad som ska hända och hur människor ska agera och reagera på händelserna (42). Pornografi kan alltså styra föreställningar och beteenden, det vill säga människors attityder till genus och sexualitet samt sexuella skript och praktiker (43). Till exempel har man hittat samband mellan exponering för pornografi och könsstereotypa attityder till kvinnor som sexobjekt (33, 53). Samtidigt finns studier som inte visar något samband mellan pornografianvändning och icke-jämställda, kvinnofientliga attityder, utan tvärtom har visat svaga samband mellan pornografianvändning och mer jämställda attityder (22).

Pornografianvändning, attityder och beteenden

Studier som har undersökt attityder till pornografi har visat att män har övervägande positiva attityder (37, 44, 45). Andra studier har visat att både män och kvinnor har positiva attityder (46) och upplever att pornografi har positiva effekter på deras liv (47). Bland män har samband hittats mellan upplevda positiva effekter av pornografi och sexuellt självförtroende, men inte bland kvinnor (48). Att titta på pornografi hade i en studie samband med att vara sexuellt erfaren (45) och att experimentera sexuellt (49). En annan studie visade att frekvent användning av pornografi hade samband med att i högre utsträckning vilja prova aktiviteter som de sett i pornografin (50).

Forskning på sambandet mellan användning av pornografi, sexistiska attityder och sexuellt våld har visat skilda resultat. Ett antal tidigare studier har inte visat signifikanta samband mellan pornografi och sexism, eller endast svaga positiva eller negativa samband. Ändå ställer sig forskare bakom påståendet att pornografi kan bidra till negativa sexistiska attityder och föreställningar och aggressivt sexuellt beteende bland sexuella och icke-sexuella förövare, trots att det är svårt att fastställa orsakssamband (51, 52). Studier finns också som visat att män som använt våldsam pornografi har mer toleranta attityder till mäns våld mot kvinnor (54).

En ökande mängd empiriska studier visar att samband mellan pornografianvändning och vissa

attityder och beteenden inte verkar finnas hos alla. Detta betyder att de möjliga länkarna mellan pornografianvändning och attityder och beteenden är beroende av och förstärks av individuella och kontextuella skillnader (55). En litteraturöversikt visade att pornografianvändning kan öka risken för sexuellt våld och attityder som stöder mäns våld mot kvinnor, men endast bland en liten grupp män. Några forskare menar därför att pornografi i sig inte kan sägas vara skadlig, utan att hög pornografianvändning är en riskfaktor bland andra. I kombination med andra faktorer kan den dock ge negativa konsekvenser (37, 40). I en annan litteraturöversikt hittades inget samband mellan pornografianvändning och sexuellt våld eller attityder som stödjer mäns våld mot kvinnor för den generelle konsumenten (21).

Frekvensen på pornografianvändningen har betydelse

Flera studier har undersökt effekter av pornografianvändning hos så kallade frekventa användare, det vill säga personer som tittar på pornografi dagligen eller nästan dagligen. Denna grupp användare består nästan uteslutande av män. Resultaten visar att det finns flera skillnader mellan dessa frekventa användare och personer som inte tittar på pornografi lika ofta eller som inte konsumerar pornografi alls (50). Män som använde pornografi dagligen eller nästan dagligen hade till exempel mer positiva attityder till pornografi, blev oftare upphetsade när de tittade på pornografi och tittade i högre utsträckning på "avvikande" former av pornografi innehållande våld, djur och barn. De ville också i större utsträckning prova aktiviteter som de sett i pornografin (50). De konsumerade också mer alkohol, hade större sexlust och hade i högre utsträckning egen erfarenhet av att sälja sex än icke-frekventa användare (37). Det finns även studier som visar att högkonsumerande män tenderar att föredra den framför verkliga sexuella möten, och när de har sex med en partner behöver de se pornografi för att förbli upphetsade. Då är pornografi inte längre endast fantasi utan den kan också påverka människors beteenden.

Frekvent användning av pornografi bland 18-åriga killar samvarierar med mer frekvent alkoholkonsumtion, stillasittande (mer än 10 timmar i sträck framför datorn flera gånger i veckan), relationsproblem med föräldrar och skolk, jämfört med icke-frekventa användare. Frekventa användare hade fetma och rökte i högre utsträckning (58) (37, 58). I en studie av 16-åriga pojkar fann man ingen skillnad mellan frekventa användare och medelkonsumenter när det gäller självskattad fysisk och psykisk hälsa (58). Pornografianvändning har dock visat sig medföra en högre risk för psykisk ohälsa (59).

Pornografianvändning och sexuellt risktagande

Pornografianvändning har samband med flera sexuella riskbeteenden, såsom tidig sexuell debut (37), analsex och att ha testat saker som förekommer i pornografin (60). Bland män som har sex med män ökade risken att ha sex utan kondom när de tittat på pornografi där kondom inte används (49). Vidare har man konstaterat samband mellan frekvent användning av pornografi och fler erfarenheter av "one night stands" och sex med kompisar (58) och att ha sålt sex (37). Pornografikonsumerande flickor i åldern 16 år hade oftare ett sexuellt riskbeteende, jämfört med flickor som inte konsumerar pornografi (46).

Tidigare studier om pornografianvändning i Sverige

Ett antal undersökningar om pornografianvändning har gjorts i Sverige. Samtliga visar att det främst är män som tittar på pornografi och att det är allra vanligast bland yngre män, för att

sedan avta något med stigande ålder.

Frågorna är inte identiskt ställda och jämförelser ska därför göras med försiktighet. I befolkningsundersökningen Sex i Sverige från 1996 ställdes frågan om man tittat på pornografi under senaste året. Bland männen uppgav 76 procent av 18–24-åringarna att de gjort det, och andelen bland 25–34-åringar var 59 procent. Bland 35–49-åringar hade hälften (50 procent) tittat på pornografi under senaste året, liksom 33 procent av männen i åldern 50–65 år. Bland kvinnor var andelarna lägre: 35 procent av 18–24-åringar hade tittat på pornografi under senaste året, en fjärdedel (24 procent) av 25–34-åringar och en femtedel (21 procent) av 35–49-åringarna (61).

Enligt undersökningen Svenskarna och internet från 2017 var det 30 procent av internetanvändarna som använde internet för att titta på sidor med sexuellt innehåll. Andelen har ökat med ett par procentenheter varje år, både bland dem som tittar på sexuellt innehåll varje vecka och bland dem som gör det mer sällan. Uppdelat på kön var det nästan hälften av männen (48 procent) som tittar på sidor med sexuellt innehåll jämfört med 12 procent av kvinnorna. Andelarna var även i denna undersökning högre bland de yngre männen och sjönk med stigande ålder. Till exempel uppgav 79 procent av männen i åldern 16–25 år att de tittade på sidor med sexuellt innehåll, medan andelen bland män 66–75 år var 18 procent. Bland kvinnor i åldern 16–25 år var det 29 procent som tittade på sexuellt innehåll på internet och även bland kvinnor sjönk andelarna med stigande ålder (62).

Undersökningen Ungar och medier (2017) bekräftar könsskillnaderna när det gäller att titta på sidor med sexuellt innehåll. I undersökningen svarade 58 procent av killarna och 17 procent av tjejerna i åldern 17–18 år att de har sett pornografi under senaste året. Totalt 28 procent av killarna och 3 procent av tjejerna tittade på pornografi en eller flera gånger i veckan (63).

- År 2018 gjorde Sveriges Television (SVT) en undersökning där man tillfrågade 1020 personer i en webbpanel om deras erfarenheter av pornografi. En femtedel (21 procent) av männen och 9 procent av kvinnorna tyckte att pornografin haft en positiv inverkan på deras sexliv. 6 procent av männen och 7 procent av kvinnorna upplevde att pornografi har haft en negativ inverkan på deras sexliv (64).

Metodbeskrivning och frågorna om pornografianvändning

I detta kapitel redovisas hur stor andel av befolkningen som själva eller vars partner använder pornografi. Resultatet baseras på befolkningsundersökningen SRHR2017 som genomfördes av Folkhälsomyndigheten år 2017 i samarbete med Statistiska centralbyrån och Enkätfabriken AB. Enkäten skickades ut till ett slumpmässigt stratifierat urval om cirka 50 000 individer i befolkningen. Svarsfrekvensen var 31 procent. Bortfallet var skevt, med högre bortfall bland exempelvis personer med lägre utbildning och utländsk härkomst. Skevhetera är i linje med andra undersökningar och bortfallet har hanterats med viktning för att svaren i möjligast mån ska representera Sveriges befolkning. Dock bör den statistik som tas fram tolkas med försiktighet och man bör ha i åtanke att det kan finnas skevheter kvar även efter viktning.

Resultaten redovisas som andelar (procent) av befolkningen, uppdelade på kön, ålder och utbildningsnivå. Endast statistiskt signifikanta skillnader (på 95 procents nivå) mellan olika grupper skrivs ut i texten om inte annat anges.

Resultaten presenteras framför allt ur ett jämställdhets- och ett jämlikhetsperspektiv, där skillnader mellan grupper utifrån kön och ålder visas. Resultaten redovisas också uppdelade efter utbildningsnivå som en indikator på socioekonomisk status. Följande tre kategorier har använts: förgymnasial utbildning, gymnasial utbildning, och eftergymnasial utbildning.

Följande frågor från enkäten SRHR2017 redovisas:

- "Tittar du avsiktligt på pornografi?" Svarsalternativen var "Dagligen eller nästan dagligen", "3–5 gånger i veckan", "1–2 gånger i veckan", "2–3 gånger i månaden", "1 gång i månaden eller mer sällan", "Jag tittar aldrig på pornografi" och "Jag tittar aldrig avsiktligt på pornografi, men andra i min omgivning tittar".
- Frekventa användare av pornografi kategoriserades som personer som tittar dagligen eller nästan dagligen, eller 3–5 gånger i veckan.
- "Har du, eller en partner till dig, använt porr för att öka den sexuella upplevelsen?" Svarsalternativen var "Ja, en gång", "Ja, flera gånger", "Ja, regelbundet" och "Nej, aldrig".
- "Påverkar pornografi, som du själv eller en sexpartner ser, ditt sexliv?" Svarsalternativen var "Ja, i huvudsak positivt", "Ja, i huvudsak negativt", "Nej" och "Vet inte".

Sambandsanalyser har gjorts med nedanstående frågor:

- "Hur tycker du att din sexuella hälsa är?" Svarsalternativen var "Mycket god", "God", "Någorlunda", "Dålig" och "Mycket dålig". Svarsalternativen "Mycket god", "God" har slagits ihop.
- "Hur har du upplevt ditt sexliv de senaste 12 månaderna?" Svarsalternativen var "Jag är i stort sett nöjd" och "Jag är i stort sett missnöjd". För personer som kryssade för bägge svarsalternativen skapade vi en egen kategori: "Både nöjd och missnöjd".
- "Vilket påstående passar, i huvudsak, bäst för dig?" Svarsalternativen var "Jag och min partner bestämmer båda lika mycket hur och när vi har sex", "Jag bestämmer oftare hur och när vi har sex", "Min partner bestämmer oftare hur och när vi har sex" och "Inget av påståendena stämmer för mig".
- "Känner du så höga krav att prestera sexuellt så att du upplever det som ett problem?" Svarsalternativen var "Ja, alltid", "Ja, oftast", "Ja, ibland", "Nej, sällan", "Nej, aldrig" och "Vet inte". Svarsalternativen "Ja, alltid", "Ja, oftast" och "Ja, ibland" har slagits ihop till "Ja".
- "Har du någon gång betalat eller gett annan ersättning för sex?" Svarsalternativen var "Ja, en gång", "Ja, flera gånger", "Ja, det senaste året", "Ja, för mer än ett år sedan" och "Nej".
- "Har du någon gång tagit emot betalning eller annan ersättning för sex?" Svarsalternativen var "Ja, en gång", "Ja, flera gånger", "Ja, det senaste året", "Ja, för mer än ett år sedan" och "Nej".

Svarsalternativen "Ja, en gång", "Ja, flera gånger", "Ja, det senaste året" och "Ja, för mer än ett år sedan" från frågorna om sex mot ersättning har slagits ihop.

Resultaten om pornografianvändning

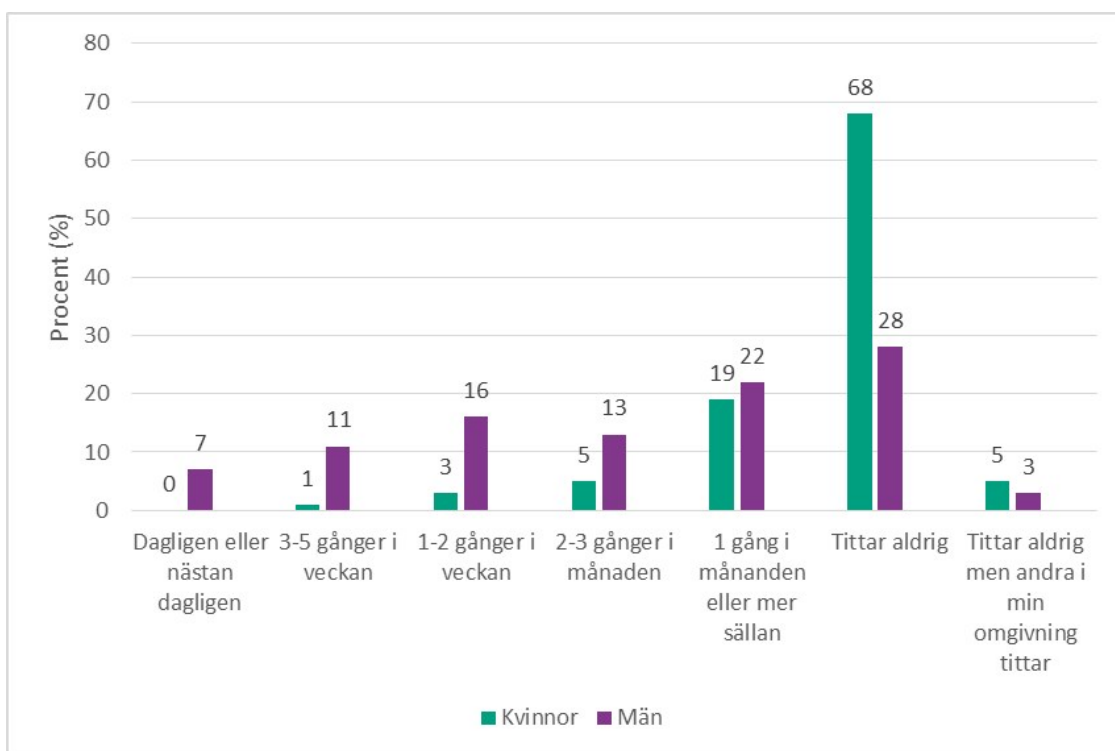
I detta avsnitt redovisas resultat från frågorna "Tittar du avsiktligt på pornografi?", "Har du, eller en partner, använt pornografi för att öka den sexuella upplevelsen?" och "Påverkar pornografi, som du eller en sexpartner ser, ditt sexliv?" Dessa resultat redovisas uppdelat på män och

kvinnor och ålder. Därefter redovisas resultat på sambandsanalyser hos manliga frekventa användare jämfört med manliga icke-frekventa användare, uppdelat på ålder. Frekventa användare är män som använder pornografi dagligen, eller 3-5 gånger i veckan. Anledningen till att endast män redovisas är att det finns väldigt få kvinnor som är frekventa användare. Sambandsanalyser görs mellan sexuell hälsa, nöjdhet med sexliv, upplevd påverkan av pornografianvändning på sexlivet, gällande vem som mest bestämmer över sex i en relation, sexuella prestationskrav och erfarenhet av sex mot ersättning.

Användning av pornografi är vanligare bland män

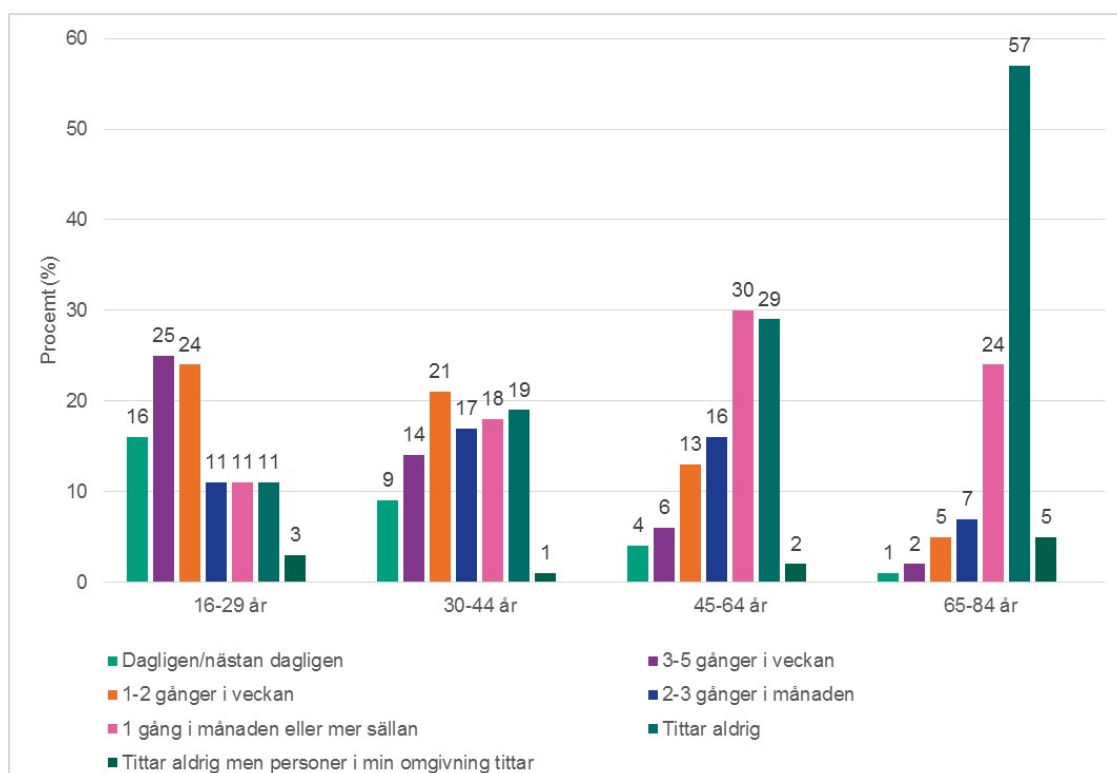
Skillnaderna mellan män och kvinnor är stora när det gäller pornografianvändning (se figur 1). Det är mycket vanligare att män avsiktligt tittar på pornografi; drygt 7 av 10 (72 procent) konsumerar pornografi, medan förhållandet bland kvinnor är det omvända, 7 av 10 (68 procent) konsumerar aldrig pornografi.

Figur 1. Andelar som avsiktligt tittar på pornografi, per kön (n=14 136). Frågan löd "Tittar du avsiktligt på pornografi?" Procent.



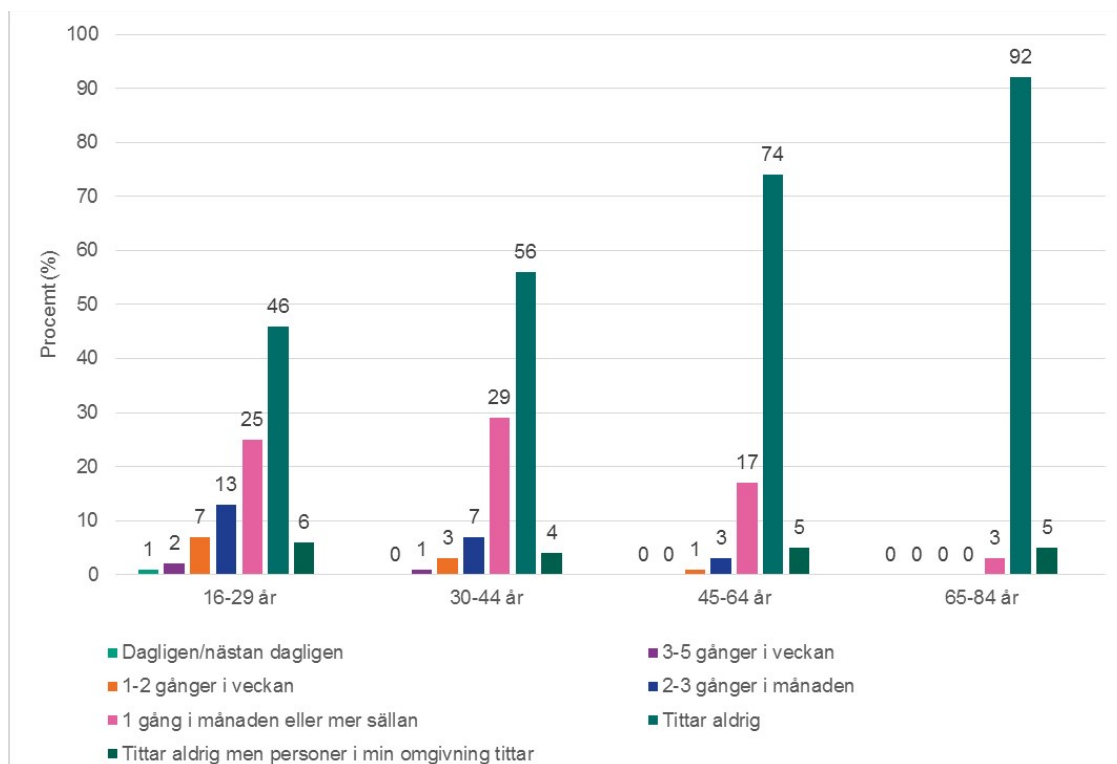
Andelen frekventa användare är bland män nästan en femtedel (18 procent), och bland kvinnor är den bara 1 procent. Vanligast bland kvinnor är att aldrig titta på pornografi (68 procent) följt av att titta på pornografi 1 gång i månaden eller mer sällan, vilket knappt en femtedel (19 procent) gör. Totalt 5 procent av kvinnorna tittar på pornografi 2–3 gånger i månaden och 3 procent 1–2 gånger i veckan. En knapp femtedel (19 procent) av männen tittar 1 gång i månaden eller mer sällan, medan 13 procent tittar 2–3 gånger i månaden och 16 procent tittar 1–2 gånger i veckan. Bland kvinnor svarade 5 procent att personer i deras omgivning tittar på pornografi, jämfört med 3 procent av männen.

Figur 2. Andel män som avsiktligt tittar på pornografi, per åldersgrupp (n= 6 169). Frågan löd "Tittar du avsiktligt på pornografi?" Procent.



Att titta på pornografi är vanligast i den yngsta gruppen 16–29 år. Totalt 16 procent svarade att de dagligen eller nästan dagligen tittar på pornografi, och 25 procent att de tittar 3–5 gånger i veckan (se figur 2). Bland 30–44-åringar var mönstret likartat, men andelarna lägre: 9 procent av männen tittar dagligen på pornografi och 14 procent 3–5 gånger i veckan. Andelen frekventa användare av pornografi är alltså en fjärdedel (23 procent) av männen 30–44 år. I åldersgruppen 45–64 år tittar 4 procent på pornografi dagligen och 10 procent räknas som frekventa användare. Totalt 13 procent av männen svarade att de tittar 1–2 gånger i veckan och 30 procent gör det 1 gång i månaden eller mer sällan. Tre av tio män (29 procent) av männen i åldern 45–64 år tittar aldrig avsiktligt på pornografi. I den äldsta gruppen 65–84 år är 3 procent män frekventa användare och 57 procent tittar en gång i månaden eller mer sällan. Ungefär 3 procent av samtliga män tittar aldrig själva på pornografi men personer i deras närhet gör det. Detta svar var vanligast bland män 65–84 år (5 procent).

Figur 3. Andel kvinnor som avsiktligt tittar på pornografi, per åldersgrupp (n=7 967). Frågan löd "Tittar du avsiktligt på pornografi?" Procent.

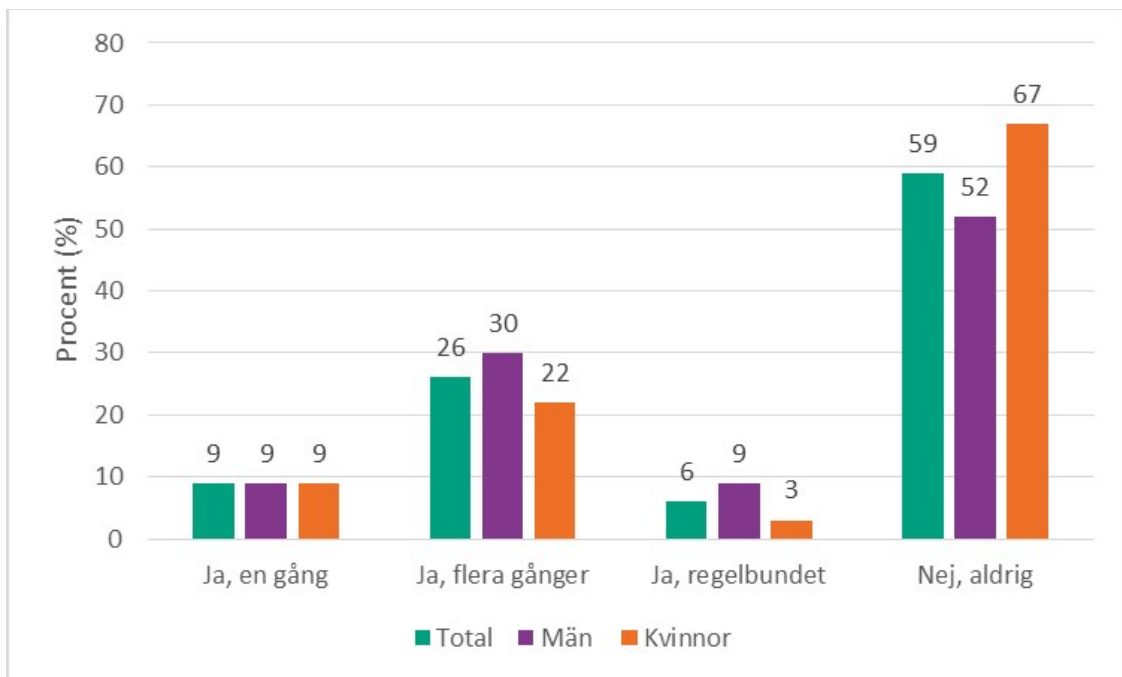


Bland kvinnor 16–29 år tittar 1 procent dagligen på pornografi, 2 procent 3–5 gånger i veckan och 7 procent 1–2 gånger i veckan (se figur 3). Nästan hälften (46 procent) tittar avsiktligt på pornografi en gång i månaden eller mer sällan. Andelen frekventa användare är 3 procent bland kvinnor 16–29 år. I gruppen 30–44 år är det mer ovanligt att titta pornografi. Knappt 1 procent i åldersgruppen är frekventa användare. Tre av tio (29 procent) tittar en gång i månaden eller mer sällan. Inga kvinnor i åldersgruppen 45–64 år tittar på porr dagligen eller 3–5 gånger i veckan. Bland de kvinnor som tittar på pornografi är det vanligast att titta 1 gång i månaden eller mer sällan (17 procent). Tre av fyra kvinnor (74 procent) i åldern 45–64 år tittar aldrig avsiktligt på pornografi. Inte heller bland 65–84-åriga kvinnor finns några frekventa användare. En majoritet tittar aldrig avsiktligt på pornografi. Totalt sett svarade 5 procent av kvinnorna att de själva aldrig tittar på pornografi men att personer i deras omgivning gör det.

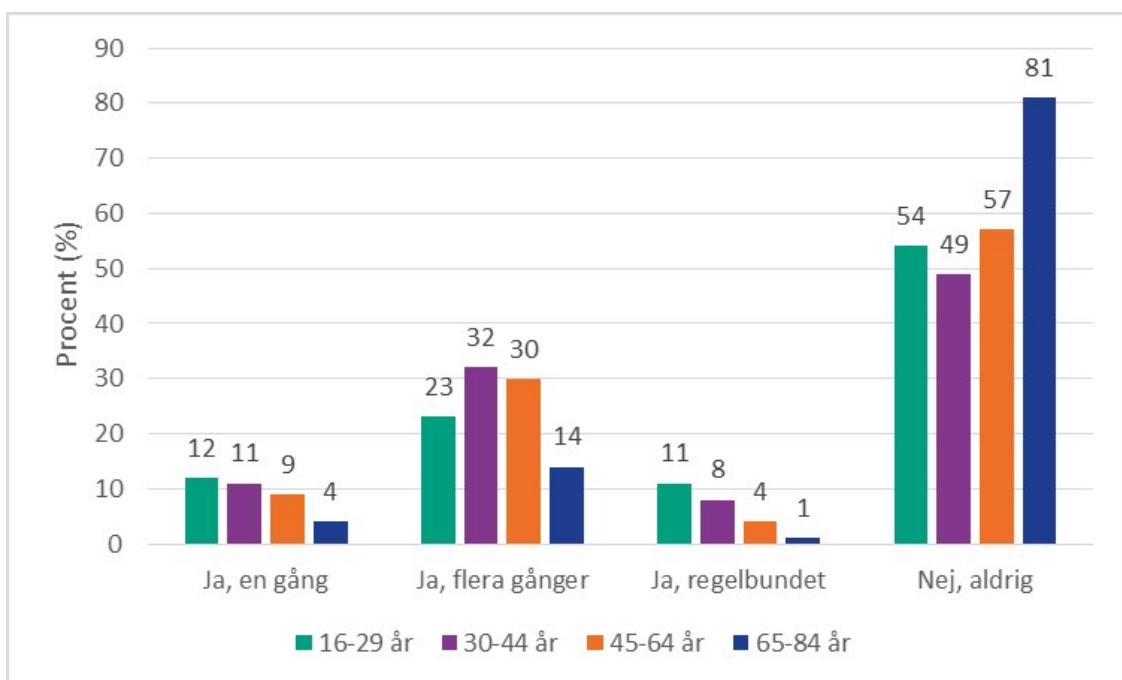
Att använda porr för att öka den sexuella upplevelsen

Fyra av tio (41 procent) har själva använt pornografi för att öka den sexuella upplevelsen, eller har en partner som gjort det (se figur 4). Denna erfarenhet är vanligare bland män. Vanligast är att ha använt pornografi flera gånger, vilket 30 procent av männen och 22 procent av kvinnorna svarade. Det är lika vanligt bland män som bland kvinnor att en själv eller ens partner vid ett tillfälle använt pornografi för att öka den sexuella upplevelsen (9 procent). Knappt en av tio (9 procent) män och 3 procent av kvinnorna uppger att de själva eller en partner regelbundet använder pornografi för att öka den sexuella upplevelsen.

Figur 4. Andel som själva, eller vars partner, använt pornografi för att öka den sexuella upplevelsen (n=13 059). Frågan löd "Har du, eller en partner till dig, använt porr för att öka den sexuella upplevelsen?" Totalt och per kön. Procent.



Figur 5. Andel som själva eller vars partner använt pornografi för att öka den sexuella upplevelsen, per åldersgrupp (n=13 059). Frågan löd "Har du, eller en partner till dig, använt porr för att öka den sexuella upplevelsen?" Procent.



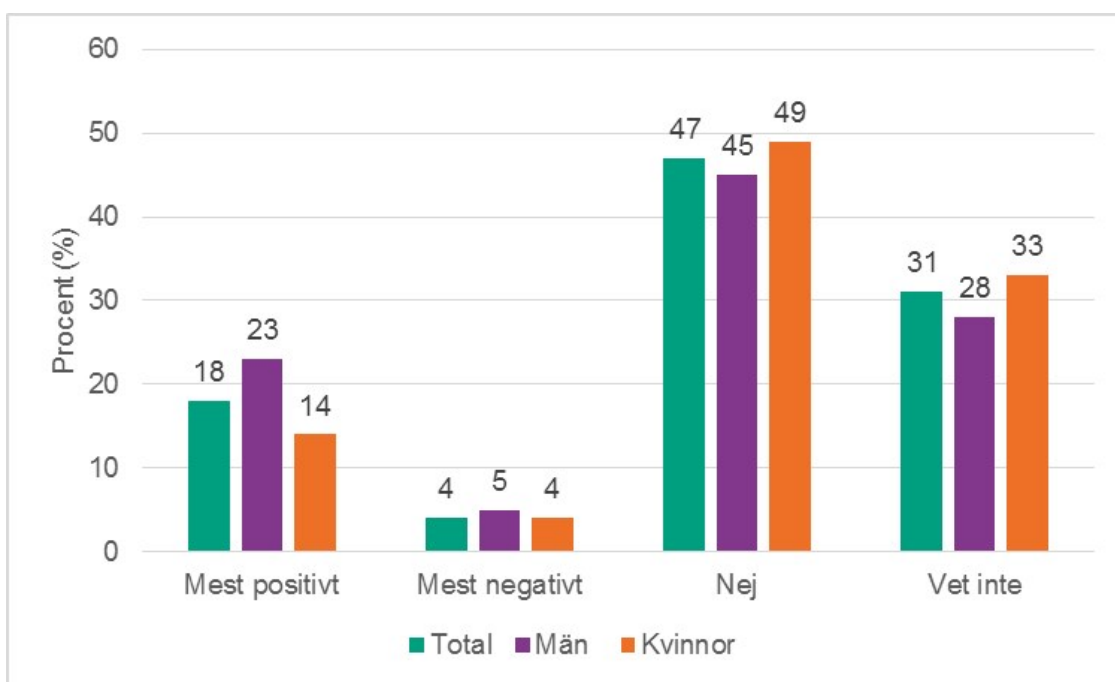
I samtliga åldersgrupper är det vanligast att ha använt pornografi för att öka den sexuella upplevelsen flera gånger jämfört med en gång eller regelbundet (se figur 5). I gruppen 30–44 år är det vanligast att man själv använt pornografi för att öka den sexuella upplevelsen, eller att en partner gjort det: en tredjedel (32 procent) har använt pornografi flera gånger och 8 procent gör det regelbundet. Bland 16–29-åringar är andelen något lägre: en fjärdedel har använt pornografi flera gånger, eller har en partner som gjort det. Totalt 12 procent har använt pornografi för att öka den sexuella upplevelsen en gång och 11 procent gör det regelbundet. I åldern 45–64 år har 43 procent erfarenhet av att själva eller en partner använt pornografi, och en knapp tredjedel (30

procent) har gjort så flera gånger. Bland 65–84-åringar var andelen lägre, till exempel hade 14 procent använt pornografi flera gånger.

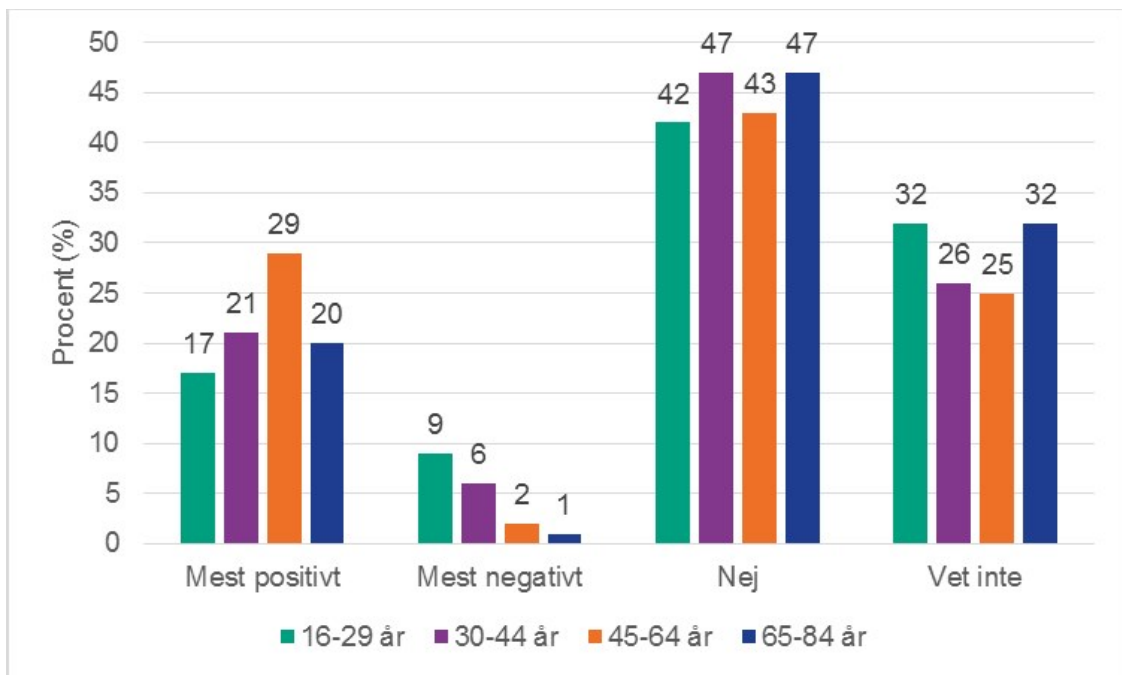
Upplevd påverkan på sexlivet

Totalt upplever knappt hälften att pornografi som de själva eller en partner använt inte påverkar deras sexliv, och andelen var något högre bland kvinnor än bland män (se figur 6). 33 procent av kvinnorna och 28 procent av männen har svarat att de inte vet hur sexlivet påverkas. Även andelarna som uppgav en i huvudsak negativ påverkan var ungefär lika, 4 procent bland kvinnor och 5 procent bland män. Störst könsskillnad fanns bland dem som upplever en positiv påverkan på sexlivet, där andelen bland män var 23 procent och lägre bland kvinnor, 14 procent.

Figur 6. Andel som upplever att pornografi, som de själva eller en partner ser, påverkar sexlivet (n=13 993). Frågan löd "Påverkar pornografi, som du själv eller en sexpartner ser, ditt sexliv?" Totalt och per kön. Procent.

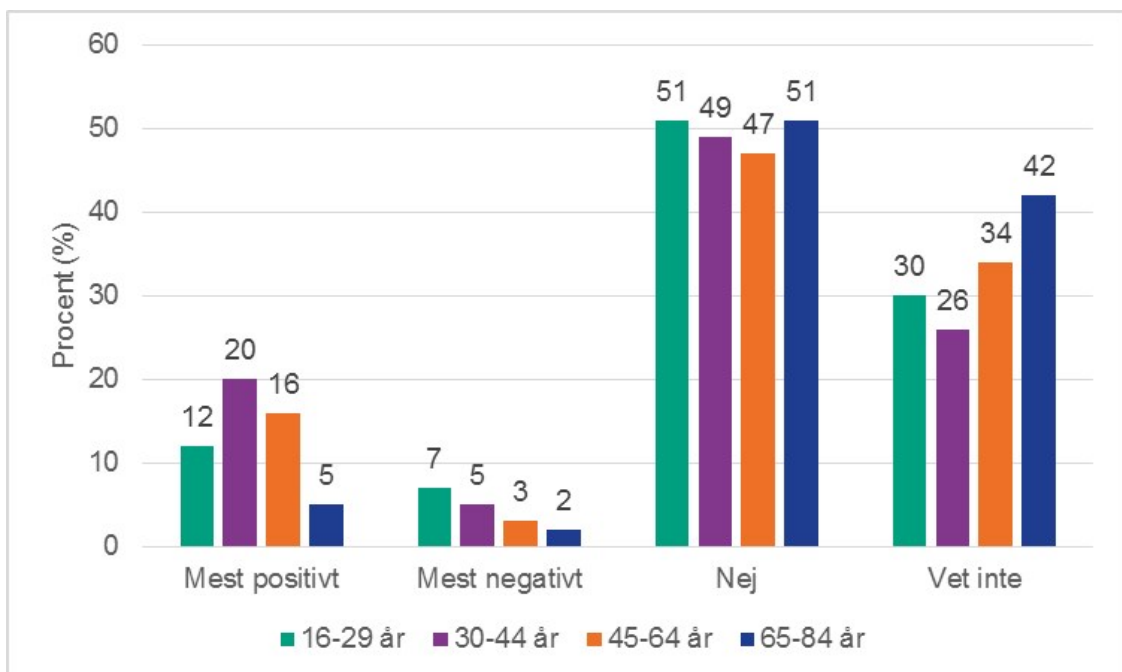


Figur 7. Om pornografi, som man själv eller en sexpartner ser, påverkar ens sexliv. Män, per åldersgrupp (n=6 150). Frågan löd "Påverkar pornografi, som du själv eller en sexpartner ser, ditt sexliv?" Procent.



Bland män fanns några skillnader mellan åldersgrupperna i pornografianvändningens påverkan (se figur 7). Till exempel upplever en högre andel (29 procent) av 45–64-åriga män att pornografi har en positiv påverkan på sexlivet, jämfört med 21 procent av 30–44-åringar, 20 procent av 65–84-åringar och 17 procent av 16–29-åringarna. I gruppen 16–29 år fanns den högsta andelen (9 procent) som upplever en huvudsaklig negativ påverkan, liksom en högre andel som svarade att de inte vet hur pornografianvändningen påverkar sexlivet, jämfört med 30–44-åringar och 45–64-åringar. Totalt 45 procent av männen svarade att pornografianvändning inte påverkar sexlivet, medan 28 procent uppgav att de inte vet.

Figur 8. Andelar som uppger att pornografi, som en själv eller en sexpartner ser, påverkar ens sexliv. Kvinnor, per åldersgrupp (n=7 843). Frågan löd "Påverkar pornografi, som du själv eller en sexpartner ser, ditt sexliv?" Procent.

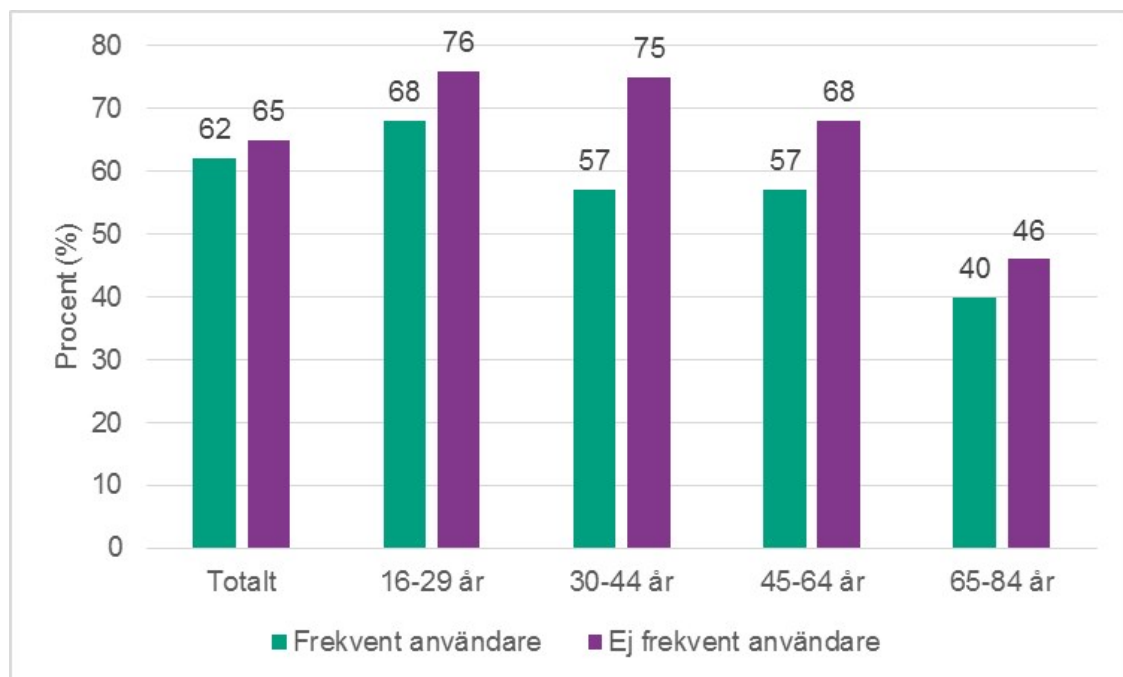


Det fanns några åldersskillnader i kvinnors upplevelser av pornografianvändningens påverkan på sexlivet (se figur 8). Ungefär hälften av kvinnorna i samtliga åldersgrupper upplever att den egna eller partners pornografianvändning inte påverkar sexlivet, medan ungefär 30 procent inte vet. Högst andel som inte vet finns bland 65–84-åringar (42 procent) och lägst andel i åldern 30–44 år (26 procent). Den yngsta gruppen, 16–29 år, upplever i störst utsträckning en negativ påverkan på sexlivet, vilket 7 procent svarade. Samtidigt upplever 12 procent i samma ålder en i huvudsak positiv påverkan. Dessa andelar var något lägre än bland 30–44-åringar där 20 procent upplever en positiv påverkan på sexlivet. Bland 65–84-åringar var det en lägre andel (5 procent) som uppgav att pornografi har en i huvudsak positiv påverkan på sexlivet.

Fyra av tio unga män tittar på porr minst 3 gånger i veckan

Frekventa användare är de som svarat att de tittar på pornografi dagligen, nästan dagligen eller 3–5 gånger i veckan. Skillnader i faktorer som påverkar sexuell hälsa har undersökts mellan manliga frekventa användare och manliga icke frekventa.

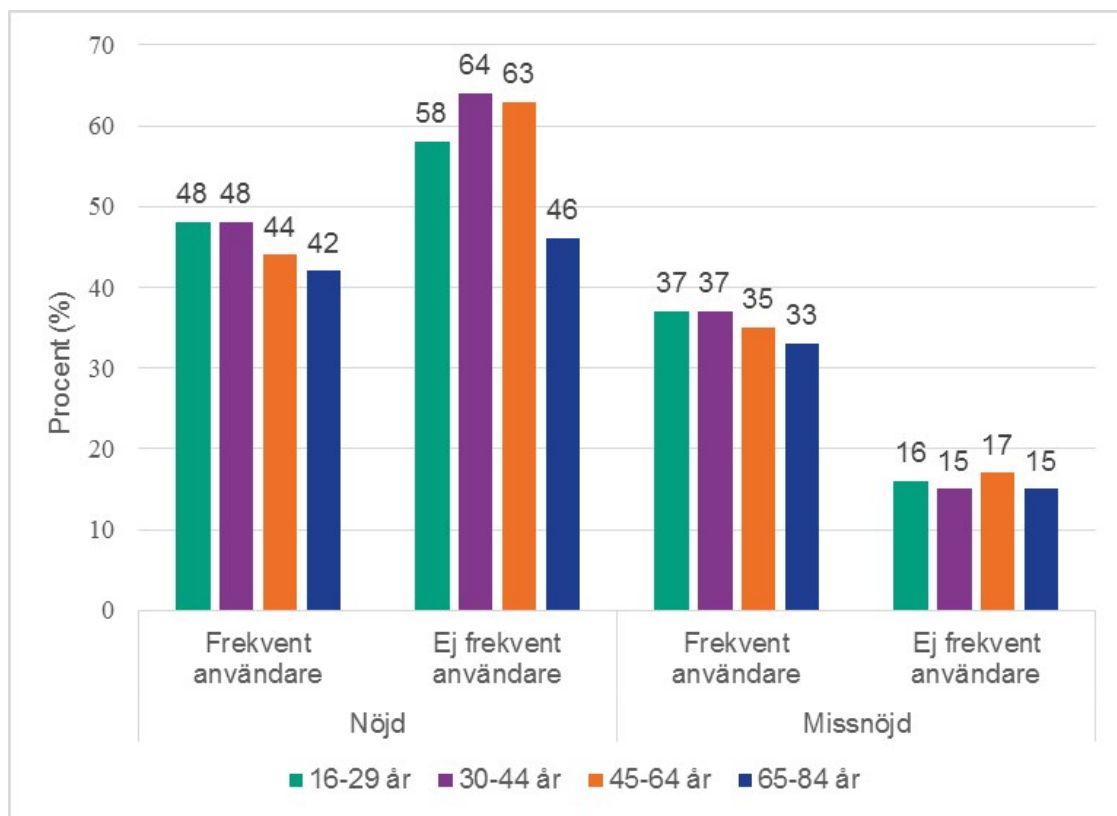
Figur 9. Andelar som uppger god eller mycket god sexuell hälsa (självskattad). Män, per ålder och frekventa användare och ej frekventa användare (n=6 107). Procent.



Ungefär samma andel frekventa användare jämfört med icke-frekventa användare, svarade att de har god eller mycket god sexuell hälsa: 62 respektive 65 procent (se figur 9). I åldersgruppen 16–29 år fanns tendens till skillnad: 76 procent av icke-frekventa användare och en något lägre andel av frekventa användare, 68 procent, svarade att de har god eller mycket god sexuell hälsa. I de högre åldersgrupperna skattade en högre andel icke-frekventa användare sin sexuella hälsa som god eller mycket god, jämfört med frekventa användare. Tre fjärdedelar (75 procent) av 30–44-åriga män som inte är frekventa användare av pornografi har god eller mycket god sexuell hälsa, jämfört med 57 procent av frekventa användare i samma ålder. Även bland frekventa användare 45–64 år är andelen med god eller mycket god sexuell hälsa 57 procent, medan den är högre bland icke-frekventa användare i samma ålder, 68 procent. I den äldsta gruppen fanns få frekventa användare (3 procent) och här fanns ingen signifikant skillnad mellan frekventa användare och icke-frekventa användare i fråga om sexuell hälsa: 46 procent av

frekventa användare och 40 procent av icke-frekventa användare svarade att de har god eller mycket god sexuell hälsa.

Figur 10. Andel som är i stort sett nöjda eller missnöjda med sexlivet under de senaste tolv månaderna. Män, per åldersgrupp och kategori frekventa användare respektive icke-frekventa användare (n=6 371). Procent.

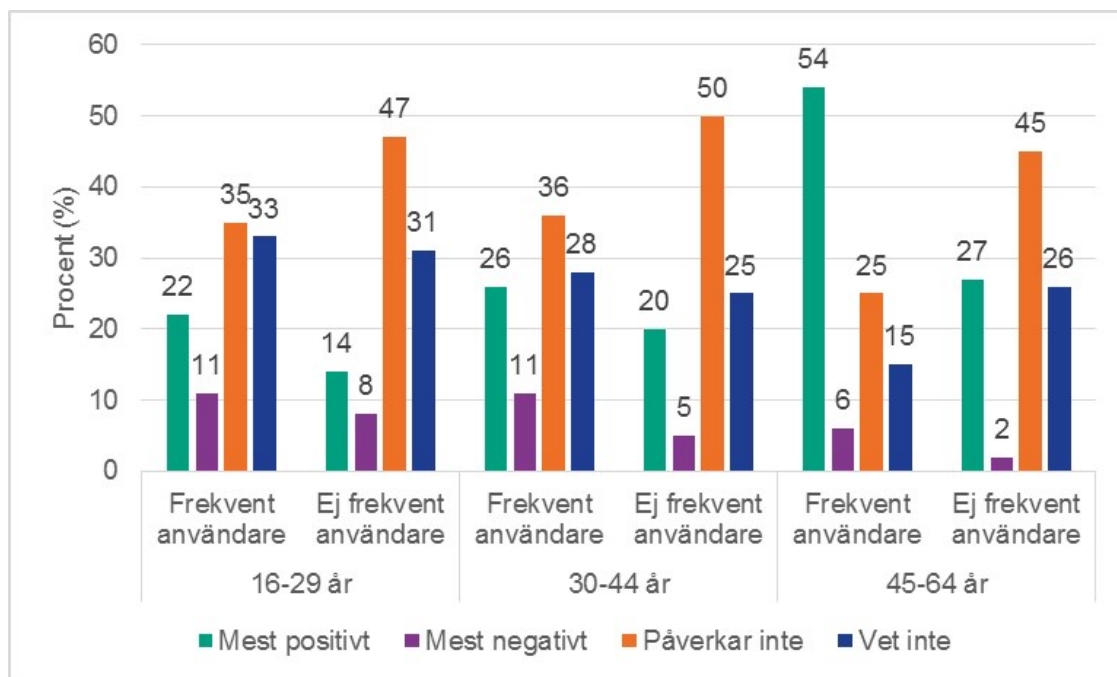


I alla åldersgrupper svarade en något lägre andel frekventa användare, jämfört med icke-frekventa användare, att de i stort sett är nöjda med sexlivet under det senaste året, 47 procent respektive 58 procent (se figur 10). I samtliga åldersgrupper är icke-frekventa användare av pornografi i större uträkning nöjda med sitt sexliv. Frekventa användare är genomgående i större uträkning missnöjda med sitt sexliv än personer som inte tittar på pornografi lika ofta eller inte alls, och det fanns inga skillnader mellan åldersgrupperna. Drygt en tredjedel (36 procent) av frekventa användare är i stort sett missnöjda medan 16 procent av icke-frekventa användare är missnöjda med sitt sexliv under de senaste 12 månaderna.

I åldersgruppen 16–29 år är 48 procent av frekventa användare nöjda med sexlivet, jämfört med 58 procent av icke-frekventa användare. I samma åldersgrupp är 37 procent av frekventa användare i stort sett missnöjda med sexlivet, medan andelen var lägre bland icke-frekventa användare, 16 procent. Även bland 30–44-åringar är de som tittar på pornografi dagligen eller nästan dagligen i lägre utsträckning nöjda med sexlivet, 48 procent jämfört med 64 procent bland dem som inte är frekventa användare. Omvänt är en högre andel bland frekventa användare missnöjda: 37 procent jämfört med 15 procent bland icke-frekventa användare. Andelarna bland 45–64-åringar är liknande: 35 procent av frekventa användare är missnöjda, jämfört med 17 procent bland icke-frekventa användare. Även i den äldsta åldersgruppen är frekventa användare i högre utsträckning missnöjda med sexlivet, 33 jämfört med 15 procent. Bland frekventa användare svarade 17 procent att de är både nöjda och missnöjda med sexlivet under

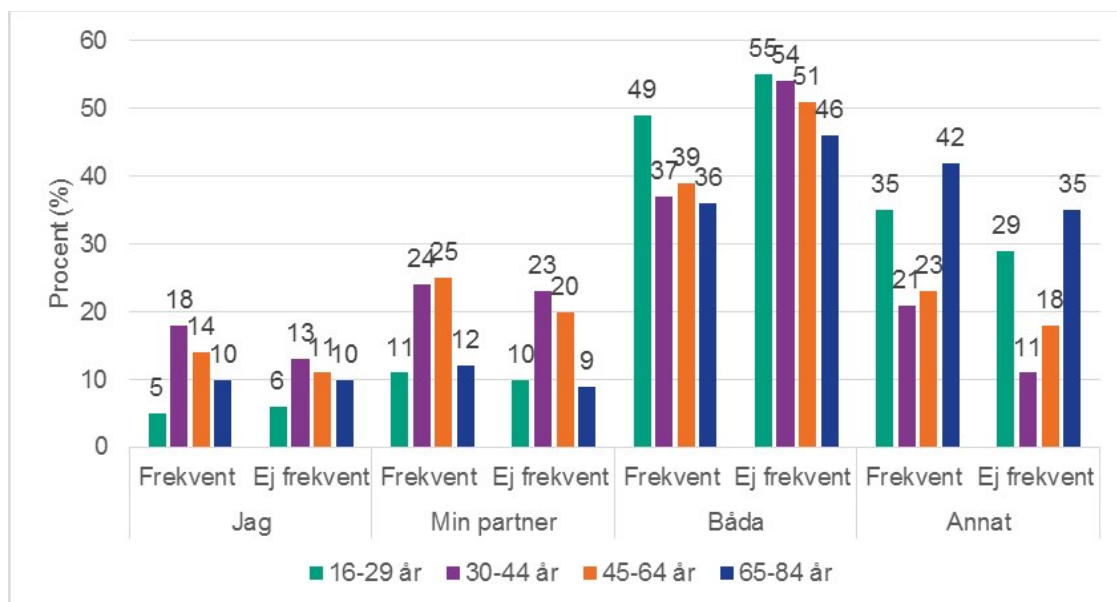
de senaste 12 månaderna, medan andelen bland icke-frekventa användare var högre, 26 procent.

Figur 11. Andel som upplever påverkan på sexlivet av pornografi som de själva eller en sexpartner ser. Män, per åldersgrupp. Kategori frekventa användare respektive icke-frekventa användare (n=6 150). Procent.



Figur 11 visar hur pornografi som en själv eller en sexpartner ser påverkar sexlivet. På grund av för få män i de respektive svarskategorierna redovisas inte den äldsta gruppen män 65–84 år. Drygt en tredjedel (35 procent respektive 36 procent) av de frekventa användarna 16–29 år och 30–44 år, upplever ingen påverkan på sexlivet av pornografianvändning. Andelen var högre bland icke-frekventa användare; knappt hälften (45–50 procent) i samtliga åldersgrupper upplever ingen påverkan. Ungefär lika stora andelar icke-frekventa användare som frekventa användare vet inte hur sexlivet påverkas, ungefär en tredjedel av 16–29-åringar och en fjärdedel av 30–44-åringar. I samtliga åldersgrupper var andelarna som upplever en i huvudsak negativ påverkan högre bland frekventa användare. I åldern 16–29 år och 30–44 år upplever drygt en tio (11 procent) mest negativ påverkan, och andelarna bland icke-frekventa var 8 respektive 5 procent. Samtidigt fanns de högsta andelarna som upplever positiv påverkan av pornografianvändning bland frekventa användare, jämfört med icke-frekventa användare. Till exempel upplever en fjärdedel (26 procent) av frekventa användare 30–44 år en i huvudsak positiv påverkan, och andelen bland icke-frekventa användare i samma ålder är 20 procent. Högst andel (54 procent) som upplever positiv påverkan fanns bland frekventa användare i åldern 45–64 år.

Figur 12. Den part som oftast bestämmer hur och när man ska ha sex. Kolumnen "annat" motsvarar svarsalternativet "inget av påståendena stämmer för mig". Män per åldersgrupp, frekventa och icke-frekventa användare (n=6 150). Procent.

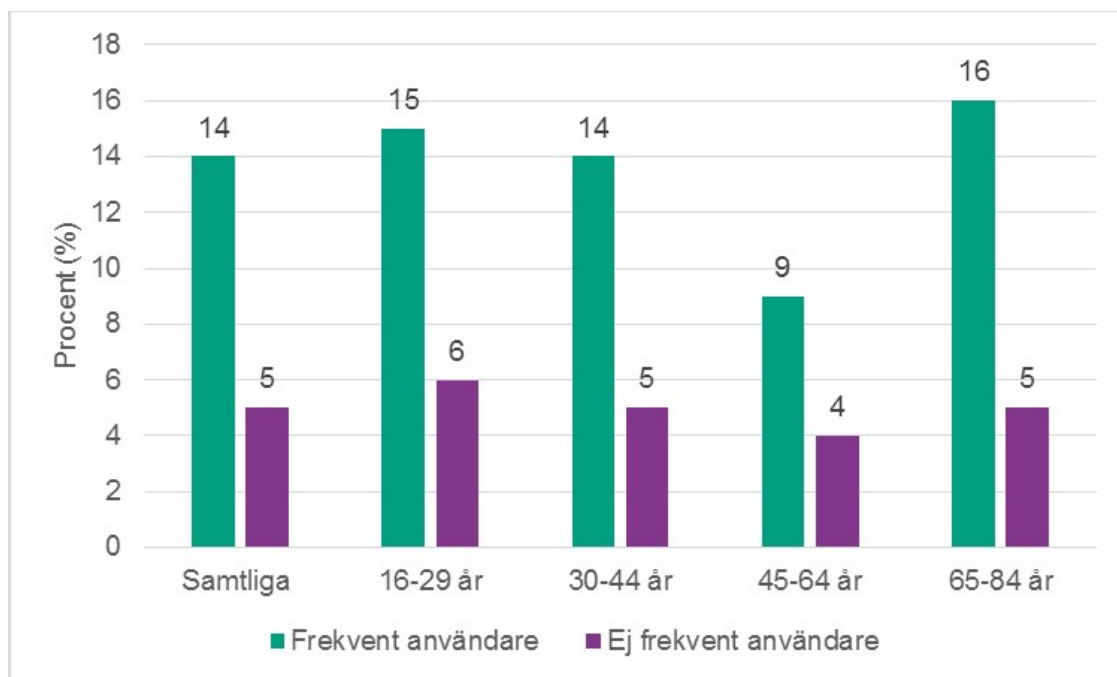


Lika andelar bland frekventa användare och icke-frekventa användare svarade att det oftast är de själva som bestämmer hur och när de ska ha sex med en partner (se figur 12). Andelarna är lägst i den yngre åldersgruppen 16–29 år, där 5 procent av frekventa användare och 6 procent av icke-frekventa användare gav det svaret. I samma åldersgrupp uppgav 11 procent av de frekventa användarna att partnern oftare bestämmer, jämfört med 10 procent av icke-frekventa användare. Andelarna som svarade att partnern oftare bestämmer var ungefär lika stor bland personer som använder pornografi dagligen eller nästan dagligen jämfört med dem som inte gör det, i alla åldrar, utan några signifikanta skillnader mellan grupperna.

Somliga uppgav att de själva och partnern bestämmer lika mycket om sex, och andelen var ungefär lika stor bland män som är frekventa användare av pornografi och män som inte är det. Skillnader mellan grupperna fanns dock bland 30–44-åringar och 45–64-åringar, där frekventa användare i lägre utsträckning svarade att båda bestämmer lika mycket om sex. Till exempel svarade 4 av 10 (39 procent) frekventa användare att båda bestämmer lika mycket, jämfört med hälften av icke-frekventa användare (51 procent).

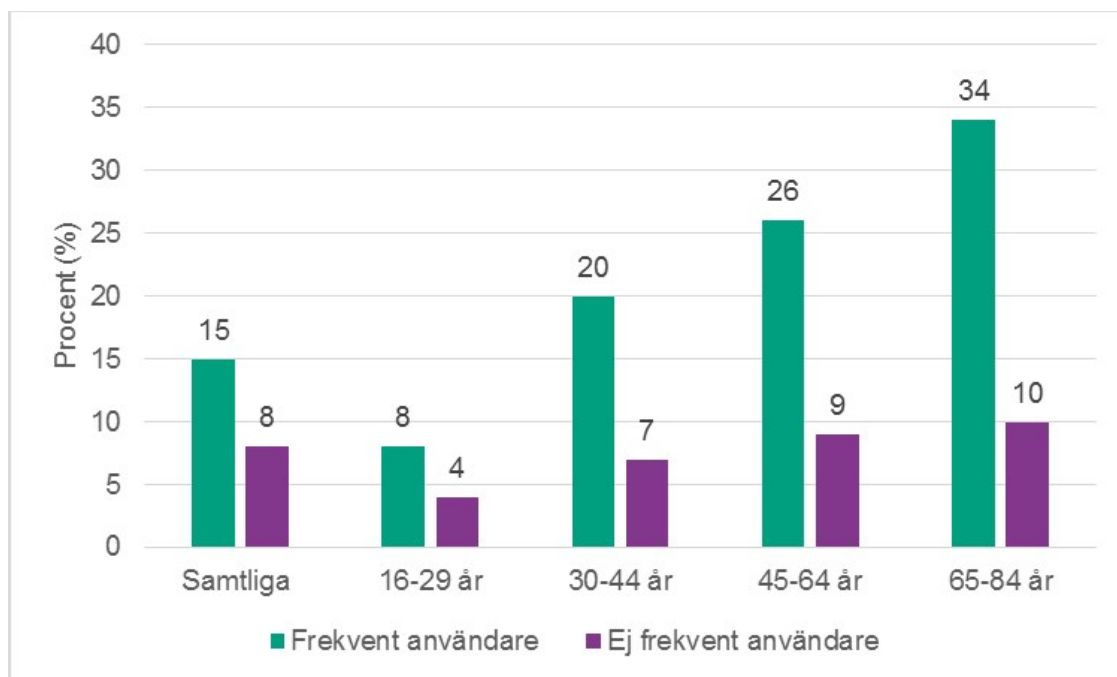
Kategorin annat motsvarar svarsalternativet "inget av påståendena stämmer för mig". Andelarna som svarade "annat" var 11–42 procent och är generellt något högre bland frekventa användare. Dock finns endast signifikant skillnad i åldersgruppen 30–44 år, för där svarade 21 procent frekventa användare och 11 procent icke-frekventa användare av pornografi "annat".

Figur 13. Andel som känner så höga krav på att prestera sexuellt att det upplevs som ett problem. Män, per åldersgrupp (n=6 371). Kategori frekventa användare och icke-frekventa användare. Procent.



Det är vanligare bland frekventa användare att känna så höga krav på att prestera sexuellt att det upplevs som ett problem, i jämförelse med icke-frekventa användare (se figur 13). Bland samtliga frekventa användare upplever 14 procent höga prestationskrav, och andelen bland icke-frekventa användare är 5 procent. Bland frekventa användare i åldern 16–29 år upplever 15 procent sexuella prestationskrav som ett problem, liksom 6 procent av icke-frekventa användare. Bland 30–44-åringar är det bland frekventa användare 14 procent som upplever höga sexuella prestationskrav, och bland icke-frekventa användare är andelen 5 procent. I åldrarna 45–64 år fanns ingen signifikant skillnad när det gäller upplevelser av sexuella prestationskrav. I den äldsta gruppen upplever 16 procent att detta är ett problem, medan andelen bland icke-frekventa användare är 5 procent.

Figur 14. Andel med erfarenhet av att ha gett eller fått ersättning för sex, frekventa användare jämfört med icke-frekventa användare. Män, per åldersgrupp (n=6 371). Procent.



Frekventa användare har i högre grad gett eller tagit emot ersättning för sex, jämfört med icke-frekventa användare (se figur 14). Bland samtliga (alla åldrar) har 15 procent av frekventa användare och 8 procent av icke-frekventa användare erfarenhet av detta. Bland 16–29 åringar fanns tendens till skillnad mellan grupperna: 8 procent av frekventa användare och 4 procent av icke-frekventa användare har erfarenhet av sex mot ersättning. Bland 30–44-åringar har en femtedel av frekventa användare (20 procent) och en lägre andel av de icke-frekventa, 7 procent, gett eller fått ersättning för sex. Samma mönster återfinns bland 45–64 åringar där en fjärdedel frekventa användare (26 procent) haft sex mot ersättning, och bland icke-frekventa användare var andelen 9 procent. Störst skillnad fanns i den äldsta gruppen. Bland frekventa användare 65–84 år hade 34 procent erfarenhet av sex mot ersättning, jämfört med 10 procent av icke-frekventa användare.

Pornografianvändning och utbildning

Vi undersökte även om utbildningsnivå har betydelse för pornografianvändning och fann att högre utbildningsnivå har samband med högre andel regelbundna pornografianvändare, definierat som att man tittar på pornografi minst en gång i veckan. Anledning till en ny kategori "regelbundna användare" var för att få större grupper vid indelning efter utbildningsnivå. Endast män 30 år och äldre inkluderades i analysen eftersom många yngre ännu inte gjort klart sin utbildning. Andelen män som regelbundet använder pornografi var 18 procent bland dem med endast förgymnasial utbildning, 30 procent bland dem med gymnasial utbildning och 36 procent bland män med eftergymnasial utbildning. Dessa skillnader är signifikanta. Vi fann även tendenser till skillnader i utbildningsnivå i relation till andra faktorer. En tendens till skillnad innebär att skillnaden inte är statistiskt signifikant, men sannolikt skulle bli det om fler personer hade tillfrågats. Det fanns en tendens till att pornografi som personen själv eller en partner ser påverkar sexlivet mer negativt bland män med eftergymnasial utbildning. Bland män med gymnasial utbildning uppgav en något högre andel att pornografianvändning påverkar sexlivet positivt, jämfört med dem som hade kortare eller längre utbildning.

Diskussion om pornografianvändning och sexuell hälsa

Vår undersökning visar, i likhet med många andra studier, att pornografianvändning är betydligt vanligare bland män än bland kvinnor, liksom bland yngre jämfört med äldre. Nästan en femtedel av samtliga män var frekventa användare, definierat som att man använder pornografi minst 3 gånger i veckan, jämfört med bara 1 procent av kvinnorna. Frekvent användning av pornografi var vanligast bland män i åldern 16–29 år (41 procent). Knappt en fjärdedel av 30–44-åriga män var frekventa användare och 10 procent av män i åldrarna 45–64 år.

Fyra av tio i befolkningen svarade att de själva eller en partner hade använt pornografi för att öka den sexuella upplevelsen. Detta var vanligare bland män än bland kvinnor. Vanligast var upplevelsen att pornografianvändning inte påverkade sexlivet, eller att man inte visste hur den påverkade, vilket knappt hälften respektive ungefär en tredjedel i befolkningen svarade. En låg andel uppgav att pornografianvändning i huvudsak hade negativ påverkan, 4 procent bland kvinnor och 5 procent bland män. Män svarade i större uträkning att pornografianvändning i huvudsak hade positiv påverkan, 23 procent, jämfört med 14 procent bland kvinnor. I den grupp där pornografianvändning var mest vanligt förekommande, män 16–29 år, upplevde fler en negativ påverkan av att titta på pornografi jämfört med män i allmänhet. Andelen män som regelbundet använder porr (1–2 gånger i veckan eller mer) ökade med utbildningslängden: 18 procent bland dem med endast förgymnasial utbildning, 30 procent bland dem med gymnasial utbildning och 36 procent bland män med eftergymnasial utbildning.

Frekvent användning av pornografi bland män 30–65 år, har samband med en sämre självskattad sexuell hälsa och riskfaktorer för sexuell hälsa, såsom erfarenhet av sex mot ersättning, problem med alltför höga sexuella prestationskrav och missnöje med det egna sexlivet. Inga skillnader fanns mellan frekventa användare och icke-frekventa användare av pornografi när det gäller vem i en relation som oftast bestämmer hur och när man ska ha sex.

Jämförelser med tidigare studier om pornografianvändning

Tidigare studier om pornografianvändning i Sverige har ställt frågor med andra tidsramar än i denna studie. I befolkningsundersökningen Sex i Sverige från 1996, ställdes frågan om man tittat på pornografisk film under senaste året. Totalt sett uppgav 51 procent av männen och 20 procent av kvinnorna. I SRHR2017 svarade 69 respektive 28 procent att de använder pornografi, och i SRHR2017 hade frågan flera svarsalternativ, från dagligen till en gång i månaden eller mer sällan. Jämförelser ska självfallet göras med försiktighet eftersom frågorna inte ställts på samma sätt. Det verkar dock som att erfarenhet av att ha tittat på pornografi har blivit vanligare bland båda könen, vilket är en förväntad utveckling eftersom tillgängligheten har ökat avsevärt genom internet. Både Sex i Sverige och SRHR2017 visade också vissa könsskillnader; det var vanligare bland män att titta på pornografi, och vanligast var det bland yngre män. Andelarna som tittade på pornografi sjönk med stigande ålder (61).

I undersökningen Svenskarna och internet från 2017 fick svarspersonerna ange om de använde internet för att titta på sidor med sexuellt innehåll, så termen pornografi användes alltså inte. Resultaten kan inte jämföras med SRHR2017 men även denna studie bekräftade tidigare mönster: Det var fler män än kvinnor som tittade på sidor med sexuellt innehåll, och andelarna var högre bland de yngre männen och sjönk med stigande ålder (62). Även undersökningen

Ungar och medier från 2017 bekräftade könsskillnaderna när det gäller att titta på pornografi. I undersökningen svarade 58 procent av killarna och 17 procent av tjejerna i åldern 17–18 år att de har sett pornografi under senaste året, alltså något lägre andelar än i SRHR2017 (63).

Resultaten från samtliga nämnda studier visar att konsumenter av pornografi framför allt är män. Detta kan förstås ha flera orsaker, bland annat att det kan vara mera acceptabelt för män att se pornografi och kanske det till och med finns en social förväntan på killar och män att de ska göra det. En annan anledning kan vara att det generella utbudet av pornografi inte tilltalar kvinnor eftersom innehållet i hög grad produceras av män, för män och fokuserar på mäns sexuella njutning och inte på kvinnors.

Resultaten i SRHR 2017 ligger huvudsakligen i linje med resultatet från SVT:s undersökning från 2018. I SVT:s undersökning uppgav 21 procent av männen att pornografin har en positiv inverkan på deras sexliv, och andelen i vår studie var liknande, 23 procent. Bland kvinnorna i SVT:s undersökning uppgav 9 procent en positiv påverkan, jämfört med 14 procent i vår undersökning. 6 procent av männen svarade i SVT:s undersökning att pornografi har haft en negativ inverkan på deras sexliv, andelen i SRHR2017 studie är snarlik med 5 procent. Störst skillnad i resultat fanns bland kvinnor som uppgav en negativ påverkan av pornografianvändning. I SVT:s undersökning var det 7 procent, vilket är nästan dubbelt så många jämfört med i vår undersökning, 4 procent (64). Dock är talen låga och bör således tolkas med försiktighet.

Om pornografianvändning och jämställdhet

Resultaten i denna undersökning visar att användare av pornografi i Sverige till största delen är män. Frågorna i SRHR2017 handlar om användningen och dess koppling till hälsan, vilket i praktiken innebär att resultaten beskriver den manlige pornografianvändarens hälsa. Folkhälsomyndighetens arbete ska beakta jämställdhet, och därför kan möjliga konsekvenser av pornografianvändning inte bara diskuteras utifrån hälsans bestämningsfaktorer hos användaren utan behöver även belysas ur ovanstående jämställdhetsperspektiv. Inom pornografin finns stereotypa skildringar av manlig respektive kvinnlig sexualitet, och av manlig överordning respektive kvinnlig underordning. (65) Denna maktordning sexualiseras, vilket i praktiken innebär att ojämställdhet erotificeras (8). Detta påverkar, eller försämrar, mäns men framför allt kvinnors möjligheter att få sina sexuella och reproduktiva rättigheter uppfyllda (8). Vidare framställs unga människor på ett könsstereotypt sätt i heterosexuell pornografi, där kvinnor är underkastade och männen dominerande (65). Därutöver finns en våldsproblematik med inslag av misshandel, stryptag och dominans av kvinnor. De våldshandlingar som skildras är potentiellt skadliga för de kvinnor som deltar i produktionen, men kan även påverka det sexuella skriptet och användarens förväntningar och föreställningar om sex. I SRHR2017 rapporterade flera kvinnor, 9 procent jämfört med 3 procent män, att de har blivit sexuellt förnedrade. Sexuell förnedring kan exempelvis betyda att ha fått sin kropp kritiserad, eller ens sexuella lust eller kapacitet, eller att mot sin vilja tvingats titta på porrfilm eller porrbilder. Sammantaget finns en tydlig jämställdhetsproblematik kring användning av pornografi och dess konsekvenser för kvinnor och män.

Att titta på pornografi ofta

Som tidigare nämnts har forskning om pornografins innehåll och pornografianvändningens effekter lett till olika slutsatser. Vi kan i dag inte fastställa hur pornografianvändning påverkar individer och troligtvis påverkas olika personer på olika sätt (34). Forskningen har dock visat att

graden av exponering verkar ha betydelse, det vill säga att det finns skillnader i effekt mellan dem som tittar på pornografi dagligen eller nästan dagligen, och de personer som konsumerar pornografi mer sällan.

Litteraturen visar att pornografianvändning kan påverka formandet av det sexuella skriptet och att skriptet påverkar attityder och beteenden i det egna sexuallivet. Till exempel påverkas synen på den egna sexuella rollen och den egna kroppen, förväntningar på partner och vad som upplevs som bra eller "lyckat" sex, som i detta fall jämförs med skildringar i pornografin (40, 60). Vi har endast genomfört sambandsanalyser på manliga frekventa användare av pornografi eftersom andelen frekventa användare bland kvinnor var mycket låg. I SRHR2017 svarade manliga frekventa användare i högre utsträckning att de kände så höga krav på att prestera sexuellt att det var ett problem, jämfört med män som inte använder pornografi lika ofta eller inte alls. Det var i SRHR2017 också vanligare att frekventa användare var missnöjda med sitt sexliv. Det är möjligt att de jämför sitt eget sexliv med pornografin, vilket kan påverka deras värdering av detsamma. Om den pornografi man använder innehåller realistiska skildringar av sexuella akter kan det också bidra till höga sexuella prestationskrav. En av tio (11 procent) frekventa användare upplevde att sexlivet i huvudsak påverkades negativt av pornografianvändning, vilket är en något högre andel än bland icke-frekventa användare. Samtidigt fanns de högsta andelarna som upplevde positiv påverkan bland frekventa användare. Vi fann även att majoriteten av frekventa användare skattade sin sexuella hälsa som god eller mycket god. Resultaten kan tyckas vara något motsägelsefulla, men individer i gruppen frekventa användare har troligen olika upplevelser av användningen och påverkas förmodligen på olika sätt av den. Det fanns inga skillnader mellan frekventa och icke-frekventa användare i vem som oftast bestämmer hur och när man ska ha sex med en partner. Estimaten är dock osäkra eftersom relativt många svarade "inget av påståendena stämmer för mig".

I SRHR2017 var det vanligare bland frekventa användare att ha betalat eller tagit emot ersättning för sex, vilket är en riskfaktor för bland annat sexuellt överförda infektioner och hiv. Dessutom har andra studier visat samband med fler tillfälliga sexuella partner, som också är en riskfaktor.

Frekvent användning av pornografi kan även vara en riskfaktor för personer i användarens närhet eftersom den pornografianvändningen, tillsammans med andra riskfaktorer, kan öka risken för sexuellt våld och sexuell aggression. Detta innefattar till exempel stereotypa, sexistiska attityder och trivialiserande attityder gentemot mäns våld mot kvinnor (51, 52). Resultaten från SRHR2017 kan inte säga något om detta samband. Däremot är det känt att stereotypa föreställningar kan etableras om unga människor, och då framför allt unga män, påverkas av pornografin i formandet av sitt sexuella skript. Om dessa män tror att sex är kopplat till dominans av kvinnor och en normalisering av våldshandlingar finns risk för negativa konsekvenser för samliv, relationer och inte minst kvinnors hälsa i heterosexuella relationer. Ur detta perspektiv kan pornografianvändning försämra förutsättningarna för jämställdhet mellan män och kvinnor. Ur perspektiven folkhälsa och jämställdhet bör framtida studier undersöka på vilket sätt kvinnors hälsa påverkas av deras heterosexuella partners pornografianvändning.

Pornografi och förebyggande arbete för jämställd hälsa

Undersökningen SRHR2017 visar att män som är frekventa användare i större utsträckning är missnöjda med sitt sexliv och upplever så höga prestationskrav att det är ett problem. Vi vet inte

om de tittar på pornografi för att de är missnöjda med sexlivet och känner prestationskrav, eller om det är pornografianvändningen som leder till ett missnöje och höga prestationskrav.

Arbetet med att förebygga mäns våld mot kvinnor handlar bland annat om att identifiera och utmana framställningar av kvinnor och män som reproducerar föreställningar om kvinnors underordning, exempelvis inom pornografi. Det framgår av strategin för att förebygga och bekämpa mäns våld mot kvinnor och av EU-parlamentets resolution mot våld mot kvinnor. Unga människor behöver därför forum där man diskuterar och utmanar normer som inskränker både kvinnors och flickors, men även killars och unga mäns självbestämmande och integritet när det gäller sexualitet och relationer.

För att öka jämlikheten och jämställdheten i hälsa, och minska våldet mot kvinnor, bör pornografins negativa konsekvenser diskuteras. Skolan är en viktig arena för det förebyggande arbetet och där bör pornografianvändning diskuteras med alla elever, men särskilt med pojkar och unga män. Undervisning om jämställdhet, sexualitet, kön och relationer är också obligatorisk i svensk skola. Det är viktigt att vuxenvärlden visar en öppenhet för sådana samtal om pornografi, eftersom i princip alla unga har tillgång till pornografi och pornografianvändning är en del av många vardag, framför allt unga mäns. Folkhälsomyndighetens undersökning UngKAB15 visade dock att många skolor behöver utveckla sitt arbete eftersom unga i låg utsträckning upplever sig ha fått kunskaper om jämställdhet och normer. Undervisningen i skolan är grunden för ett rättighetsbaserat, jämlikt och jämställt hälsofrämjande perspektiv på sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter bland unga i Sverige (66).

För att varje individs sexuella och reproduktiva rättigheter ska uppfyllas, och den sexuella hälsan främjas, behöver samtal om sexualitet föras med respekt och normmedvetenhet. Förebyggande insatser, såsom samtal om pornografi, bör även vid behov bedrivas på andra arenor, till exempel på universitet och högskolor eller inom hälso- och sjukvården och idrottsrörelsen.

I sammanhanget nämns ofta nätfilter, det vill säga filter som kan installeras för att spärra webbsidor med ett visst innehåll, till exempel pornografi. Diskussioner om att införa nätfilter i skolor förs i många länder och här i Sverige har vissa kommuner redan installerat sådana filter. Åtgärden har dock kritiserats för att den saknar vetenskapligt stöd. Dessutom riskerar nätfilter att blockera sidor med kvalitetssäkrad information om sexualitet, och att bli en falsk trygghet för vuxna och ett hinder för samtal mellan barn och vuxna om pornografi (67).

Styrkor och svagheter

Denna undersökning är den första befolkningsstudien med slumpmässigt urval om sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter i Sverige. Undersökningar som baseras på slumpmässiga urval av befolkningen ger bra underlag för att ta fram nationella estimat, till exempel om hur vanlig pornografianvändning är. Vidare går det att redovisa resultatet uppdelat på exempelvis kön och ålder, vilket är viktigt för att kunskaperna ska kunna bidra till ett effektivt folkhälsoarbete. Dock har denna, som alla undersökningsmetoder olika fördelar och nackdelar. Svarsfrekvensen var 31 procent i den här studien. Resultaten bör, trots kalibreringsvikter, tolkas med försiktighet. Samtliga frågor var behäftade med partiellt bortfall.

I denna undersökning, liksom i många andra studier på området, fick respondenten själv definiera pornografi. Av den anledningen vet vi inte vad varje individ ser som pornografi, och inte heller vilka typer av pornografiskt innehåll som respondenterna har tagit del av. Stereotypa skildringar

av mäns och kvinnors sexualitet förekommer även i andra typer av medier såsom filmer, spel och reklam, och därför är det svårt att isolera effekterna av pornografin från övriga medier som människor tar del av.

I undersökningen efterfrågades hur ofta man tittar på pornografi, men inte hur länge. Det betyder att vi inte vet hur mycket tid som spenderas med att konsumera pornografi vid varje tillfälle. Ett av svarsalternativen lyder "jag tittar aldrig på pornografi, men personer i min omgivning gör det". Vi kan alltså inte veta vilka dessa personer är; det kan vara svarspersonens partner men behöver inte vara det.

I undersökningen ställdes också frågan om "du eller en partner, har använt pornografi för att öka den sexuella upplevelsen". Här vet vi alltså inte om respondenten har svarat för sig själv eller för en partner, och vi vet inte heller könet på partnern. Det var också en låg andel kvinnor, 5 procent, som uppgav att de själva aldrig tittade, men att någon i deras omgivning gör det. Eftersom en majoritet av befolkningen är heterosexuell kan detta tyda på att kvinnor inte känner till att deras manliga partner tittar på pornografi.

Det är svårt att mäta socioekonomisk status som inkluderar alla nyanser av begreppet och som gäller för hela befolkningen oavsett ålder. I den här rapporten används utbildningsnivå. Nackdelarna med detta är att de yngsta inte hunnit få sin högsta utbildning ännu, och en gymnasieexamen i dag motsvarar till exempel inte en gymnasieexamen på 1950- eller 1960-talet. I ett försök att undvika det problemet genomförde vi analyserna med ett smalare åldersspann med män 30–64 år.

Vår undersökning vände sig till personer från 16–84 år. Det finns dock indikationer på att många kommer i kontakt med pornografi i yngre ålder än så. De effekter av pornografianvändning som diskuterats i här kan alltså se annorlunda ut för barn.

I detta kapitel presenteras inga resultat för homo- och bisexuella personer. Den gruppen kan tänkas använda en annan typ av pornografi och eventuellt ha andra upplevelser av användningen utifrån att tillhöra en sexuell minoritet. Därför är det intressant att undersöka pornografianvändning bland homo- och bisexuella.

Slutsatser om pornografianvändning och sexuell hälsa

Pornografianvändning är vanligare bland män än kvinnor och bland yngre jämfört med äldre. Nästan en femtedel av männen räknas som frekventa användare, varav de flesta är i åldern 16–29 år.

Vi fann även samband mellan frekvent pornografianvändning och riskfaktorer för den sexuella hälsan, såsom missnöjdhet med sexlivet, problem på grund av sexuella prestationskrav och mer erfarenhet av sex mot ersättning. Samtliga sambandsanalyser av frekventa användare avser män. Vi kan dock inte uttala oss om orsakssamband mellan pornografianvändning och ovanstående riskfaktorer. Den tillgängliga litteraturen visar olika resultat och för att fastställa pornografianvändningens olika effekter behövs mer forskning på området. Många aspekter är dock intressanta att undersöka vidare, framför allt när det gäller frekventa användare. Två viktiga exempel är pornografianvändningens effekt på jämställdhet och skillnader i konsekvenser på kvinnor och män.

Det behövs forum där unga människor kan diskutera frågor som rör jämställdhet, sexualitet och normer, för att undvika att pornografi får negativa konsekvenser för det sexuella skriptet och den sexuella hälsan och för att förebygga mäns våld mot kvinnor. Det är viktigt att granska och diskutera pornografi som framställer normer som inskränker både kvinnors och flickors, men även mäns och pojkars självbestämmande, integritet och makt över sina egna kroppar. Det som visas i pornografi ska inte upplevas som verkligt och bli en normativ "lärobok" för sexuella möten.

Referenser

1. Starrs A, Ezech A, Barker G, Basu A, Bertrand J, et al. Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission. The Lancet, 2018.
2. Regeringen. Makt, mål och myndighet – feministisk politik för en jämställd framtid. Nationell strategi för att förebygga och bekämpa mäns våld mot kvinnor. Socialdepartementet. Stockholm 2016. p. 109-55.
3. EU-parliament. European Parliament resolution of 5 April 2011 on priorities and outline of a new EU policy framework to fight violence against women (2010/2209(INI)) Strasbourg 2011. Hämtad från: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P7-TA-2011-0127+0+DOC+XML+V0//EN>.
4. Akademin. S. Svensk Ordbok. Stockholm Nordsteds: Svenska akademien 2009.
5. McNair B. Striptease Culture - sex, media and the democratisation of desire. London: Routledge London; 2002.
6. Gesser-Edelsburg A, Abed Elhadi Arabia M. Discourse on Exposure to Pornography Content Online Between Arab Adolescents and Parents: Qualitative Study on its Impact on Sexual Education and Behavior. Journal of medical Internet research. 2018;20(10):e11667. DOI:10.2196/11667.
7. Unizon. Porr och prostitution - en rapport om utsatthet och efterfrågan. 2016.
8. Sanchez DT, Fetterolf JC, Rudman LA. Eroticizing inequality in the United States: the consequences and determinants of traditional gender role adherence in intimate relationships. J Sex Res. 2012;49(2-3):168-83. DOI:10.1080/00224499.2011.653699.
9. Farley. M C, A. Lynne, J. Zumbeck, S. Spiwak, F. Reyes, M. Prostitution and Trafficking in Nine Countries. An Update on Violence and Posttraumatic Stress Disorder. J of Trauma Pract 2004;2(3-4):33-74.
10. Grudzen C, Elliott, MN., Kerndt, PR., et al. Condom use and high-risk sexual acts in adult films: a comparison of heterosexual and homosexual films. Am J Public Health. 2009;99 (Suppl 1):152-6.
11. Melissa F, Ann Cotton, Jacqueline Lynne, Sybille Zumbeck, Maria E. Reyes, Dinorah Alvarez, Ufuk Sezgin,. Prostitution and trafficking in nine countries. J of trauma pract. 2004;2(3-4):33-74. DOI:10.1300/J189v02n03_03.
12. Donevan. M. SYNS MAN INTE, FINNS MAN INTE –en inblick i den svenska porrindustrin. 21 mars 2019 Stockholm, Sverige: Talita 2019.
13. RFSU. Idéprogram RFSU 2015. Hämtad från: <https://www.rfsu.se/globalassets/pdf/rfsu-ideprogram-2015.pdf>
14. Schrewelius P. Smutskasta inte porren. Kristianstadsbladet. 2017.
15. Sunesson P-A. Sverige bör ta ställning mot våldsam porr. Svenska Dagbladet. 2018, 4 december.
16. Rung N. Mainstream-porren måste problematiseras. Expressen. 2016, 2 januari
17. Frans EKP. Möjligen omoraliskt, men porr skadar inte. Aftonbladet. 2016, 23 januari.
18. Wade A, Sjöqvist, B., Ask, B., Svensson, B., Ohlsson, C., Szyber, C., Berglund, C., m.fl. Låt haverikommission utreda porrens skadliga verkningar. Dagens Nyheter. 2016, 14 oktober.
19. Arksey H OML. Scoping studies: towards a methodological framework. Int J Soc Res Methodol. 2005;8(1):19-32.
20. Ganann R, Ciliska, D., Thomas, H. Expediting systematic reviews: methods and implications of rapid reviews. Implementation Science 5. 2010;1(56).
21. Nøttestad JAs. Fremmer pornografi voldsunderstøttende holdninger og seksuell aggresjon mot kvinner? Tidsskrift for Norsk Psykologforening. 2010;47(12):1112-4.
22. Kohut T, Baer, J., Watts, B. Is pornography really about "making hate to women"? Pornography users hold more gender egalitarian attitudes than nonusers in a representative American Sample. J

- of Sex Re. (2016).53(1):1-11.
23. Campbell L, Kohut T. The use and effects of pornography in romantic relationships. *Curr Opin Psychol.* 2017;13:6-10. DOI:10.1016/j.copsyc.2016.03.004.
 24. Bridges AJ, Wosnitzer, R., Scharrer, E., Sun, C., Liberman, R. Aggression and sexual behavior in best-selling pornography videos: A content analysis update. *Violence Against Women.* 2010;16(10):1065-85.
 25. Shor E, & Seida, K. . "Harder and Harder"? Is Mainstream Pornography becoming Increasingly Violent and Do Viewers prefer violent content?. *J of Sex Res.* 2018:1-13.
 26. Klaassen MJ, Peter J. Gender (In)equality in Internet Pornography: A Content Analysis of Popular Pornographic Internet Videos. *J Sex Res.* 2015;52(7):721-35. DOI:10.1080/00224499.2014.976781.
 27. McKee A. Methodological issues in defining aggression for content analyses of sexually explicit material. *Arch Sex Behav.* 2015;44(1):81-7. DOI:10.1007/s10508-013-0253-3.
 28. Lim MC, Carrotte, E., Hellardl, M E. The impact of pornography on gender-based violence, sexual health, and well-being: what do we know? *J of Epidemiology Community Health.* 2016;70(1).
 29. Hald GM, & Yuen, C. Pornography and attitudes supporting violence against women: Revisiting the relationship in nonexperimental studies. *Aggressive Behaviour* (2010);36(1):14-20.
 30. Sabina C, & Wolak, JF. The nature and dynamics of Internet pornography exposure for youth. *Cyber Psychology and behaviour.* 2008;11(6):691-3.
 31. Love T, Laier, C., Brand, M., Hatch, L., Hajela, R. Neuroscience of internet pornography addiction: a review and update. *Behav Science.* 2015;5:388-433.
 32. Association AP. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM 5).* Fifth edition, 2013.
 33. Peter J, Valkenburg, PM. Adolescents' exposure to sexually explicit Internet material and notions of women as sex objects: Assessing causality and underlying processes. *J of Communications.* 2009;59:407-33.
 34. Malamuth N, Huppin M. Pornography and teenagers: the importance of individual differences. *Adolesc Med Clin.* 2005;16(2):315-26, viii. DOI:10.1016/j.admecli.2005.02.004.
 35. Lauszus FF, Kloster AO, Nielsen JL, Boelskifte J, Falk J, Rasmussen KL. Gender-specific knowledge on sex. *Arch Gynecol Obstet.* 2011;283(2):281-7. DOI:10.1007/s00404-009-1350-3.
 36. Lofgren-Martenson L, Mansson SA. Lust, love, and life: a qualitative study of Swedish adolescents' perceptions and experiences with pornography. *J Sex Res.* 2010;47(6):568-79. DOI:10.1080/00224490903151374.
 37. Svedin CG, Akerman I, Priebe G. Frequent users of pornography. A population based epidemiological study of Swedish male adolescents. *J Adolesc.* 2011;34(4):779-88. DOI:10.1016/j.adolescence.2010.04.010.
 38. Tyden T, Rogala C. Sexual behaviour among young men in Sweden and the impact of pornography. *Int J STD AIDS.* 2004;15(9):590-3. DOI:10.1258/0956462041724299.
 39. Gagnon J, Simon, W. *Sexual conduct: the social sources of human sexuality.* Aldine Pub. Co.; 1973.
 40. Hald GM, Kuyper L, Adam PC, de Wit JB. Does viewing explain doing? Assessing the association between sexually explicit materials use and sexual behaviors in a large sample of Dutch adolescents and young adults. *J Sex Med.* 2013;10(12):2986-95. DOI:10.1111/jsm.12157.
 41. Tolman LJ, Diamond, L (Editors). *Handbook of sexuality and psychology* Washington DC 2014.
 42. Paul Z. *Lotus Blossom or Dragon Lady: A Content Analysis of "Asian Women" Online Pornography.* *Sexuality & Culture.* 2016;20(4):1083-100.
 43. Stonder H, D. (u.d.). *The social costs of pornography: A collection of papers.* Princeton: Witherspoon Institute.2010.
 44. Häggström-Nordin E, Tydén,T., Hanson, U., Larsson, M. Experiences of and attitudes towards pornography among a group of Swedish high school students. *The Eur J of Contraception & Reprod Health Care,* 2009;14(4):277-84.
 45. Mattebo M, Tyden T, Haggstrom-Nordin E, Nilsson KW, Larsson M. Pornography and sexual experiences among high school students in Sweden. *J Dev Behav Pediatr.* 2014;35(3):179-88. DOI:10.1097/DBP.0000000000000034.
 46. Mattebo M, Tyden T, Haggstrom-Nordin E, Nilsson KW, Larsson M. Pornography consumption among adolescent girls in Sweden. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2016;21(4):295-302. DOI:10.1080/13625187.2016.1186268.
 47. Hald GM, Malamuth NM. Self-perceived effects of pornography consumption. *Arch Sex Behav.* 2008;37(4):614-25. DOI:10.1007/s10508-007-9212-1.
 48. Kvale IL, Træen, B., Lewin, B., & Štulhofer, A. Self-perceived effects of Internet pornography use, genital appearance satisfaction, and sexual self-esteem among young Scandinavian adults. *Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Res on Cyberspace.* 2014;8(4).

49. Traeen B, Hald GM, Noor SW, Iantaffi A, Grey J, Rosser BR. The relationship between use of sexually explicit media and sexual risk behavior in men who have sex with men: exploring the mediating effects of sexual self-esteem and condom use self-efficacy. *Int J Sex Health*. 2014;26(1):13-24. DOI:10.1080/19317611.2013.823900.
50. Häggström-Nordin E, Hanson, U., & Tydén, T. Associations between pornography consumption and sexual practices among adolescents in Sweden. *International Journal of STD and AIDS*,. 2005;16:102-7.
51. Hald GM, Lange, T. Pornography and Sexist Attitudes Among Heterosexuals. *Journal of Communications*, 2013;63:638-60.
52. Malamuth NM, Addison T, Koss M. Pornography and sexual aggression: are there reliable effects and can we understand them? *Annu Rev Sex Res*. 2000;11:26-91.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11351835>.
53. Kjellgren C, Priebe, G, Svedin, CG, Langstrom N. Sexually coercive behaviour in male youth: Population survey of general and specific risk factors. *Arch of Sex Behav*. 2010;39:1161-9. DOI:10.1007/s10508-009-9572-9.
54. Hald GM. Gender differences in pornography consumption among young heterosexual Danish adults. *Arch of Sex Behav*. 2006;35(577-585).
55. Hald GM, Malamuth NN. Experimental effects of exposure to pornography: the moderating effect of personality and mediating effect of sexual arousal. *Arch Sex Behav*. 2015;44(1):99-109. DOI:10.1007/s10508-014-0291-5.
56. Gouvernet Be. Is pornography pathogen by itself? Study of the role of attachment profiles on the relationship between pornography and sexual satisfaction. *Sexologies: European Journal of Sexology and Sexual Health / Revue européenne de sexologie et de santé sexuelle* 2017;26, Issue 3, July–September 2017, Pages e27-e3(3):e27-e3.
57. Sun, C. Bridges, A., Johnson, JA., Ezzell, M. Pornography and the Male Sexual Script: An Analysis of Consumption and Sexual Relations. *Arch Sex Behav*. 2016;45(4):983-94.
58. Mattebo M, Tydén, T., Häggström-Nordin, E., ; Nilsson, K., Larsson, M. Pornography Consumption, Sexual Experiences, Lifestyles, and Self-rated Health Among Male Adolescents in Sweden. *J of Dev & Beh Pediatrics*. 2013;34(7):460-8.
59. Mattebo M, Tyden T, Haggstrom-Nordin E, Nilsson KW, Larsson M. Pornography consumption and psychosomatic and depressive symptoms among Swedish adolescents: a longitudinal study. *Ups J Med Sci*. 2018;123(4):237-46. DOI:10.1080/03009734.2018.1534907.
60. Donevan M, Mattebo, M. The relationship between frequent pornography consumption, behaviours, and sexual preoccupation among male adolescents in Sweden. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 2017;12:82-7.
61. Folkhälsoinstitutet. Sex i Sverige. Om sexuallivet i Sverige 1996. Stockholm: 1998. 1998:11.
62. Internetstiftelsen. Svenskarna och internet. 2017. Hämtad från:
https://www.iis.se/docs/Svenskarna_och_internet_2017.pdf.
63. Statens medieråd. Ungar och medier 2017. 2017.
64. SVT Nyheter. Svenska män mer positivt inställda till porr än kvinnor 2018. Hämtad från:
<https://www.svt.se/nyheter/inrikes/svenska-man-gillar-porr-mer-an-kvinnor>.
65. Fritz N, Paul B. From orgasms to spanking: A content analysis of the agentic and objectifying sexual scripts in feminist, for women, and Mainstream pornography. *Sex Roles: A Journal of Research*. 2017;77(9-10):639-52. DOI:10.1007/s11199-017-0759-6.
66. Folkhälsomyndigheten. Sexualitet och hälsa bland unga i Sverige Ungkab15. En studie om kunskap, attityder och beteenden bland unga 16-29 år. 2017. Hämtad från:
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/11272529714342b390d40fe3200f48cf/sexualitet-halsa-bland-unga-sverige-01186-2017-1-webb.pdf>.
67. Dunkels E. Nätmobbing, Näthat och Nätkärlek: Gothia Fortbildning AB; 2016.
68. Waltman M. The Politics of Legal Challenges to Pornography: Canada, Sweden, and the United States Stockholm: Stockholm University; 2014.

Sex mot ersättning

Med sex mot ersättning menas att en person får eller utlovas någon form av ersättning i utbyte mot sexuella handlingar. Ersättningen kan vara exempelvis pengar, kläder, presenter, alkohol, droger eller sovplats. Begreppet används också när det handlar om att betala eller ge annan ersättning för sex. Sedan 1999 är det förbjudet att köpa sexuella tjänster i Sverige, medan det inte är straffbart att ta emot ersättning.

I undersökningen SRHR2017 fick ett representativt urval av Sveriges befolkning 16–84 år besvara frågor om bland annat sex mot ersättning. Svarsfrekvensen var 31 procent. Resultaten bör, trots kalibreringsvikter, tolkas med försiktighet. Syftet med detta kapitel är att beskriva resultat från undersökningen SRHR2017 om sex mot ersättning. Folkhälsomyndigheten redovisar upplevelser av detta utifrån kön, ålder och sexuell identitet (heterosexuella samt homosexuella, bisexuella och queerpersoner (hbq)). På grund av få respondenter bör resultaten tolkas med försiktighet.

Resultat i korthet:

- Att ha betalat eller gett annan ersättning för sex förekom nästan bara bland män. Knappt 1 av 10 (9,4 %) av samtliga män och 0,5 procent bland kvinnor uppgav att de någon gång hade gett ersättning för sexuella tjänster
- Det var vanligare att hbq-män uppgav att de hade gett ersättning för sex än heterosexuella män (knappt 15 procent jämfört med knappt 10 procent).
- Det var vanligare att män hade betalat för sex utomlands än i Sverige; 80 procent av dem som gett ersättning för sex hade gjort det utomlands.
- Knappt 5 procent av männen hade köpt sexuella tjänster via internet, mobil eller appar, något som nästan inte förekom bland kvinnor.
- Inga signifikanta skillnader utifrån utbildningsnivå kan ses i erfarenhet av att ha gett ersättning för sex.
- Det var ovanligt att ha tagit emot ersättning för sex: 1,5 procent av kvinnorna och 1 procent av männen hade någon gång gjort det. Bland både kvinnor och män var det vanligare att ha tagit emot ersättning för sex i Sverige jämfört med utomlands.
- Bland hbq-personer hade 7 procent tagit emot ersättning för sex, oavsett kön.
- Det är ovanligt att ha sålt sexuella tjänster via internet, mobil eller appar, endast 0,5 procent hade erfarenhet av detta. Det var något vanligare bland hbq-personer jämfört med heterosexuella.

Förebyggande arbete mot sex mot ersättning

Målgruppen personer som har sex mot ersättning är en viktig grupp i Folkhälsomyndighetens arbete med sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter, med hiv- och STI-prevention och för allas lika möjligheter och rättigheter oavsett sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck.

Det finns många olika skäl till att ha sex mot ersättning, och olika erfarenheter av det, så i preventionsarbetet behövs många slags åtgärder från exempelvis myndigheter, skola och hälso- och sjukvård. Studien visar också att erfarenheter av sex mot ersättning är vanligare bland hbq-

personer. De personer som berörs bör erbjudas socialt stöd och insatser som främjar en god sexuell, fysisk och psykisk hälsa, oavsett kön och sexuell läggning.

Bakgrund om sex mot ersättning

Vad är "sex mot ersättning"?

Med sex mot ersättning menas att en person får eller utlovas ersättning i utbyte mot sexuella handlingar. Inom folkhälsoarbetet för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) används termen ge eller ta emot ersättning för sex för att även inkludera fall där ersättningen består av annat än pengar. Ersättningen kan vara exempelvis kläder, presenter, alkohol, droger eller sovplats. Begrepp såsom prostitution eller sexarbete kan ge felaktiga associationer, bland annat i form av stereotypa föreställningar om vem som ger och vem som tar emot ersättning för sex. De rådande föreställningarna om personer som säljer sex ofta är förknippade med den exponerade försäljningen av sexuella tjänster, och främst med utsatta kvinnor i gatumiljö, trots att gatuprostitutionen har minskat och gruppen som tar emot ersättning för sex är mycket heterogen (1). Många i Sverige med erfarenhet av sex mot ersättning skulle inte definiera sig som prostituerade eller sexarbetare (2). Ersättning för sexuella tjänster är ett fenomen som har tolkats på olika sätt i olika tider, länder och kulturer och Sverige har arbetat för att prostitution ska ses som ett samhällsproblem och ett uttryck för mäns våld mot kvinnor.

Sex mot ersättning ur ett folkhälsoperspektiv

Vid FN:s toppmöte i september 2015 antog världens stats- och regeringschefer Agenda 2030 som handlar om att leda världen mot en hållbar och rättvis framtid, att utrota fattigdom och hunger överallt, att bekämpa ojämlikheter inom och mellan länder, att bygga fredliga, rättvisa och inkluderande samhällen, att förverkliga de mänskliga rättigheterna och främja jämställdhet. I mål 5 i Agenda 2030, som handlar om jämställdhet och alla kvinnors och flickors egenmakt, ingår att avskaffa alla former av våld mot alla kvinnor och flickor i det offentliga och privata rummet, inklusive människohandel, sexuellt utnyttjande och andra typer av exploatering (3).

I Sverige ryms frågan om sex mot ersättning inom det övergripande jämställdhetspolitiska målet om att kvinnor och män ska ha samma makt att forma samhället och sina egna liv samt delmålet om att mäns våld mot kvinnor ska upphöra och att kvinnor och män, flickor och pojkar ska ha samma rätt och möjlighet till kroppslig integritet. Regeringens handlingsplan mot prostitution och människohandel beskriver mäns våld mot kvinnor, inklusive prostitution och människohandel för sexuella ändamål, som ett allvarligt och omfattande samhällsproblem som orsakar stort fysiskt och psykiskt lidande (4).

Vad säger lagen?

Lagen om förbud mot köp av sexuella tjänster (1998:408) stiftades 1999. Lagen förbjuder köp av sexuella tjänster, medan att sälja sexuella tjänster är oreglerat i lagstiftningen och därmed inte straffbart i Sverige. Syftet med att göra köp och försök till köp av sexuell tjänst straffbart var att minska prostitutionens omfattning och samhällets attityder till sexköp (5). Sedan sexköpslagen infördes har Polismyndigheten betonat sambandet mellan prostitution och människohandel, eftersom båda är fenomen som styrs av efterfrågan på sexuella tjänster mot betalning. Polisen

betonar därför att det är problematiskt att diskutera prostitution och människohandel som två helt separata fenomen (6). Senare har flera länder såsom Norge, Island och Kanada infört ett förbud mot köp av sexuella tjänster (7).

I en webenkät från 2010 med deltagare i åldern 18–65 år undersöktes attityder till sexköp och erfarenhet av sexköp i Sverige (n = 1 705), Norge (n = 2 371) och Danmark (n = 2 088) (8). Syftet var att undersöka lagstiftningens påverkan på efterfrågan på sex mot ersättning. I Sverige har köp av sexuella tjänster varit förbjudet sedan 1999, i Norge sedan 2009 och i Danmark är det lagligt att köpa sex. Andelen som hade köpt sex under de senaste sex månaderna var lägst i Sverige (0,29 procent), mittemellan i Norge (0,93 procent) och högst i Danmark (1,3 procent). Författarnas slutsats var att lagen hade minskat efterfrågan på sexuella tjänster (9).

I takt med att tillgången till internet ökat har den synliga gatuprostitutionen minskat. Internet är nu den vanligaste arenan för kontakt mellan dem som söker och dem som erbjuder sex mot ersättning (9). Ett antal kartläggningar av sexhandelns uttryck på internet har gjorts i Sverige, vad gäller både dem som erbjuder sexuella tjänster och dem som söker dessa. Kontakter mellan parterna uppstår dock inte bara via annonser eller forum för sexhandel utan även på dejtingssidor eller andra webbplatser som är avsedda för att skapa kontakter utan betalning eller annan ersättning (1).

Fenomenet sex mot ersättning har ofta tolkats heteronormativt, och i det flesta fall som att män köper sex av kvinnor. Denna tolkning har osynliggjort förekomsten av sex mot ersättning i icke-heterosexuella sammanhang och försämrat förutsättningarna att uppfylla allas rättigheter oavsett kön eller sexuell identitet. Det finns också forskning som visat att fenomenet sex mot ersättning har förståtts olika, beroende på könet på de deltagande parterna. Samhället har behandlat sexhandel mellan män på ett annorlunda sätt än sexhandel mellan män och kvinnor, vilket har påverkat politiken och samhällets insatser (10). Handlingen att sälja eller köpa sex speglar inte nödvändigtvis den sexuella identiteten hos den person som säljer sexuella tjänster. Det betyder till exempel att en heterosexuell man kan ta emot ersättning för att ha sex med män, liksom att en lesbisk kvinna kan erbjuda sexuella tjänster till män (11).

Enligt den nationella strategin för hiv och vissa andra smittsamma sjukdomar är personer som har sex mot ersättning en målgrupp som är extra riskutsatt, för både hiv och andra sexuellt överförda infektioner (STI) (12). Gruppen som säljer sex är heterogen och det finns tydliga aspekter av ojämlikhet och ojämställdhet. Det finns indikationer på att många som är utsatta för prostitution i Sverige har koppling till andra länder och låg grad av anknytning till det svenska samhället och dess stödsystem, vilket gör det svårt att nå personer i denna grupp (13).

Att ge ersättning för sexuella tjänster

En studie av Brottsförebyggande rådet från 2008 visade att svenska personer som ger ersättning för sex är en heterogen grupp, förutom att den till största delen utgörs av män (14). Männen finns i alla åldersgrupper, även om de flesta är 30–50 år. De tillhör alla socioekonomiska grupper och det är inte ovanligt att de har välbetalda arbeten. Ungefär hälften i studien hade högre utbildning och hälften var gifta. En annan svensk studie från 2011 visade att män som någon gång köpt sex inte skiljde sig från män som inte köpt sex, när det gäller till exempel utbildningsnivå och eller om man levde i ett stadigt förhållande (14). Däremot hade män som köpt sex i högre utsträckning erfarenheter av skilsmässor eller separationer samt hade bytt partner oftare än män som inte köpt sex. De män som köpt sex under det senaste året hade

oftare arbete som huvudsaklig sysselsättning, medan de som inte köpt sex oftare var arbetssökande, studerande, långtidssjukskrivna och pensionärer. En högre andel bland dem som köpt sex hade också en månadsinkomst på mer än 35 000 kronor. Män som köpt sex hade även i högre utsträckning varit på tjänsteresor under det senaste året, och cirka en fjärdedel svarade att det senaste sexköpet hade skett i samband med tjänsteresa i Sverige eller utomlands. Män i denna grupp hade alltså både ekonomiska och praktiska möjligheter att köpa sex (15).

En ytterligare skillnad var att fler män som någon gång har köpt sex uppgav att det förekommit våld i någon av deras parrelationer, jämfört med dem som aldrig köpt sex (9 procent respektive 4 procent). Även upplevelser av våld under uppväxten var vanligare bland män som köpt sex, både att själv ha varit utsatt för våld eller sexuella handlingar mot sin vilja, och att ha bevittnat våld i familjen. I studien framkom inga skillnader vad gäller psykiska symtom eller självkänsla, däremot var alkohol- och drogkonsumtionen högre bland män som köpt sex. Män som köpt sex under det senaste året uppgav vidare ett högre antal sexpartner och att de använt internet i kärlekssyften eller sexuella syften, samtidigt som de i högre utsträckning var otillfredsställda med sexlivet jämfört med dem som inte köpt sex under det senaste året. Här fanns även en högre andel som uppgav ett sexuellt tvångsmässigt beteende, och även en högre andel hade testat sig för hiv. I samma studie från 2011 framkom att stark sexuell lust och enkelt och snabbt sex var de faktorer som i högst utsträckning påverkade det senaste beslutet att köpa sex. Faktorer såsom berusning eller drogpåverkan och önskan om närhet och intimitet påverkade också (15).

Att ta emot ersättning för sexuella tjänster

Det är missvisande att tala om personer som tar emot ersättning för sex som en enhetlig grupp, eftersom de har mycket olika förutsättningar för och erfarenheter av sex mot ersättning. Det finns personer som tar emot ersättning för sex då och då, för att dryga ut inkomst från arbete eller studier, medan andra har detta som sin huvudsakliga inkomstkälla. I Sverige finns också personer som är utsatta för människohandel för sexuella ändamål, och därmed tvingas att ha sex mot ersättning och har mycket små möjligheter att påverka sin situation (14). Bland personer som inte är utsatta för människohandel påverkar den egna ekonomiska situationen möjligheterna att välja kunder, eftersom en dålig ekonomi kan innebära sämre möjligheter att bestämma över kunder och sexuella handlingar, vilket i sin tur kan öka risken för våld (12,15). Pengar är ett skäl för att ta emot ersättning för sex, och uppmärksamhet, bekräftelse och sexuell nyfikenhet kan vara andra skäl (12,15).

Kvinnor som tar emot ersättning för sex har i en av Socialstyrelsens kartläggningar om prostitution, kategoriserats i fyra olika grupper:

- utsatta kvinnor
- väletablerade kvinnor
- kvinnor med utländsk bakgrund
- unga kvinnor (16).

I gruppen utsatta kvinnor ingår kvinnor med missbruks- eller beroendeproblematik och kvinnor med funktionsnedsättningar. Utåt sett väletablerade kvinnor beskrivs som kvinnor med välbetalda arbeten och de har därmed andra motiv än ekonomiska för att sälja sex. Här nämns till exempel känslomässig ensamhet och utsatthet för trauman som bakomliggande motiv. Utrikesfödda kvinnor kan vara etablerade i landet, men många i denna grupp saknar uppehållstillstånd och har

små möjligheter att försörja sig på annat sätt. Unga kvinnor med erfarenhet av sex mot ersättning uppmärksammas sällan av myndigheter eller stödverksamheter. Ett skäl kan vara att de sällan befinner sig på synliga arenor såsom gatan utan säljer sex via internet eller andra sociala kontakter, eller att stödverksamheterna saknar kompetens att fånga upp dem (16).

Kunskapen om män som säljer sex är mer begränsad. Problematiken kan tänkas vara mer dold än bland kvinnor, men har beskrivits på liknande sätt (17). I en undersökning från 2011 fick ett stratifierat urval av medlemmar i en webbpanel svara på en webbenkät (n = 5 071), och svaren visade att män som sålt sex rapporterade signifikant mer potentiellt traumatiska händelser under sin uppväxt, än män som inte sålt sex. Exempel på händelser var att mot sin vilja ha blivit utsatt för sexuella handlingar av en vuxen som inte ingick i familjen, att ha blivit utsatt för våld av en vuxen i familjen, och att ha blivit utsatt för våld av en vuxen utanför familjen eller bevittnat våld i familjen (15).

Transpersoner är en grupp som är dokumenterat riskutsatt när det gäller sex mot ersättning, oavsett var i världen de lever (17,18). Det finns få studier som undersökt transpersoners levnadsförhållanden i Sverige. Folkhälsomyndigheten genomförde 2015 en studie bland transpersoner i samarbete med Karolinska Institutet och organisationer som företräder transpersoner. Orsaker till att de haft sex mot ersättning var att de behövde pengar, att det var spännande, att de ville skada sig själva eller att de ville bli bekräftade i sin könsidentitet (19). Mer än en tredjedel hade utsatts för sexuellt våld någon gång i livet (20). I SRHR2017 är transpersonerna för få för att några resultat ska kunna presenteras.

Ensamkommande unga papperslösa personer är en riskutsatt grupp som uppmärksammas av Polismyndigheten i Sverige liksom av Europol. Det finns indikationer på att prostitution och människohandel förekommer i gruppen ensamkommande barn, men fenomenets omfattning är oklar. Särskilt sårbara är barn som försvinner under asylprocessen. Dessa individer, främst unga pojkar, befinner sig i en utsatt position på grund av sin låga ålder och sin bakgrund (21).

Tidigare undersökningar i Sverige

Ett antal svenska studier har undersökt förekomsten av sex mot ersättning: Sex i Sverige, där datainsamling skedde via intervjuer (1998) (22), Tio år med lagen, där datainsamling skedde via en pappersenkät (2008) (23), Sälja och köpa sex i Sverige 2011 (15), med datainsamling via webbenkät till en webbpanel (2012) och Länsstyrelsens omfattningskartläggning av prostitutionen i Sverige (2015), med datainsamling via webbenkät (24). Alla syftade till att ge kunskap om förekomsten av prostitution och sex mot ersättning i befolkningen.

Tidigare studier om att köpa eller ge ersättning för sex

Andelen individer i Sverige som har gett ersättning för sex är relativt konstant över tid, och tidigare studier har visat att de flesta är män. Andelen män 18–65 år som köpt sexuella tjänster någon gång i sitt liv har i ovan nämnda studier varierat mellan 7,5 och 12,7 procent, vilket är lågt jämfört med andra europeiska länder (25). Andelen som köpt sex under de senaste tolv månaderna ger en indikation på hur många som är ”aktiva” sexköpare. Denna andel har i de jämförda studierna varierat mellan 0,4 och 1,3 procent (23,24,15,25).

I befolkningsundersökningen UngKAB15 bland unga 16–29 år i Sverige hade 5 procent av killarna och 1 procent av tjejerna någon gång gett ersättning för sex. Högst andel (8 procent)

som hade gett ersättning för sex någon gång fanns bland killar 25–29 år (25). Bland unga inom statlig institutionsvård var det vanligare att ge ersättning för sex, 29 procent av killarna, och 8 procent hade gett ersättning för sex (26).

I en studie från 2011 ställdes frågan om man köpt sex utan fysisk beröring. Resultaten visade att 1,7 procent av männen och 0,1 procent av kvinnorna hade köpt webcamsex eller andra sexuella internetjänster (14).

Tidigare studier om att ta emot ersättning för sex

Andelen män som har tagit emot ersättning för sex har i tidigare svenska studier varierat mellan 0,5 och 1,4 procent (15,23,24,25). I Folkhälsomyndighetens undersökning UngKAB15 hade 2 procent av killarna 16–29 år fått ersättning för sex (27). I andra tidigare studier som undersökt dessa erfarenheter hos unga har man funnit andelar som varierat mellan 1,7 och 2,9 procent bland killar och unga män (27,28,31).

Andelen kvinnor som tagit emot ersättning för sex har varierat mellan 0,2 och 1,1 procent (15, 23-25). I UngKAB15 hade 3 procent av tjejerna 16–29 år fått ersättning för sex (27). Andra studier som undersökt dessa erfarenheter hos unga har funnit andelar mellan 0,7 och 1,7 procent bland unga kvinnor och tjejer (31,29). I en undersökning bland unga 16–29 år i statlig institutionsvård framkom att totalt en fjärdedel (24 procent) någon gång hade tagit emot ersättning för sex. Andelen var högre bland tjejer (35 procent) än bland killar (14 procent) (27). Detta är en mycket utsatt grupp som inte nås i generella befolkningsundersökningar. Många av dem som säljer sex i Sverige är dock kvinnor av annan nationalitet än svensk, som vistas i landet tillfälligt (25). Den gruppen nås inte av befolkningsstudier av detta slag, och därför underskattas sannolikt andelen kvinnor med erfarenhet av att sälja sex i Sverige.

Tidigare studier om sex mot ersättning bland hbtq-personer

Studier som undersökt erfarenhet av sex mot ersättning bland hbt-personer har funnit att detta är vanligare bland hbt-personer jämfört med heterosexuella och cis-personer (personer vars könsidentitet och eller könsuttryck stämmer överens med normen för det juridiska kön som personen tilldelades vid födseln). I en självselektad studie bland svenska män som har sex med män, 15–79 år, uppgav 3 procent att de under de senaste tolv månaderna hade betalat för sex med en annan man. Det fanns skillnader mellan de olika åldersgrupperna, och det var främst de äldsta männen i studien som hade betalat för sex (29). Tidigare undersökningar bland unga visar att erfarenheten av sex mot ersättning är något högre bland homo- och bisexuella personer än heterosexuella samt bland män som har sex med män (30) och högre bland transpersoner än bland cis-personer (31). En studie från 2014 bland unga hbtq-personer 14–25 år, med självselektat urval visade att bland dem som tagit emot ersättning för sex hade en högre andel också gett ersättning för sex än bland dem som aldrig tagit emot för sex (32).

I en studie av transpersoner i Sverige från 2015 hade 10 procent fått ersättning för sex: 3 procent vid ett tillfälle och 7 procent vid flera tillfällen (20).

Internationella studier om sex mot ersättning

Att betala eller ge annan ersättning för sex har studerats i internationella studier utifrån olika perspektiv. I en nationell enkätstudie i Norge från 2010 uppskattades att 13procent av män 18–

49 år någon gång gett ersättning för sex (32). Enligt estimat från Finland har mellan 11 och 13 procent av finska män någon gång betalat för sex (33). I Storbritannien genomfördes 2010–2012 en nationell studie om sexuella attityder och livsstilar. I undersökningen svarade 11 procent av männen att de någon gång har betalat pengar för sex, och 1 uppgav att de gjort så under senaste året. Knappt 4 procent av männen uppgav att de hade betalat för sex under de senaste fem åren, och andelen bland kvinnor var 0,1 procent. Knappt två tredjedelar (62,6 procent) hade betalat för sex utomlands, oftast i Europa och Asien. I studien konstaterades samband mellan att ha betalat för sex och att haft STI-diagnoser samt flera sexpartner, både betalda och icke betalda (34). En studie från 2005 skattade andelen män i Storbritannien som köpt sex till 9 procent (35).

Många studier har fokuserat på sex mot ersättning bland unga och unga vuxna i social utsatthet, såsom hemlöshet eller drogmissbruk (36,37,38). Det finns också mätningar bland amerikanska ungdomar som visat att cirka 3,5 procent av har erfarenhet av sex mot ersättning (39). En nationellt representativ undersökning bland amerikanska ungdomar och unga vuxna uppskattade att 4,9 procent någon gång haft sex mot ersättning. Andelen var högre bland män än bland kvinnor (40). Sex mot ersättning har i studier visat sig ha koppling till negativa hälsoutfall och anses således vara en folkhälsofråga som har samband med social utsatthet. Sex mot ersättning har exempelvis samband med fler sexpartner, lägre kondomanvändning och mer riskfyllt sex (37).

Metodbeskrivning och frågorna om sex mot ersättning

I detta kapitel redovisas hur stor andel av befolkningen som någon gång har tagit emot eller gett ersättning för sex. Resultatet baseras på undersökningen SRHR2017 som genomfördes 2017 i samarbete med Statistiska centralbyrån och Enkätfabriken AB. Enkäten skickades ut till ett slumpmässigt stratifierat urval om cirka 50 000 individer i befolkningen. Svarsfrekvensen var 31 procent. Bortfallet var skevt, med högre bortfall bland exempelvis personer med lägre utbildning och utländsk härkomst. Skevheterna är i linje med andra undersökningar och har hanterats med viktning för att svaren i möjligast mån ska representera Sveriges befolkning. Dock bör den statistik som tas fram tolkas med försiktighet och man bör ha i åtanke att det kan finnas skevheter kvar även efter viktning.

Resultaten redovisas som andelar (procent) av den svenska befolkningen, uppdelade på kön, ålder och sexuell identitet. Endast statistiskt signifikanta skillnader (på 95 procentig nivå) mellan olika grupper skrivs ut i texten om inte annat anges. Statistisk signifikans brukar skattas med t.ex. 95-procentiga konfidensintervall (KI). Dessa visar osäkerheten som uppstår till följd av att man har gjort ett slumpmässigt urval av befolkningen och skattat ett värde. Ett konfidensintervall är ett intervall som med en förutbestämd säkerhet innefattar det sanna värdet av till exempel en andel. Vanligen anges den övre och nedre gränsen för det intervall inom vilket det ”sanna” värdet med 95 procents säkerhet befinner sig.

I enkäten SRHR2017 ställdes följande frågor:

- ”Har du någon gång betalat eller gett annan ersättning för sex?”
- ”Har du någon gång tagit emot betalning eller annan ersättning för sex?”
- Fem svarsalternativ gavs för bägge frågorna och fler än ett svarsalternativ kunde väljas: ”Ja,

en gång”, ”Ja, flera gånger”, ”Ja, det senaste året”, ”Ja, för mer än ett år sedan” och ”Nej”. Om inget annat anges har svarsalternativen ”Ja, en gång” och ”Ja, flera gånger” slagits ihop.

- ”Var har du betalat eller gett annan ersättning för sex?”

Båda svarsalternativen kunde väljas: ”Sverige” och ”Utomlands”.

- Har någon gång köpt sexuella tjänster via internet, mobil eller appar?”
- ”Har någon gång sålt sexuella tjänster via internet, mobil eller appar?”

Fyra svarsalternativ gavs för frågorna och fler än ett svarsalternativ kunde väljas: ”Ja, en gång”, ”Ja, flera gånger”, ”Ja, regelbundet” och ”Nej, aldrig”. Om inget annat anges har svarsalternativen ”Ja, en gång” och ”Ja, flera gånger” slagits ihop.

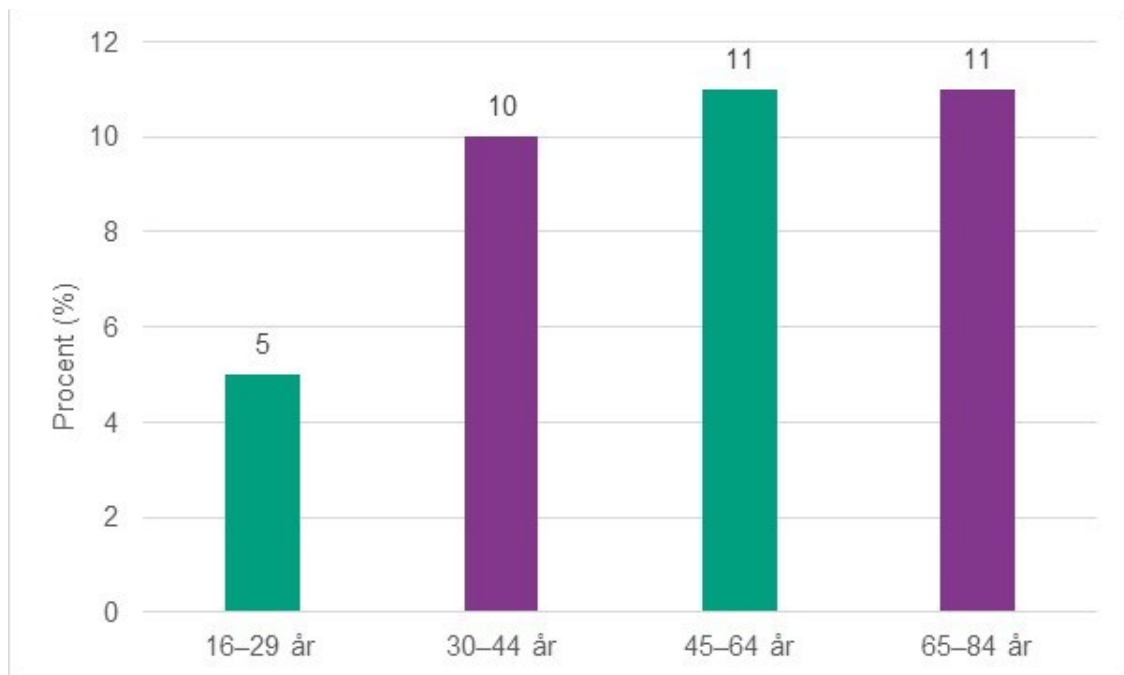
I enkäten SRHR2017 ställdes också frågan ”Hur definierar du din sexuella identitet?”. Sju svarsalternativ gavs: ”Heterosexuell”, ”Bisexuell”, ”Homosexuell”, ”Asexuell”, ”Pansexuell”, ”Queer” och ”Annat”. Vi kan inte särredovisa dessa eftersom sex mot ersättning är tämligen ovanligt och det var få svaranden i många av grupperna, utan svaren redovisas för två grupper: heterosexuella och icke-heterosexuella (hbq). Bisexuella är den största undergruppen bland hbq-personer för både män och kvinnor (52 respektive 68 procent).

Resultat om att ge ersättning för sex

Totalt uppgav 9,4 procent av männen i Sverige att de hade betalat eller gett annan ersättning för sex åtminstone en gång. Bland kvinnorna var andelen 0,4 procent. På grund av den låga andelen presenteras inte resultat för kvinnor i figurena nedan.

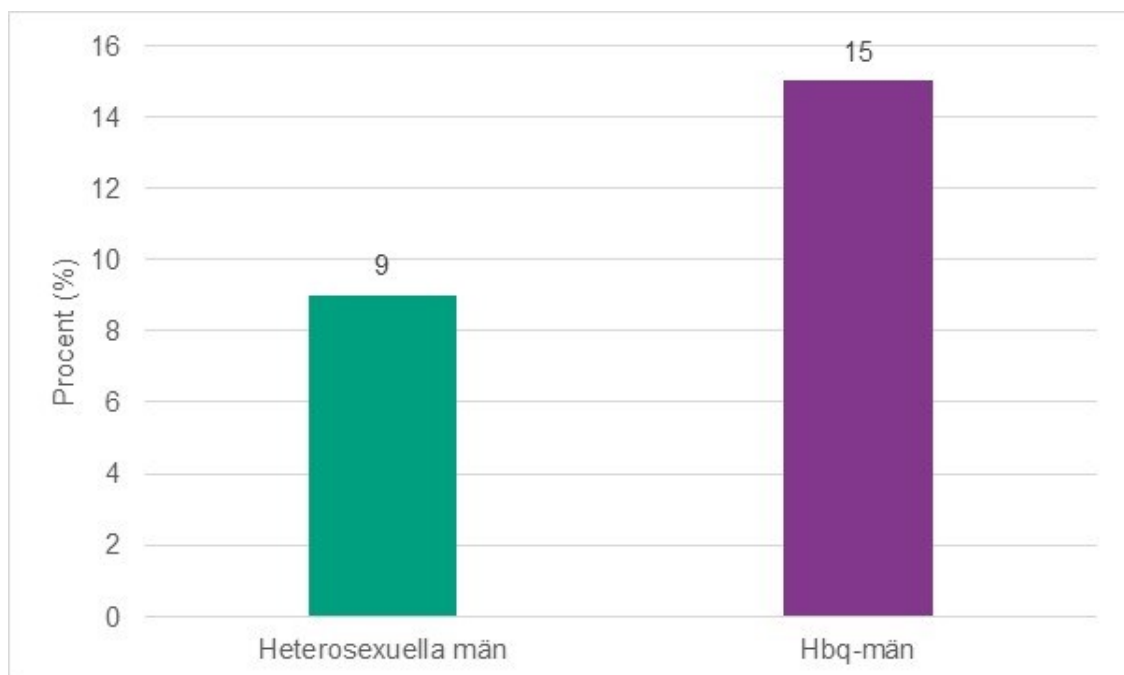
Bland män 16–29 år hade 4,8 procent någon gång gett ersättning för sex, och bland män 30 år och äldre var andelen ungefär 10 procent.

Figur 1. Andel män som betalat eller gett annan ersättning för sex minst en gång, per ålder (n=6 158). Frågan löd ”Har du någon gång betalat eller gett annan ersättning för sex?” Procent.



Det tenderade att vanligare att ha gett ersättning för sex bland hbq-män än bland heterosexuella män (se figur 2). Att ha gett ersättning för sex var vanligare med stigande ålder för män. Bland hbq-män i åldern 45–64 år och 65–84 år var det en större andel som gett ersättning för sex jämfört med bland heterosexuella män i samma åldrar. Till exempel svarade en tredjedel av hbq-män 65–84 år att de någon gång gett ersättning för sex, och motsvarande andel bland heterosexuella män var en tiondel. Bland hbq-män i åldern 16–29 år liksom bland hbq-kvinnor var respondenterna för få för att vi ska kunna presentera resultatet.

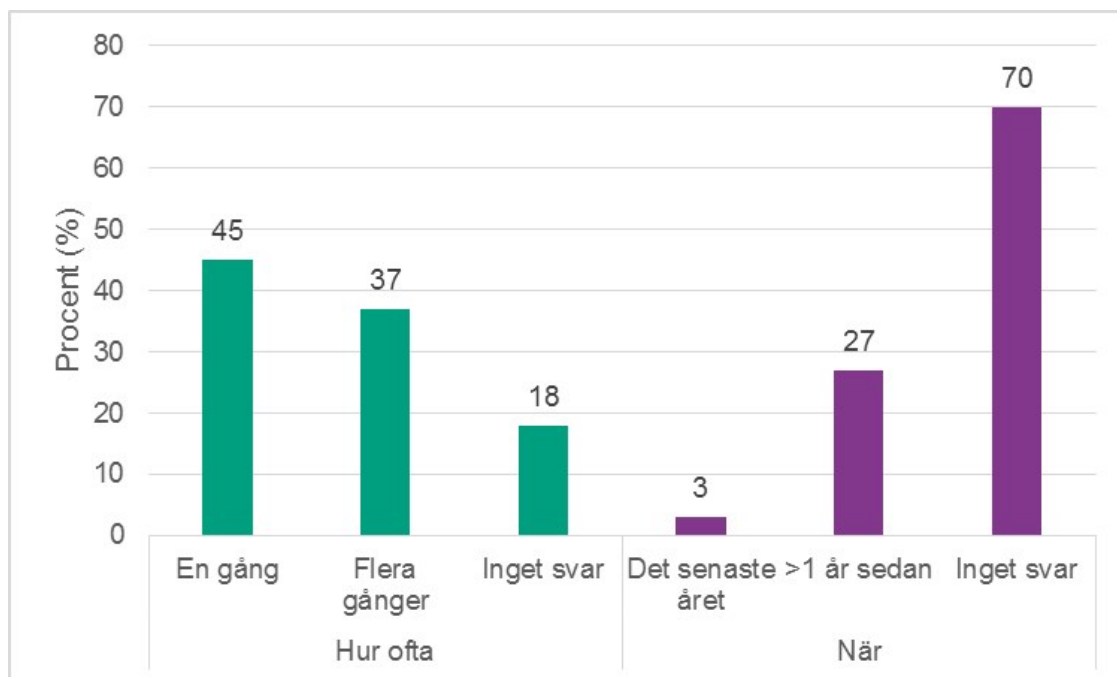
Figur 2. Andel män som någon gång har betalat eller gett annan ersättning för sex, per sexuell identitet (n=5 913). Frågan löd "Har du någon gång betalat eller gett annan ersättning för sex?" Procent.



I figur 3 redovisas hur ofta och när män har gett ersättning för sex, av dem som angett att de har

gjort det någon gång. Totalt 37 procent uppgav att de hade gjort det flera gånger. Osäkerheten är dock stor eftersom 18 procent inte svarade på frågan om hur ofta de betalat eller gett annan ersättning för sex. Osäkerheten kring när köpet skedde är också stor eftersom andelen som inte besvarade frågan var, hela 70 procent.

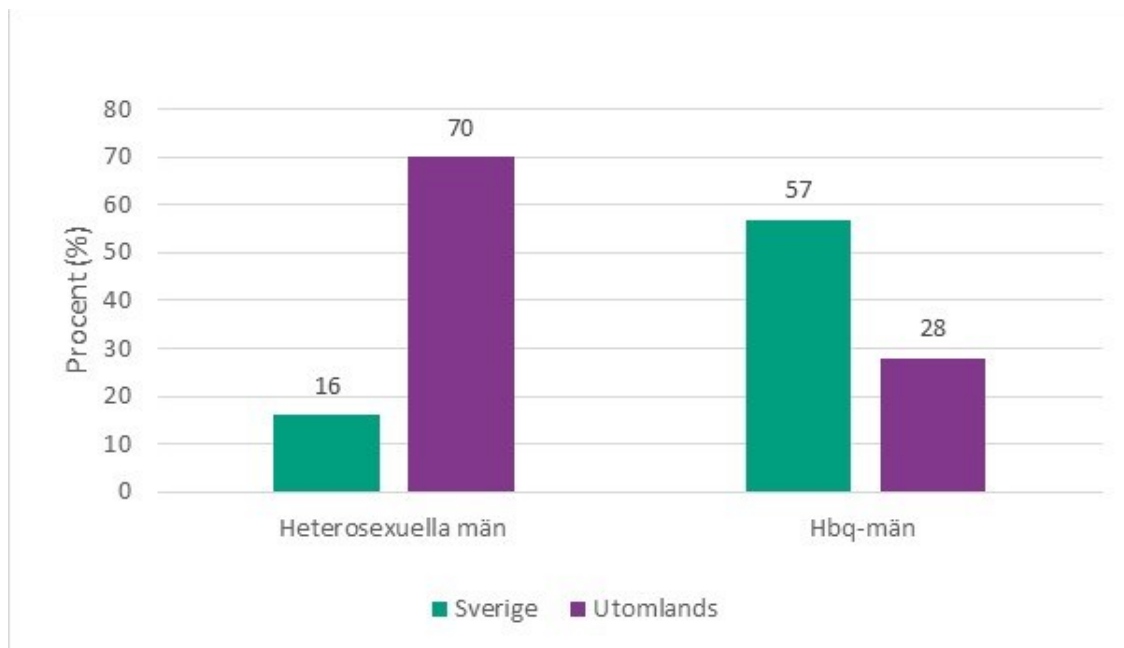
Figur 3. Hur ofta och när de män i befolkningen som har gett ersättning för sex har gjort det (n=6158). Frågan löd "Har du någon gång betalat eller gett annan ersättning för sex?" Procent.



Bland samtliga män som gett ersättning för sex uppgav 80 procent att de köpt sex utomlands och 33 procent att detta skett i Sverige. Totalt 13 procent hade alltså gett ersättning för sex både i Sverige och utomlands. Resultaten som rör kvinnor är mer osäkra än för män eftersom så få kvinnor gett ersättning för sex. Bland de kvinnor som gett ersättning för sex uppgav 75 procent att de gjort så i Sverige, 32 procent utomlands och 7 procent både i Sverige och utomlands.

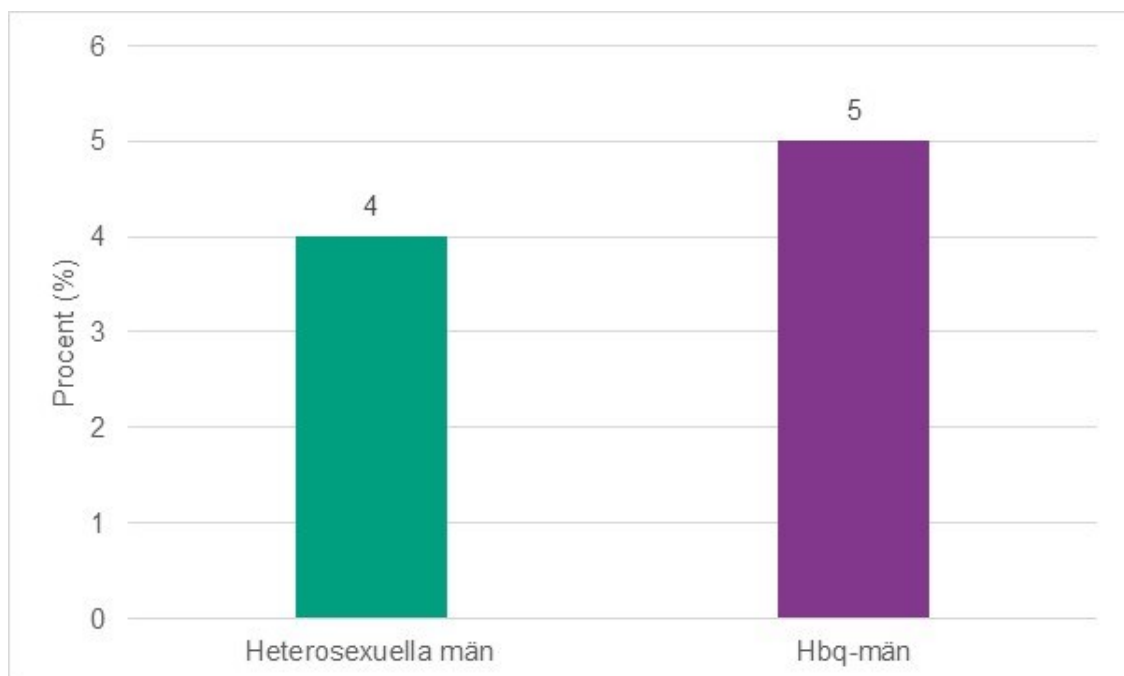
Bland hbq-män var det vanligare att ha gett ersättning för sexuella tjänster i Sverige (57 procent), och andelen bland heterosexuella män var 16 procent (se figur 4). Dock ska det nämnas att 26 procent inte svarade på frågan. Omvänt var det vanligare bland heterosexuella män att ha köpt sex utomlands (70 procent), jämfört med 28 procent bland hbq-män. Då antalet svaranden i varje kategori var få, redovisas inte andel som köpt både i Sverige och utomlands. Andelarna bland kvinnor är för låga för att redovisas per sexuell identitet.

Figur 4. Andel män som gett ersättning för sex som har gjort det i Sverige respektive utomlands, per sexuell identitet (n=553). Frågan löd "var har du betalat eller gett ersättning för sex?" Procent.



Att ha gett ersättning för sexuella tjänster på internet var ungefär lika vanligt bland hbq-män som bland heterosexuella män (se figur 5). 4 procent av heterosexuella män och 5 procent av hbq-män hade någon gång köpt en sexuell tjänst på internet, och skillnaden är inte statistiskt signifikant. Bland samtliga kvinnor hade 0,2 procent köpt en sexuell tjänst på internet. Kvinnorna var för få för att redovisa uppdelade per sexuell identitet.

Figur 5. Andel män som betalat för sexuella tjänster via internet, per sexuell identitet (n=5 454). Frågan löd "Har du någon gång ägnat dig åt följande aktiviteter via internet, mobil eller appar: köpt sexuella tjänster?" Procent.

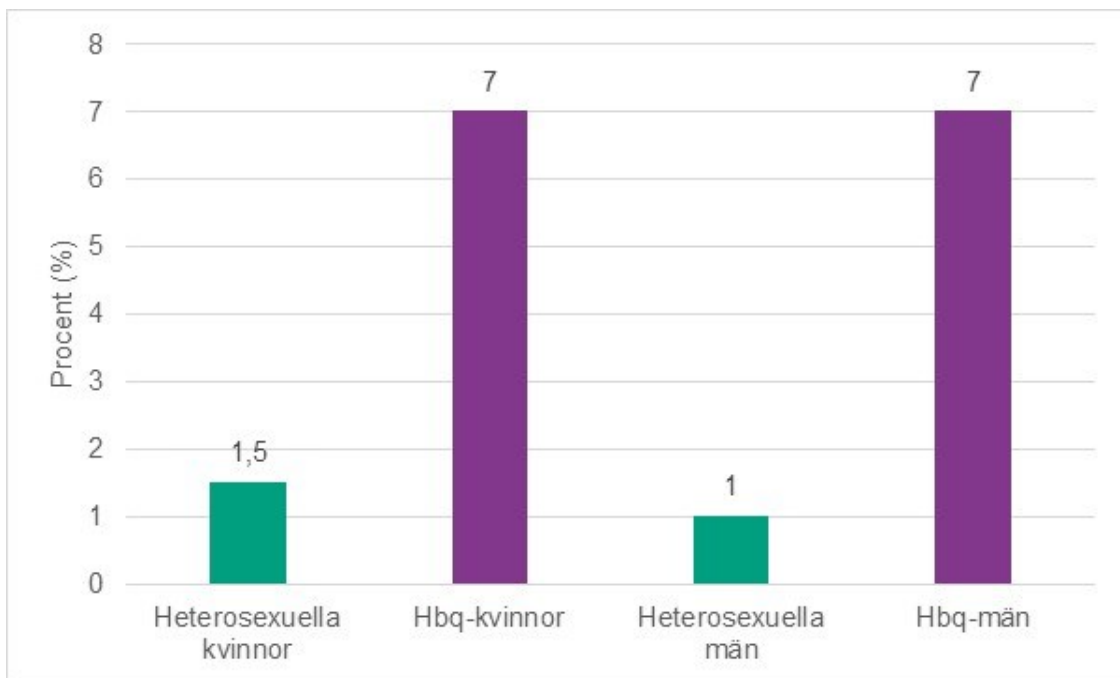


En analys av utbildningsnivå visar inga signifikanta skillnader i erfarenhet av att ha gett ersättning för sex. Dock såg vi tendenser till att män med gymnasial utbildning i något högre utsträckning hade gett ersättning för sex jämfört med män med som förgymnasial utbildning.

Resultat om att ta emot ersättning för sex

Att ha tagit emot ersättning för sex var ovanligt, både bland kvinnor och män. Av samtliga kvinnor uppgav 1,5 procent att de någon gång hade tagit emot ersättning för sex och bland samtliga män var andelen 1 procent. Detta var vanligare bland hbq-personer jämfört med heterosexuella (se figur 6). Bland både hbq-kvinnor och hbq-män var andelen 7 procent.

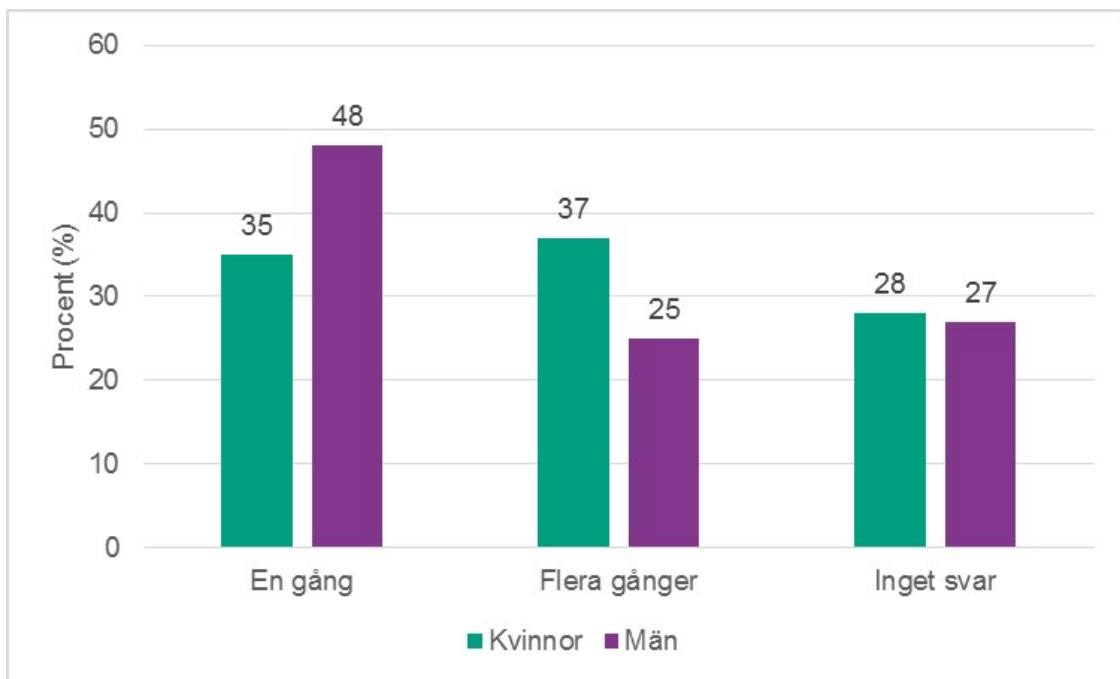
Figur 6. Andel i befolkningen som har tagit emot ersättning för sex, efter kön och sexuell identitet (n=13 438). Frågan löd "Har du någon gång tagit emot betalning eller annan ersättning för sex?" Procent.



Bland samtliga kvinnor i åldern 16–29 år hade 2,8 procent tagit emot ersättning för sex, och andelen bland män i samma ålder var 1,8 procent. Det fanns dock skillnader bland kvinnor utifrån sexuell identitet. Bland hbq-kvinnor var det vanligare att ha tagit emot ersättning för sex jämfört med heterosexuella kvinnor i åldersgrupperna 16–29 och 30–44 år. Till exempel hade en av tio (9,5 procent) av hbq-kvinnor och 1,4 procent av heterosexuella kvinnor i åldern 30–44 år tagit emot ersättning för sex. I de äldre åldersgrupperna var antalet kvinnor för litet för att vi ska kunna göra några skattningar. Det var också vanligare att hbq-män 16–29 år tagit emot ersättning för sex (6 procent) jämfört med heterosexuella män (1 procent). Bland hbq-män i åldrarna 45–84 år hade 11 procent någon gång tagit emot ersättning för sex, medan andelen bland heterosexuella män i samma åldersgrupp var 0,3 procent.

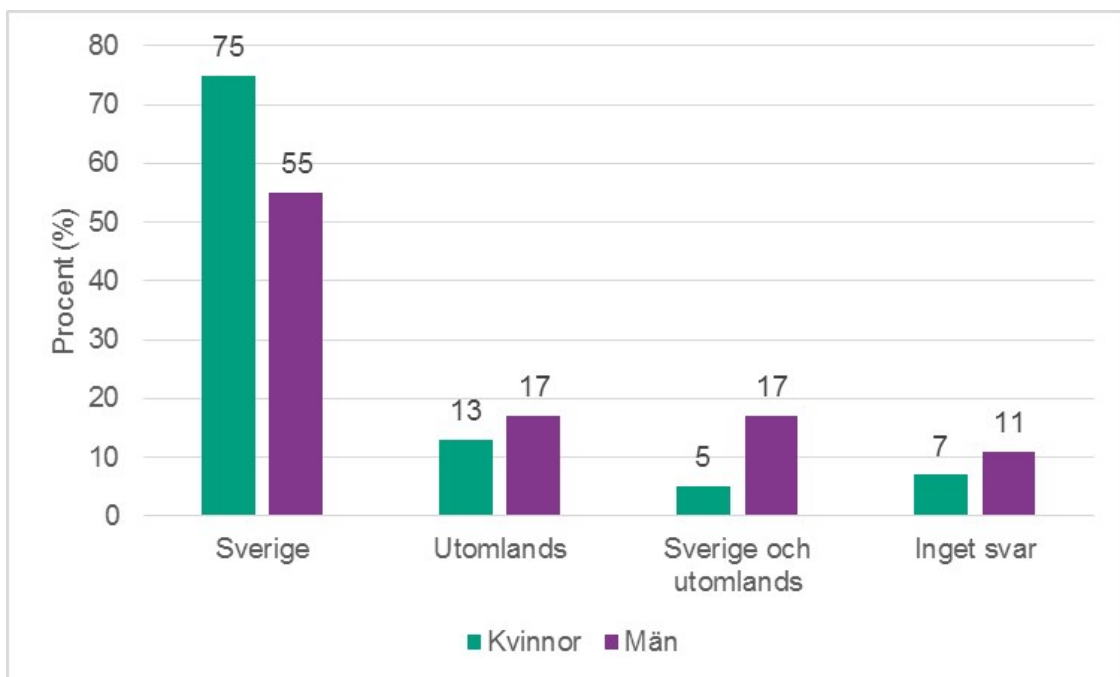
Ett stort bortfall fanns på frågan hur många gånger man hade tagit emot ersättning för sex (se figur 7). En knapp tredjedel som hade tagit emot ersättning för sex, besvarade inte frågan. Av dem som svarade var det vanligare att kvinnor tagit ersättning för sex flera gånger, och bland män var det vanligare att ha tagit emot ersättning en gång. På grund av det stora bortfallet är det dock svårt att dra några slutsatser av resultatet.

Figur 7. Andel som tagit emot ersättning för sex en gång eller flera gånger, per kön (n=14 059). Frågan löd "Har du någon gång tagit emot betalning eller annan ersättning för sex?" Procent.



Det var vanligare bland både kvinnor och män att ha tagit emot ersättning för sex i Sverige, jämfört med utomlands (se figur 8). Av de som tagit emot ersättning för sex hade tre av fyra bland kvinnor och bland männen drygt hälften tagit emot ersättning för sex i Sverige. Bland kvinnor hade 5 procent och bland män 17 procent tagit emot ersättning för sex både i Sverige och utomlands (ingen statistisk signifikant skillnad). Det fanns inga skillnader mellan hbq-personer och heterosexuella i var de tagit emot ersättning för sex.

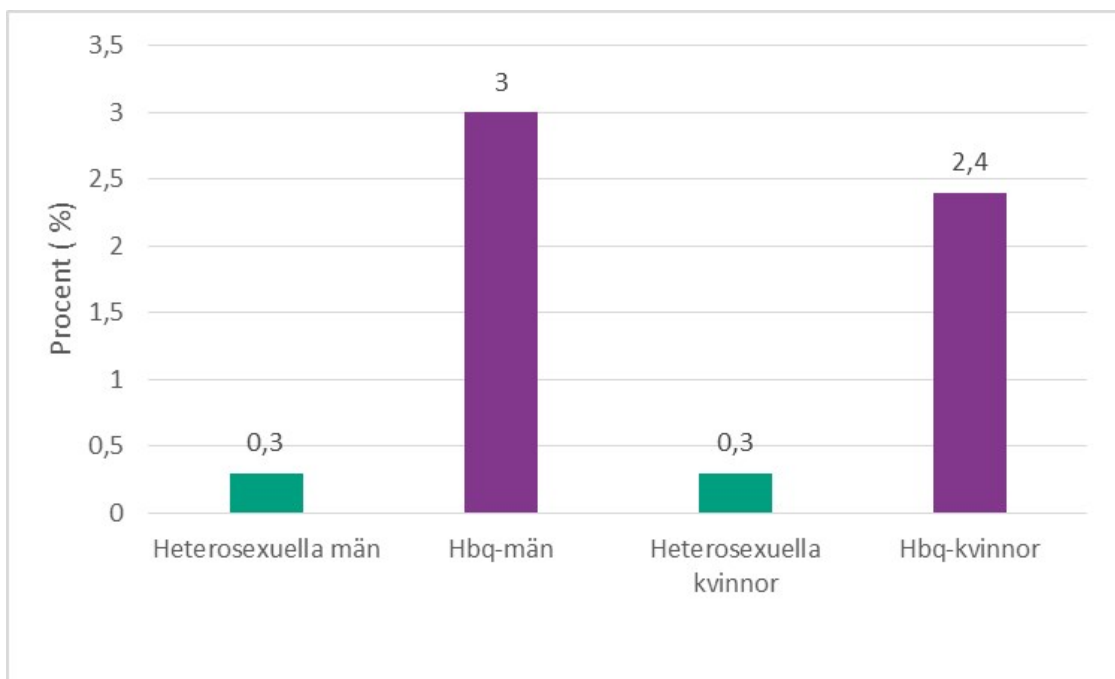
Figur 8. Andel som tagit emot ersättning för sex i Sverige, utomlands eller både i Sverige och utomlands, efter kön (n=14 059). Frågan löd "Var har du tagit emot ersättning för sex?" Procent.



Att ta emot ersättning för sexuella tjänster på internet var ovanligt (se figur 9), och färre än en procent av både kvinnor och män hade erfarenhet av detta. Det var dock vanligare bland hbq-kvinnor och hbq-män än bland heterosexuella kvinnor och män. Bland hbq-kvinnor uppgav 2,4

procent att de fått ersättning för sex på internet minst en gång, och bland heterosexuella kvinnor var andelen 0,3 procent. Andelen bland hbq-män var 3 procent jämfört med 0,3 procent bland heterosexuella män.

Figur 9. Andel som tagit emot ersättning för sexuella tjänster via internet, efter kön och sexuell identitet (n=12 860). Frågan löd "Har du någon gång ägnat dig åt följande aktiviteter via internet, mobil eller appar: sålt sexuella tjänster?" Procent.



Diskussion om sex mot ersättning

Att ha betalat eller gett ersättning för sex förekom nästan bara bland män. Knappt en av tio (9,4 procent) hade gett ersättning för sexuella tjänster, jämfört med mindre än 0,5 procent bland kvinnor. Det var vanligare att hbq-män hade gett ersättning för sex än heterosexuella män. Att ha köpt sex blev vanligare med stigande ålder bland män. Andelarna för när och hur ofta är dock osäkra på grund av stort bortfall på frågan. Det var vanligare att män hade betalat för sex utomlands än i Sverige, medan förhållandet var omvänt bland kvinnor. Bland hbq-män var det i stället vanligare att ha gett ersättning för sex i Sverige jämfört med utomlands. Knappt 5 procent av männen hade köpt sexuella tjänster på internet, något som nästan inte förekom bland kvinnor.

Det var ungefär lika ovanligt bland män och kvinnor att ha tagit emot ersättning för sex: 1,5 procent av kvinnor och 1 procent av män. Även när det gäller att ha fått ersättning för sexuella tjänster på internet var andelarna lika: 0,5 procent av både kvinnor och män. Att ha tagit emot ersättning för sex var vanligare bland hbq-kvinnor (7 procent) jämfört med bland heterosexuella kvinnor (1,5 procent) och vanligare bland hbq-män (7 procent) jämfört med heterosexuella män (1 procent). Att ta emot ersättning för sex på internet var också vanligare bland hbq-kvinnor (2,4 procent) och hbq-män (3 procent), jämfört med 0,5 procent bland heterosexuella kvinnor och män. På grund av stort bortfall på frågan om hur många gånger det skett, och när, kan vi inte dra några slutsatser kring detta. Bland både kvinnor och män var det vanligare att ha tagit emot ersättning för sex i Sverige jämfört med utomlands.

Resultatdiskussion om sex mot ersättning

Denna undersökning, precis som tidigare forskning, har visat att det i huvudsak är män som köper sexuella tjänster. Andelen är relativt konstant över tid. Tidigare studier har visat att mellan 7,5 och 12,7 procent av män 18–65 år har köpt sexuella tjänster någon gång i sitt liv (15,24-25). I denna undersökning uppgav 9,4 procent av samtliga män någon gång gett ersättning för sex, vilket är något lägre än i skattningar från Norge (12,9 procent), Finland (11–13 procent) och Storbritannien (11 procent) (33,34,35). I vår undersökning var det något vanligare bland äldre män att någon gång ha gett ersättning för sex, vilket brukar vara fallet när det gäller livstidsförekomster – alltså något man har erfarenhet av någon gång. På grund av osäkerheten i när det skedde vet vi inte om detta blir vanligare med stigande ålder. Skillnaden kan bero på att de äldre männen levt längre. En annan förklaring kan vara att det år 1999 blev olagligt att köpa sex. Resultaten kan således visa på effekten av sexköpslagen.

Andelen som köpt sex under de senaste tolv månaderna ger en indikation på hur många som är ”aktiva” sexköpare. Denna andel har i tidigare studier varierat mellan 1,3 och 0,4 procent (15,24,25), och i vår undersökning går det dock inte att dra några slutsatser från resultatet eftersom bortfallet på frågan var mycket högt, 70%..

I SRHR2017 hade 80 procent av män som hade köpt sex gjort så utomlands. Det kan bero på skillnader i lagstiftningen, och att sexköp inte är straffbart i många länder. Samtidigt är förekomsten av hiv och andra sexuellt överförda infektioner högre i många sådana länder än i Sverige, vilket gör att sexköp medför risk.

Det är ovanligt att köpa sexuella tjänster på internet. I vår studie hade 5 procent av männen och nästan inga kvinnor köpt sexuella tjänster på internet. Andelen bland kvinnor ligger i linje med tidigare resultat, medan SRHR2017 visade en något högre andel män än i tidigare studier (2 procent) (15).

Tidigare svenska undersökningar har visat att mellan 0,5 och 1,4 procent av män har tagit emot ersättning för sex (15,24,25), och i denna undersökning var andelen 1 procent. I SRHR2017 fanns en tendens till skillnad mellan män och kvinnor som tagit emot ersättning för sex. Andelen kvinnor som tagit emot ersättning för sex är i vår undersökning 1,5 procent, vilket är högre än i tidigare studier där andelarna varierat mellan 0,2 och 1,1 procent. Dock har vi inga konfidensintervall att jämföra med. I tidigare studier har också andelen män varit något högre än andelen kvinnor, ett förhållande som i vår studie är det motsatta även om skillnaderna är små. Det är för tidigt att avgöra om detta rör sig om en förändring eller om det är naturliga variationer eftersom det handlar om låga andelar. Vi kan i alla fall konstatera att en väsentlig andel bland dem som någon gång sålt sex är män, samtidigt som den allmänna debatten fortfarande till stor del handlar om män som köper sex av kvinnor, vilket innebär en risk för att gruppen osynliggörs i samhällets insatser.

En tendens till skillnad fanns mellan könen i åldersgruppen 16–29 år; där svarade 2,8 procent av kvinnorna och 1,8 procent av männen att de någon gång har tagit emot ersättning för sex, men skillnaden är inte signifikant. Folkhälsomyndighetens undersökning UngKAB15, om hälsa och sexualitet bland unga 16–29 år, visade liknande resultat. Där hade 3 procent av tjejerna och 2 procent av killarna tagit emot ersättning för sex (26). I tidigare ungdomsstudier (28) har andelen manliga unga som tagit emot sex mot ersättning varit större än den bland kvinnor, ett förhållande som är omvänt i SRHR2017 och UngKAB15.

I likhet med tidigare studier visar SRHR2017 att erfarenheterna av sex mot ersättning är vanligare bland hbt-personer, både att ge och att få ersättning för sex (30,31,28). En sexuell utsatthet har tidigare konstaterats i gruppen och anledningarna till det är många och delvis outforskade (12,32). En förklaring är den generellt sett sämre självskattade hälsan, och framför allt den sämre psykiska hälsan som konstaterats i gruppen hbt-personer (41). Sex mot ersättning är också en konsekvens av sex som ett självskadebeteende (42), vilket har rapporterats förekomma bland 3 procent av kvinnliga och 1 procent av manliga gymnasieungdomar i Sverige (43). Psykisk ohälsa, andra självskadebeteenden, icke-heterosexuell sexuell identitet och symtom på trauma är några andra faktorer som är vanligare bland unga med erfarenhet av sex mot ersättning än bland andra unga.

Svagheter och styrkor

Denna undersökning är den första befolkningsstudien med slumpmässigt urval om sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter i Sverige. Undersökningar som baseras på slumpmässiga urval av befolkningen ger bra underlag för att ta fram nationella estimat, till exempel om hur vanligt det är att ta emot eller ge sex mot ersättning. Vidare går det att redovisa resultatet redovisas uppdelat på exempelvis kön, ålder och sexuell identitet, vilket är viktigt för att kunna bidra till ett effektivt folkhälsoarbete.

Detta material ger en bild av befolkningen i allmänhet men det finns risk för att viktiga grupper inte finns representerade i urvalet. Detta kan till exempel bero på att gruppen är liten eller att gruppen inte finns representerad i register som används för att göra urval till datainsamlingen. För dessa grupper behövs ofta även kvalitativa studier eller särskilt utformade kvantitativa metoder där enkäten riktas till miljöer eller platser där dessa grupper befinner sig. Den här studien fångar inte personer i stor social utsatthet, till exempel personer som är utsatta för människohandel och personer utan folkbokföringsadress, trots att de kan vara överrepresenterade när det gäller sex mot ersättning. Slutligen bör resultaten tolkas med försiktighet på grund av få respondenter.

I denna undersökning har vi ställt frågor om att ha gett och tagit emot ersättning för sex och om detta hänt under det senaste året eller längre tillbaka i tiden. Frågan kan uppfattas som känslig både på grund av att den har med sex att göra och för att den rör olagliga handlingar. Bortfallet på frågan om var och när köp skedde är också stort, och det förekommer sannolikt en underrapportering då frågan kan uppfattas som känslig. Frågeformuleringen har dessutom svagheter. En och samma fråga gällde om ersättning getts eller fåtts vid ett eller flera tillfällen, samt om detta skett under senaste året eller längre bak i tiden, vilket inte är optimalt. Frågan har också stort internt bortfall. Ett bättre sätt hade varit att dela upp denna fråga i flera olika frågor för att underlätta för respondenten.

En annan fråga gällde erfarenhet av att köpa eller sälja sexuella tjänster via internet. Frågan syftade på sexuella aktiviteter på internet, exempelvis posering, webcam-sex och liknande, men eftersom inga exempel gavs kan frågan ha tolkats som att vi efterfrågade om överenskommelsen skedde via internet inför ett fysiskt möte.

Våra frågor skiljer sig något från undersökningar som fokuserar på sexköp eller prostitution där andra formuleringar har använts.

Vidare folkhälsoarbete mot sex mot ersättning

Målgruppen personer som har sex mot ersättning är en viktig grupp att beakta i Folkhälsomyndighetens arbete med sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter, med hiv- och STI-prevention och för allas lika möjligheter och rättigheter oavsett sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck. Insatser bör fokusera på att förbättra förutsättningarna för en god och jämlikt fördelad hälsa samt minska skillnader i hälsa mellan olika grupper. Det är viktigt att se på hälsa ur ett holistiskt perspektiv som inbegriper förståelse för synergier mellan sexuell, fysisk och psykisk hälsa.

Eftersom motiven till och erfarenheterna av sex mot ersättning skiljer sig mycket åt behöver preventionsarbetet inkludera åtgärder av olika karaktär och på olika nivåer. På strategisk nivå bör myndigheter, skola och hälso- och sjukvård arbeta för sexuella rättigheter för alla och för jämställdhet mellan könen. Det är viktigt att personer som har erfarenhet av sex mot ersättning erbjuds lättillgängliga hälsofrämjande och förebyggande insatser samt sociala stödinsatser. I mötet med samhällsaktörer är det viktigt att personer som tagit emot sex mot ersättning får ett kompetent och icke dömande bemötande, och att det stöd som erbjuds är relevant för individen. Socialstyrelsen har tagit fram utbildningsstöd för yrkesverksamma som möter personer med erfarenhet av sex mot ersättning.(44)

Tidigare studier visar att erfarenheten av sex mot ersättning samvarierar med att ha haft sexuellt överförda infektioner och hiv. De berörda personerna bör därför erbjudas hälsofrämjande och förebyggande insatser för att öka möjligheten till en god sexuell hälsa, till exempel i form av stödsamtal om tekniker för säkrare sex och generös tillgång till testning. Eftersom en majoritet av männen har gett ersättning för sex utomlands behöver information om säkrare sex finnas tillgänglig på platser där resenärer befinner sig.

I vår studie ser vi att erfarenheter av sex mot ersättning är vanligare bland hbq- personer, vilket kan indikera en sexuell utsatthet i gruppen. Anledningarna till detta är många och det behövs mer kunskap om metoder för förebyggande arbete. Tidigare studier har dock visat på en högre grad av psykisk ohälsa i gruppen, vilket skulle kunna leda till olika typer av självskadebeteende såsom sex mot ersättning. Det är viktigt att kunskap om sexuell utsatthet bland hbq-personer finns hos yrkesverksamma inom hälso- och sjukvård och kommunala verksamheter, och att dessa personer bemöts på ett professionellt sätt och erbjuds ett individuellt och behovsanpassat stöd.

Att ge ersättning för sexuella tjänster är förbjudet enligt svensk lag. Vår studie visar dock att var tionde man i Sverige har gett ersättning för sex, varav en stor andel utomlands. Vi vet inte könet på den person som fått ersättning, men sannolikt har det många gånger handlat om kvinnor i mer eller mindre utsatta situationer. När en man köper sig tillgång till en kvinnas kropp är det, ur ett könsmaktsperspektiv, en ojämslidd handling, där kvinnan ses som offer för mannens våld. Ett av syftena med lagen om förbud mot köp av sexuell tjänst var att förändra attityderna till sexköp. Arbetet med att förändra attityder, för att minska förekomsten av sexköp, ingår i ett bredare jämställdhetsarbete som måste genomföras på bred front i samhällets alla sektorer. Att minska efterfrågan på prostitution ingår i det övergripande jämställdhetspolitiska målet att mäns våld mot kvinnor ska upphöra. Jämställdhetsmyndigheten har regeringens uppdrag att bidra till genomförandet av jämställdhetspolitiken, och man arbetar delvis utifrån den nationella strategin för att förebygga och bekämpa mäns våld mot kvinnor. I regeringens handlingsplan mot prostitution och människohandel nämns flera förebyggande åtgärder för att minska efterfrågan på sexuella tjänster: bland annat breda åtgärder såsom sex- och samlevnadsundervisning i skolan

och information till unga om hälsa och jämställdhet, men även riktade insatser såsom hjälptelefoner för sexköpare och för att förebygga sexuellt våld (5).

Att ha sex mot ersättning är en av flera aspekter på utsatthet. För att närmare förstå fenomenet är det intressant att analysera andra faktorer som påverkar hälsan, till exempel sociala bakgrundsvariabler, psykisk hälsa och erfarenheter av våld och tvång, samt faktorer som är viktiga för den sexuella hälsan såsom STI-diagnoser och erfarenhet av testning. Enligt Länsstyrelsen Stockholms kartläggning är internet den huvudsakliga arenan för att knyta sexuella kontakter som inkluderar ersättning.(45) Vid sexuella möten på internet är risken för sexuellt överförda infektioner och hiv låg, men det behövs mer kunskap om andra faktorer som påverkar den sexuella hälsan och hälsan i allmänhet samt om hur sex mot ersättning på internet förhåller sig till fysiska möten.

Malmö universitet har gjort en riktad undersökning bland personer med erfarenhet av sex mot ersättning, på uppdrag av Folkhälsomyndigheten. Resultaten kommer att publiceras hösten 2019.

Slutsats om sex mot ersättning

Totalt 9 procent av svenska män har gett ersättning för sex åtminstone en gång medan det är mycket ovanligt att kvinnor gett ersättning för sex. Vidare har 1 procent av svenska män och 1,5 procent av svenska kvinnor någon gång tagit emot ersättning för sex. Erfarenheten av sex mot ersättning är vanligare bland hbt-personer än bland heterosexuella.

Nästan 10 % av män uppger att de någon gång har gett ersättning för sex, vilket är brottsligt. Ingen människa ska behöva känna sig tvingad att ta emot ersättning för sex i Sverige i dag, oavsett anledning. Det behövs ett brett jämställdhetsarbete för att förändra attityder och beteenden när det gäller sex mot ersättning.

Referenser

1. Holmström, C. Prostitution och människohandel för sexuella ändamål i Sverige, omfattning, förekomst och kunskapsproduktion. Nordiska ministerrådet: 2008
2. Socialstyrelsen. Sex mot ersättning. Utbildningsmaterial om stöd och hjälp till vuxna. Falun: Edita Bobergs: 2015
3. Agenda 2030 och globala målen. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/regeringens-politik/globala-malen-och-agenda-2030/>
4. Socialdepartementet. Handlingsplan mot prostitution och människohandel. Bilaga till regeringsbeslut 2018-02-08 nr II:1. 2018
5. Regeringens Proposition 1997/98:55:104-105. (den 5 februari 1998). Stockholm: Arbetsmarknadsdepartementet.
6. Polisen. Människohandel för sexuella och andra ändamål. Lägesrapport 15. Hämtad från: https://polisen.se/siteassets/dokument/manniskohandel/manniskohandel_lagesrapport_15.pdf 2015
7. Länsstyrelsen Stockholm. Prostitutionen i Sverige 2014. En omfattningskartläggning. Stockholm: Länsstyrelsen. 2015
8. Kotsadam, A, Jakobsson, N. Shame on you! Laws, stigmatization and the demand for sex. Eur J Law Econ (2014) 37:393–404 DOI 10.1007/s10657-012-9339-y
9. Svedin, C-G, (red) Priebe, G., Wadsby, M., Jonsson, L., Fredlund, C. Unga sex och Internet – i en föränderlig värld. Hämtad från: <http://liu.diva-portal.org/smash/get/diva2:909442/FULLTEXT02.pdf> 2015
10. De Cabo, A. Brott eller passion? Myndighetsdiskurser om manlig sexhandel från 1930- till 2000-tal. Göteborg: Göteborgs Universitet, institutionen för socialt arbete. 2018
11. Larsdotter, S., Jonsson, J., Gäredal, M. Osynliga, synliga aktörer. Hbt-personer med erfarenhet av

- att köpa och/eller sälja sexuella tjänster. RFSL: 2011
12. Socialdepartementet. Nationell strategi mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar. 2017
 13. Brottsförebyggande rådet. Sexuell människohandel: En fråga om tillgång och efterfrågan. Stockholm: Brottsförebyggande rådet, Information och förlag. 2008
 14. Priebe, G. Svedin, C-G. Sälja och köpa sex i Sverige 2011. Förekomst, hälsa och attityder: Delrapport 1. Linköping: Linköping University Electronic Press. 2011
 15. Socialstyrelsen. Sex mot ersättning Utbildningsmaterial om stöd och hjälp till vuxna. Stockholm: Socialstyrelsen 2015
 16. Socialstyrelsen. Kännedom om prostitution 2003. Stockholm: Socialstyrelsen, 2004
 17. Sausa LA, Keatley J, Operario D. Perceived risks and benefits of sex work among transgender women of color in San Francisco. *Archives of Sexual Behavior*. 2007;36(6):768-77.
 18. Wilson EC, Garofalo R, Harris RD, Herrick A, Martinez M, Martinez J, et al. Transgender female youth and sex work: HIV risk and a comparison of life factors related to engagement in sex work. *AIDS and Behavior*. 2009;13(5):902-13.
 19. Lindroth, M., Zeluf, G., Nilunger- Mannheim, L., Deogan, C. Sexual health among transgender people in Sweden, *International Journal of Transgenderism*, 2017;18:3, 318-327
 20. Andersson, G. Quality of life and sexual health among transgender people and people living with hiv in Sweden. Doktorsavhandling. Stockholm: Karolinska institutet. 2019
 21. Rikspolisstyrelsen. Människohandel för sexuella och andra ändamål. Lägesrapport 14. Stockholm: Rikspolisstyrelsen. 2014
 22. Folkhälsoinstitutet. Sex i Sverige. Om sexuallivet i Sverige 1996. Stockholm: Folkhälsoinstitutet. 1998
 23. Kousmanen, J. Tio år med lagen. Om förhållningssätt till, och erfarenheter av prostitution i Sverige. Göteborg: Göteborgs universitet, institutionen för socialt arbete. 2008
 24. Länsstyrelsen Stockholm. Prostitutionen i Sverige 2014. En omfattningskartläggning. Stockholm: Länsstyrelsen. 2015
 25. Folkhälsomyndigheten. Sexualitet och hälsa bland unga i Sverige – UngKAB15 – en studie om kunskap, attityder och beteende bland unga 16–29 år. Folkhälsomyndigheten 2017
 26. Folkhälsomyndigheten. Sexualitet och hälsa bland unga och unga vuxna inom statlig institutionsvård En studie om kunskap, attityder och beteende bland unga och unga vuxna 16–29 år. 2018
 27. Svedin, C.G., & Priebe, G. Se mig! Unga, sex och Internet. I Ungdomsstyrelsen, Se mig –unga om sex och Internet (s.33-148). Stockholm: Ungdomsstyrelsen. 2009
 28. Näslund, J., Ahlgren, T. & Rosander, M. Ungdomars attityder och beteende när det gäller att köpa och sälja sex. En studie i Jönköpings län våren 2008. FoU-rapport 2009:2. Jönköping: Luppen kunskapscentrum. 2009
 29. Smittskyddsinstitutet. EMIS 2010 Sverige. Svenska resultat från den europeiska internetundersökningen EMIS 2010 – en studie om män som har sex med män. Solna: Smittskyddsinstitutet. 2013
 30. Ungdomsstyrelsen. Erfarenheter av sexuell exponering och sex mot ersättning. Se mig! Unga om sex och internet. (Kapitel 4). Stockholm: Ungdomsstyrelsen. 2009
 31. Darj, F., Jonsson, J., Summanen, E. Sex för X. Sex mot ersättning bland unga hbtq-personer. Stockholm: RFSL Ungdom. 2015
 32. Schei B, Stigum H. A study of men who pay for sex, based on the Norwegian National Sex Surveys. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2010; 38: 135–140.
 33. Haavio-Mannila, E, Rotkirch A, Gender Liberalisation and Polarisation: Comparing Sexuality in St. Petersburg, Finland and Sweden, *Finnish Review of East European Studies*. Hämtad från: <https://prostitution.procon.org/sourcefiles/gender-liberalisation-and-polarisation-comparing-sexuality-in-st-petersburg-finland-and-sweden.pdf> 2000
 34. Jones KG, Johnson AM, Wellings K, et al. The prevalence of, and factors associated with, paying for sex among men resident in Britain. *Sex Transm Infect* Published Online First: 2014 doi:10.1136/sextrans-2014-051683
 35. H. Ward, C. H. Mercer, K. Wellings, K. Fenton, B. Erens, A. Copas, A. M. Johnson, "Who Pays for Sex? An Analysis of the Increasing Prevalence of Female Commercial Sex Contacts Among Men in Britain," *Sexually Transmitted Infections*, Dec. 2005
 36. Halcón LL, Lifson AR. Prevalence and predictors of sexual risks among homeless youth. *Journal of youth and adolescence*. 2004;33(1):71–80. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1027338514930>.
 37. Kral AH, Molnar BE, Booth RE, Watters JK. Prevalence of sexual risk behaviour and substance use among runaway and homeless adolescents in San Francisco, Denver and New York City. *Int J STD AIDS*. 1997 Feb; 8(2):109-17.

38. Miller CL, Fielden SJ, Tyndall MW, Zhang R, Gibson K, Shannon K. Individual and structural vulnerability among female youth who exchange sex for survival. *J Adolesc Health*. 2011 Jul; 49(1):36-41.
39. Edwards JM, Iritani BJ, Hallfors DD. Prevalence and correlates of exchanging sex for drugs or money among adolescents in the United States. *Sex Transm Infect*. 2006 Oct; 82(5):354-8.
40. Ulloa E, Salazar M, Monjaras L. Prevalence and correlates of Sex Exchange Among a Nationally Representative Sample of Adolescents and Young Adults. *J Child Sex Abus*. 2016 Jul; 25(5): 524–537 doi: 10.1080/10538712.2016.1167802
41. Folkhälsomyndigheten. Utvecklingen av hälsan och hälsans bestämningsfaktorer hos homo- och bisexuella personer. Resultat från nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor. 2015
42. Svensson F, Fredlund C, Svedin CG, Priebe G, Wadsby M. Adolescents selling sex: exposure to abuse, mental health, self-harm behaviour and the need for help and support--a study of a Swedish national sample. *Nord J Psychiatry*. 2013 Apr;67(2):81-8
43. Fredlund C, Svedin CG, Priebe G, Jonsson L, Wadsby M. Self-reported frequency of sex as self-injury (SASI) in a national study of Swedish adolescents and association to sociodemographic factors, sexual behaviors, abuse and mental health. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2017 Feb 28;11:9.
44. Socialstyrelsen. Utbildningspaket mot sex mot ersättning. 2015 Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2015maj/utbildningspaketomsexmotersattning>

Reproduktiv hälsa

I det här kapitlet beskrivs resultat från undersökningen SRHR2017, där ett representativt urval av Sveriges befolkning 16–84 år fick besvara frågor om bland annat reproduktiv hälsa. Svarefrekvensen var 31 procent. Resultaten bör, trots kalibreringsvikter, tolkas med försiktighet. Syftet med detta kapitel är att beskriva preventivmedelsanvändning, tankar om barn och reproduktiva erfarenheter som graviditet, missfall, abort och förlossning i befolkningen. Folkhälsomyndigheten redovisar upplevelser av detta utifrån kön, ålder, utbildningsnivå, inkomstnivå och sexuell identitet.

Resultat i korthet:

Preventivmedel

- Preventivmedelsanvändning beror i hög grad på ålder, om man har en relation, har sex med någon eller vill bli gravid.
- Inkomst och utbildningsnivå men inte kostnad påverkar användningen av hormonella preventivmedel bland kvinnor 16–29 år. Andelen kvinnor 16–29 år som använder p-piller är idag lägre bland kvinnor med högre inkomst än lägre inkomst och lägre bland de med högre utbildning än bland de med låg utbildning. Om fler variabler än rädsla för hormoner och biverkningar samt inkomst och utbildning påverkar skillnaderna behöver undersökas ytterligare.
- Avbrutet samlag och säkra perioder används av nästan en femtedel av kvinnor och män 16–44 år.

Barn

- För både män och kvinnor äldre än 30 år samvarierar inkomst och utbildning med önskan att få barn. Men också att man har de barn man önskar. Män med låg utbildning och inkomst har i mindre utsträckning än andra grupper det antal barn de önskar.
- 3 procent av kvinnor och män över 30 år är ofrivilligt barnlösa medan 5 procent i alla åldrar inte vill ha barn.
- Bland både män och kvinnor 30–84 år har cirka 7 procent någon gång har fått barn utan att de själva ville det.

Graviditet

- Ungefär en tredjedel av kvinnor har genomgått en eller flera aborter.
- En knapp tredjedel av kvinnorna har erfarenhet av missfall.

Förlossning

- Kvinnor 30–44 år är i medel 28 år vid sin första förlossning och kvinnor 45–64 år är i medel

26 år. Ju längre utbildning, desto äldre är kvinnan vid sin första förlossning.

- Kvinnor 16–84 år rapporterar att deras förlossningar medfört fysiska (26 procent), psykiska (17 procent) eller sexuella konsekvenser (14 procent). Upplevelsen av konsekvenser beror på ålder och utbildning. Även män rapporterar kvarstående psykiska och sexuella konsekvenser av att delta vid förlossning.
- 81–93 procent av kvinnor som fött barn har genomgått vaginal förlossning. Det är vanligare bland yngre än äldre att ha förlöst med kejsarsnitt. Varken utbildning eller inkomst har betydelse för förlossningssättet.
- Högst andel som förlöst med sugklocka eller tång (tång i enstaka fall) finns bland kvinnor 30–44 år (12 procent).
- De kvinnor som blivit klippta är oftast äldre än 45 år, medan de yngre än 45 år istället oftast fått en bristning, som liksom klipp har sytts.
- Majoriteten av kvinnor som fött barn har blivit klippta eller fått en bristning vid förlossningen. 8 procent av alla kvinnor har någon gång haft en bristning som inte syddes. 4 procent har fått en bristning som involverat ändtarmsmuskeln (grad 3 eller 4).
- Ungefär 12 procent av kvinnor har sökt vård på grund av problem relaterat till klipp eller bristningar i samband med förlossning. 7 procent har fått behandling som hjälpte, 3 procent har inte fått någon behandling och knappt 2 procent har fått behandling som inte hjälpte.
- Ålder, utbildning eller inkomst påverkar inte om du har sökt eller fått vård för besvär kopplat till förlossning, bristning eller klipp.

Slutsatser om reproduktiv hälsa

Användningen av hormonella preventivmedel bland kvinnor i Sverige varierar utifrån ålder och behov, men även utifrån inkomst och utbildning. Tankar om barn varierar utifrån ålder och kön, men också utifrån inkomst och utbildning. Reproduktiva erfarenheter som graviditet, abort, missfall och förlossning varierar också utifrån en mängd faktorer, exempelvis ålder, inkomst, utbildning, sexuell identitet och ibland region.

Bakgrund om reproduktiv hälsa

Begreppet reproduktiv hälsa och hälsovård lyftes för första gången på ett systematiskt sätt i det handlingsprogram som antogs vid FN:s befolkningskonferens i Kairo 1994 (ICPD) (1). Det innefattade vård under graviditet, förlossning och spädbarnstid, men också familjeplanering, som internationellt då syftade till barnbegränsning. Preventivmedelsrådgivning innebär vanligen att ge kunskap och råd om och tillhandahålla preventivmedel, men också att reglera menstruationen (2, 3). Reproductiv hälsa innefattar människors möjlighet till ett tillfredsställande och tryggt sexualliv utan oro för sjukdom, förmåga till fortplantning, frihet att planera sitt barnafödande, tillgång till effektiva och acceptabla metoder för familjeplanering och tillgång till en god hälso- och sjukvård i samband med graviditet och förlossning. Reproduktiva rättigheter innefattar rätten att bestämma över om, när och hur man skaffar barn och hur många barn man vill ha, vilket är grundläggande för alla människor inom ramen för de mänskliga rättigheterna.

Guttmacher-Lancet-kommissionen (6) har i en rapport år 2018 förtydligat och lyft fram det grundläggande utbud av preventiva insatser och hälso- och sjukvårdstjänster som kommissionen

anser behövs för att upprätthålla den sexuella och reproduktiva hälsan och de rättigheter som är framskrivna i Agenda 2030.

För reproduktiv hälsa rekommenderar kommissionen tillgång till preventivmedelsrådgivning, mödrahälsovård och vård i samband med förlossning för mor och barn samt förebyggande behandling och vård av hiv, aids och andra sexuellt överförbara infektioner. Kommissionen föreslår även att insatser som sexualundervisning som når och omfattar alla, tillgång till säkra aborter och vård i samband med abort samt undersökning för upptäckt av och behandling av infertilitet ska utvecklas. Säkra aborter och infertilitet nämns inte specifikt i målen i Agenda 2030 men kopplas till mål 3 och 5 (4). Generellt söker och använder kvinnor framför allt mer primärvård än män. Kostnaden för kvinnors vård har konstaterats vara 20 procent högre än för män, men justerat för reproduktion och sjuklighet i relation till sexuell hälsa är skillnaden bara 8 procent. Det faktum att kvinnor i reproduktiv ålder naturligt kommer i kontakt med hälso- och sjukvården kan påverka och underlätta att även söka sjukvård av andra skäl. Män saknar denna koppling (7).

Reproduktiv hälsa och rättigheter i Sverige

Reproduktiva rättigheter i Sverige är desamma som i de globala målen i Agenda 2030. Reproductiv hälsa handlar i Sverige om såväl oönskad graviditet som ofrivillig barnlöshet och dess konsekvenser (11-13). Här finns tillgång till ett brett utbud av preventivmedel samt rådgivning och säkra aborter (SFS 1974:595). Tvångssterilisering är förbjudet (8). Alla har tillgång till reproduktiv hälso- och sjukvård till låg kostnad eller kostnadsfritt, samt till sexuell upplysning och utbildning genom skolan.

Sex- och samlevnadsundervisning och reproduktiv hälsa

I Sverige är undervisning om sex och samlevnad sedan 1955 ett obligatoriskt ämne i skolan. Idag ingår exempelvis sexualitet, relationer, jämställdhet, normer och identitet som en integrerad del i flera kursplaner (9, 10). Arbetet stöds också av idéburna organisationer och medier. Därmed finns goda förutsättningar för att göra informerade val om reproduktion för dem som är födda som biologiska kvinnor, eftersom kompetensen på området traditionellt sett har fokuserat på kvinnors hälsa. Men samhället behöver även tillgodose mäns, homo- och bisexuella personers och transpersoners behov av rådgivning och tillgång till vård och omsorg inom reproduktiv hälsa. Därför behövs en ökad kunskap och kompetens samt beslut om förutsättningar för assisterad befruktning, surrogatmoderskap och adoption.

Ungdomsmottagningar och reproduktiv hälsa

Sedan den nuvarande abortlagen kom 1975, har det i hela Sverige byggts upp ungdomsmottagningar (UM). UM är en frivillig verksamhet som saknar nationella riktlinjer. Syftet med UM var att ytterligare stärka ungdomars psykiska och fysiska hälsa samt stärka deras identitet och sexualitet. Hit kan unga mellan 12–25 år vända sig för avgiftsfria konsultationer. En stor del av arbetet är att ge rådgivning, förskriva preventivmedel, ta graviditetstest och testa för sexuellt överförbara infektioner. Idag har ungdomsmottagningarna också uppdraget att förebygga psykisk ohälsa bland unga (11). Socialstyrelsen gjorde 2012–2013 en kartläggning av UM genom en enkät som 77 procent av mottagningarna besvarade. Utifrån denna och en tidigare kartläggning 2008, föreslås nyckeltal som samordning och kontinuitet,

tillgänglighet, säker och jämlik vård, för att följa upp verksamheten (12). Umo.se finns också och är en webbplats för alla som är mellan 13 och 25 år. På UMO kan ungdomar hitta svar på frågor om sex, hälsa och relationer och sidan finansieras av alla Sveriges regioner.

Preventivmedel

Både tillgängligheten till och rådgivningen om preventivmedel är god i Sverige, och flertalet landsting subventionerar preventivmedel till unga kvinnor. Kvalitetsgranskade kondomer finns att köpa i hela Sverige och de delas också ut gratis till unga och unga vuxna på många arenor. Läkemedelsverket har tagit fram rekommendationer som stöd vid rådgivning och förskrivning av preventivmedel (13).

WHO har tagit fram rekommendationer för familjeplanering och preventivmedel för kvinnor som är i reproduktiv ålder och vill undvika graviditet (14). De redovisar moderna preventivmetoder och deras effektivitet utifrån perfekt användning, det vill säga korrekt och konsekvent. Det är dels metoder som, i Sverige, bara kan förmedlas av en person med förskrivningsrätt eller medicinsk kompetens. Men bland moderna preventivmetoder ingår även barriärmetoder och säkra perioder. En barriärmetod som kondom skyddar mot såväl sexuellt överförda infektioner och hiv som mot oönskad graviditet vid konsekvent och korrekt användning. Säkra perioder innebär att samlag undviks under de dagar som kvinnan är fertil. Det innebär att den enskilda kvinnan beräknar sin fertila period utifrån menstruationscykelns längd, kroppstemperatur eller konsistensen på sekret från livmoderhalsen. Även den sex månader långa perioden efter förlossning då kvinnor som ammar dygnet runt ofta inte har ägglossning ingår som metod. Avbrutet samlag räknas inte som modern utan traditionell metod (14).

Läkemedelsverkets rekommendationer är baserade på vetenskaplig grund, för de olika delarna av området antikonception. Dessa rekommendationer gäller för preventivmedelsrådgivning utifrån svenska förhållanden. Rådgivningen syftar till att förhindra oönskad graviditet och bevara fertiliteten fram till dess att man vill bli gravid, samt att främja sexuell och reproduktiv hälsa. Målet är att kvinnan blir nöjd med sin metod och använder den korrekt och konsekvent (13). Metodernas effektivitet mäts i Pearl Index (ett statistiskt mått som mäter antalet oönskade graviditeter under 1 år hos 100 kvinnor som använder metoden). Läkemedelsverket listar också andelen (%) kvinnor med oplanerad graviditet under första årets användning vid ”typisk” användning. Med början på 1960-talet kom de första preventivmedlen som är ett säkert skydd för graviditet och inte är kopplat till själva samlaget. Det omfattar kombinerade p-piller (som innehåller både östrogen och progesteron), långverkande reversibla gestagena metoder som är en hormonell metod med spiral, plåster, implantat, ring och injektion som inte innehåller östrogen. Kopparspiral, som avger kopparjoner, och hormonspiral, förhindrar bägge befruktning. Metoder som är oberoende av den mänskliga faktorn och situationen har lägst Pearl Index. Det är P-stav, hormonspiral, kopparspiral och P-spruta. Men kombinerade p-piller såväl som p-plåster och p-ring kräver följsamhet samt korrekt och konsekvent användning för att vara effektiva (15, 16). Den rådgivning som hälso- och sjukvårdspersonal ger kan påverka kvinnors val av preventivmedel (17, 18). Idag förskrivs preventivmedel till friska kvinnor främst av barnmorskor inom mödrahälsovården eller ungdomsmottagningar. Läkare förskriver preventivmedel till kvinnor med en kronisk sjukdom eller läkemedelsbehandling som kan interagera med preventivmedel (13).

Barriärmetoder och säkra perioder har alla ett betydligt högre Pearl Index. De metoder som beskrivs som naturliga som att fastställa ägglossning kan göras genom till exempel regelbunden

temperaturmätning, användning av ägglossningstest, eventuellt tillsammans med Billingsmetoden, vilken innebär att kvinnan lär sig att undersöka sitt cervixsekret är kunskap som teoretiskt, i viss utsträckning, finns hos läkare och barnmorskor som förskriver preventivmedel (19). Men den praktiska kunskapen får kvinnan, paret själva utveckla. Kunskapsspridningen om naturliga metoder har främst drivits av ideella organisationer (20) men idag också av privata aktörer via nätet (21). Naturliga metoder används också av kvinnor i Sverige som vill bli gravida.

Kombinerade p-piller godkändes 1964 för förskrivning i Sverige. På 70-talet kom studier som diskuterade sambandet mellan kombinerade p-piller och ökad risk för blodpropp- Uppföljningsstudier har gjorts (22) och svårigheten att bekräfta sambandet har lyfts (23). Det gäller även sambandet mellan kombinerade p-piller och bröstcancer (24, 25). I Sverige har två randomiserade dubbelblinda studier genomförts. I bägge studierna fick ena halvan placebo och andra halvan kombinerade p-piller. Den ena studien visade att kombinerade p-piller påverkar det allmänna välbefinnandet på ett negativt sätt (26). Även den andra visade en ökad oro, irritabilitet och humörsvängningar (27). Det var inga skillnader i depressiva symtom mellan grupperna i någon av studierna, men en förbättring i premenstruell depression sågs i den ena studien (27). I samma studie jämfördes också placebo med hormonell prevention avseende sexuellt intresse. Hos dem som använde hormoner sågs en liten minskning av sexuellt intresse. Forskarna såg dock skillnaden som liten och förmodligen inte av klinisk betydelse (28). Inga skillnader sågs heller i sexuell lust i den andra studien (29). Men i en postenkätstudie till kvinnor 22–28 år rapporterade de som använde hormonell prevention minskad sexuell lust i dubbelt så stor utsträckning som dem med hormonfri prevention. De som hade en partner hade också i dubbelt så stor utsträckning minskad lust som dem utan partner (30). I en dansk prospektiv kohortstudie där data från olika register samkördes, visades att det speciellt bland de unga kvinnorna fanns en samvariation mellan hormonell prevention och antidepressiv medicin (31). Eventuella effekter av kombinerade p-piller på smärta vid menstruation, migrän och endometriosis har också undersökts, men utan några säkra resultat (32, 33). Kombinerade p-piller används ändå av många kvinnor för att minska smärta.

Exempel på långverkande reversibla metoder (LARC) är hormonimplantat (vanligen på överarmen) och hormonspiral. LARC som inte innehåller östrogen har lyfts som en metod för att minska antalet oönskade graviditeter (34, 35).

Akut preventivmedel förhindrar befruktning efter ett oskyddat samlag. Medlen har funnits sedan 70-talet och finns idag på ungdomsmottagningar och apotek. Den farmakologiska behandlingen har utvecklats över tid, och en kopparspiral som sätts in efter ett oskyddat samlag är ett ytterligare alternativ. Akutprevention kan vara effektivt för den enskilda kvinnan, men på gruppnivå har det inte påverkat antalet oönskade graviditeter i Sverige (36).

De mest effektiva metoderna ur preventionssynpunkt, är de som förhindrar ägglossning eller påverkar avstötning av slemhinnan i livmodern, för att förhindra implantation av ett eventuellt befruktat ägg (37, 38).

Kvinnor är idag äldre när de föder sitt första barn, vilket gör att perioden när de behöver ett fungerande och säkert preventivmedel är längre (39).

Abort

I Norden görs flest aborter i Sverige (40). Under 2017 rapporterades knappt 37 000 aborter i

Sverige. Det motsvarar 20 aborter per 1 000 kvinnor 15–44 år. Norge har 11 aborter per 1000 kvinnor i samma ålder (41). I Europa skiljer sig också andelen aborter mellan Västeuropa 16/1000 kvinnor 15–44 år och Östeuropa 42/1000 kvinnor (42).

År 1987 hade 35 procent av kvinnor, i Sverige, som gjorde abort även tidigare gjort en eller flera aborter. År 2017 hade 45 procent gjort mer än en abort. Flera orsaker kan ligga bakom att kvinnor väljer att göra abort. Det kan till exempel vara otillräcklig kunskapsbaserad sexualundervisning till unga, bristande tillgänglighet till lyhörd och kunskapsbaserad preventivmedelsrådgivning eller andelen kvinnor med ouppfyllda behov av preventivmedel (43, 44). I Norge har man från 2010 halverat antalet aborter bland kvinnor 15–19 år. Flera orsaker kan ligga bakom som att man under perioden 2015 till 2017 nästan fördubblade användningen av LARC bland kvinnor i åldern 16–19 år och gav ökad förskrivningsrätt till sjuksköterskor och barnmorskor samt subventionering av alla preventivmedel upp till 19 år (45). I Sverige har sedan början av 90-talet andelen tidiga aborter (som görs senast vecka 7) stadigt ökat. 2017 var 55 procent av alla aborter tidiga. Det ökande antalet kan påverka missfallsstatistiken, eftersom flera av de aborter som görs tidigt skulle slutat i ett missfall.

Även de medicinska aborterna har ökat, och utgjorde 93 procent av alla aborter 2017. Ökar gör också andelen av de medicinska aborter där del två i läkemedelsbehandlingen görs hemma, och 2017 gjordes det vid 75 procent av de aborter som skedde senast vecka 9. Såväl säkerheten som effektiviteten har visat sig god vad gäller att avsluta en tidig graviditet hemma (46, 47).

Aborter bland kvinnor upp till 19 år har minskat sedan år 2007, från 25 av 1 000 kvinnor till 12 av 1 000 kvinnor. Flest aborter i Sverige gjordes 2017 bland kvinnor 25–29 år följt av kvinnor 20–24 år som, sedan 2015 är en grupp där antalet aborter minskat något (36). Norge har haft en liknande utveckling där 6 av 1000 kvinnor upp till 19 år gjorde abort 2017 (41).

Missfall

Missfall är det vanligaste icke-önskvärda utfallet av en graviditet. Det drabbar cirka 15–25 procent av alla kvinnor en eller flera gånger under deras fertila tid (48, 49). Missfallen i Sverige 1983–2003 ökade bland tidigare förstföderskor från drygt 8 till 14 procent. Bland kvinnor som tidigare fött två barn ökade missfallen från drygt 14 till 21 procent (50). Kvinnans ålder har betydelse redan från 30 års ålder (51) eller från 35 års ålder (49). Andra riskfaktorer för missfall är över- eller undervikt, men också att arbeta natt, konsumera alkohol (51), ha svårt att bli gravid, ha myom eller vara rökare (49). Kromosommissbildningar är en trolig orsak till att missfall oftare drabbar kvinnor över 45 år (75 procent) än de som är 20–24 år (9 procent) (52). Ett missfall påverkar såväl kvinnans som partners psykiska hälsa, även om partnern påverkas mindre. Depression och oro under den första månaden efter missfallet var de vanligaste symtomen. Även posttraumatiskt stressymptom förekom (53).

Mödradödlighet

Internationellt är mödradödligheten en stor fråga inom arbetet med reproduktiv hälsa. Sverige och övriga nordiska länder har den lägsta mödradödligheten i världen (54). Men det finns skillnader i utfall vid graviditet, förlossning och det nyfödda barnets hälsa även i Sverige. Socialstyrelsen gjorde 2016 en fördjupad analys av negativa utfall av graviditet och förlossning, utifrån socioekonomiska faktorer och etnisk tillhörighet. Lågutbildade kvinnor, oavsett etnicitet, hade högre risk för flera av de negativa utfallen. Kvinnor födda i Afrika, söder om Sahara, hade

ett sämre utfall än andra grupper. Det visar att förlossningsvården i Sverige är ojämlik och att omhändertagande och rutiner behöver undersökas (55).

Partners deltagande vid förlossning

Från 60-talet har den blivande barnafadern haft möjlighet att närvara vid sitt barns födelse. Idag betraktas partnern inte längre som en passiv åskådare, utan uppmuntras att vara ett aktivt stöd åt den födande kvinnan. Landstingen erbjuder kurser om förberedelse för förlossning och föräldraskap framförallt till förstagångsföräldrar, och sedan 70-talet ingår detta i mödrahälsovårdens uppdrag. Över tid har fokus och metod i kurserna skiftat. Studier visar att kursen i liten utsträckning påverkar utgången av förlossningen (56, 57), medan de blivande föräldrarnas upplevelse av förlossningen kan påverkas. Det gäller särskilt förlossningsrädsla hos båda de blivande föräldrarna (58, 59). Att strukturerade metoder visat sig fungera bäst har också lett till en utveckling av föräldrastödet (60). Arbetet med jämställdhet och jämlikhet har bidragit till att ge den icke-födande föräldern en alltmer självklar plats såväl före som vid förlossningen och under barnets uppväxt. Hur föräldrastödet ska utformas och utvärderas har varit föremål för flera utredningar (61-65). År 2017 rapporterades stöd vid förlossningsrädsla i Dalarna och Kronoberg till 6 procent av gravida medan det i Stockholm och Jämtland var 11-12 procent (66).

Skador i samband med förlossning

Det finns stora kunskapsluckor om förlossningsskador som uppkommer vid vaginal förlossning, samt de medicinska, hälsoekonomiska, sociala och etiska aspekterna av skadorna (67, 68). Oavsett förlossningssätt, påverkar en förlossning mellangården (området mellan slidan och ändtarmsöppningen) och kan ge långvariga problem (69-71). Flera faktorer spelar in: om kvinnan är förstföderska, barnets födelsevikt och kvinnans BMI.

År 2007 startade projektet "Säker förlossningsvård" (72). En del av projektet hade fokus på riskgraviditeter och skador, främst bäckenbottensskador (67, 68). Skador på ändtarmens ringmuskel (analsfinkter) diagnostiseras hos knappt 4 procent av vaginalförlösta kvinnor i Sverige (68). Däremot saknas statistik på hur många kvinnor i Sverige som årligen drabbas av lindrigare skador av grad 1 och 2, som inkluderar klipp och bristningar i mellangården (67).

I en systematisk genomgång 2007 fann man att 85 procent av kvinnor som fött vaginalt hade fått skador på mellangården (grad 1 och 2), och 0,5–7 procent hade bristningar som involverade ändtarmens ringmuskel (grad 3 och 4) (73).

Genom projektet "Säker förlossningsvård" utvecklades ett webbaserat utbildningsprogram för att öka kunskapen om förlossningars påverkan på bäckenbottens strukturer. Alla läkare och barnmorskor som arbetar inom svensk förlossningsvård och eftervård ska ta del av programmet (74).

För att följa upp bristningar och klipp skapades Bristningsregistret, som är tillgängligt sedan 2014 (75). Som ett delprojekt i Socialstyrelsens uppdrag om säker förlossningsvård och kvinnors hälsa, gjordes en kartläggning av komplikationer i samband med förlossning. Det gäller såväl riskfaktorer för bristningar, som direkta och långsiktiga komplikationer vid alla förlossningssätt. Rapporten visar att kejsarsnitt minskar risken för bäckenbottenkomplikationer, men de komplikationer som orsakas av kejsarsnitt är både fler och allvarigare. Rapporten har också sammanställt risken för ruptur på ändtarmsmuskeln i olika regioner. Lägst risk hade kvinnor i

Norrboten, Halland och Jönköping (71). Graviditetsregistret visar att förstföderskor, vid såväl spontana som instrumentella förlossningar, klipptes vid 23 procent i Trollhättan (NU) och 22 procent i Östersund medan i Södertälje klipptes 3 procent och i Linköping 4 procent vid förlossningarna. I hela riket klipptes 10 procent (66). Registret visar på hur olika rutiner används i Sverige trots att studier visar att man ska vara restriktiv med klipp i mellangården (73). Socialstyrelsen konstaterar att det behövs mer kunskap och utbildning för personalen i hela vårdkedjan om psykisk ohälsa i samband med graviditet och förlossning och om diagnostik, behandling och uppföljning av bristningar i bäckenbotten. De flesta brister som drabbar kvinnor i samband med förlossning är strukturella (76).

Genom nationella kvalitetsregistret för Graviditet kommer en enkät som undersöker kvinnors hälsa och upplevelser av vården under graviditet, förlossning och eftervård att skickas ut vid tre tillfällen: i graviditetsvecka 25, sex veckor efter förlossning och ett år efter förlossning. Den har testats under hösten 2018 via 1177 Vårdguidens e-tjänster och lanseras nationellt i början av 2019. Syftet är att öka kvinnors delaktighet samt att ge underlag till lärande och förbättringsarbete för landsting och regioner (66).

Sedan 1973 finns ett medicinskt födelseregister över graviditeter som har lett till förlossning i Sverige. Registret innehåller uppgifter om alla graviditeter, förlossningar och nyfödda barn. Det medicinska födelseregistret ingår i Sveriges officiella statistik (39).

Reproduktiv hälsa bland hbtq-personer

Traditionellt sett har området reproduktiv hälsa varit inriktat på kvinnor. Men man behöver också tillgodose homo- och bisexuellas, transpersoners samt queeras (hbtq-personers) behov av rådgivning och tillgång till vård och omsorg inom reproduktiv hälsa.

I en svensk kvalitativ tvärsnittsstudie intervjuades tolv blivande eller nyss blivna hbtq-föräldrar. Studien visade att heteronormen fortfarande är stark inom förlossningsvården i Sverige, vilket kan leda till bristande stöd för blivande hbtq-föräldrar. Författarna rekommenderade därför utbildning för all personal (77).

Även andra studier har visat att det behövs bättre vård och information till hbtq-personer, främst unga (78, 79). Behovet av forskning i en svensk kontext är dock fortsatt stort (80), då de flesta studier på området hbtq och sexuell och reproduktiv hälsa är från USA.

En studie fann att homosexuella kvinnor som har varit gravida är mer benägna att testa sig för livmoderhalscancer (81). En nyligen publicerad studie om preventionsmedel och graviditet bland transmän (från kvinna till man), fann 60 graviditeter bland 197 män (82). Studien visar att transmän använder preventivmedel och kan uppleva graviditet och abort även efter att de fullt ut har börjat leva som män (socialt och hormonellt). Forskning i USA har visat att icke-heterosexuella kvinnor har högre risk för både sexuellt överförbara sjukdomar och för oönskad graviditet, jämfört med heterosexuella kvinnor (83-85). Om detta stämmer i en svensk kontext är inte utforskat.

Metodbeskrivning och frågorna om reproduktiv hälsa

I detta kapitel redovisas resultat från undersökningen SRHR2017. Datainsamlingen gjordes i samarbete med Statistiska centralbyrån och Enkätfabriken AB. Enkäten skickades hösten 2017

ut till ett slumpmässigt stratifierat urval i befolkningen på cirka 50 000 individer. Svarsfrekvensen blev 31 procent. Det slutgiltiga antalet respondenter var 14 547, varav 8 176 kvinnor och 6 371 män. Bortfallet var skevt, med högre bortfall bland exempelvis personer med lägre utbildning och utländsk härkomst. Skevheterna är i linje med andra undersökningar och svaren har viktats för att i möjligaste mån representera Sveriges befolkning. Dock bör den statistik som tas fram tolkas med försiktighet och man bör ha i åtanke att det kan finnas skevheter kvar även efter viktning.

I enkäten för SRHR2017 ställdes 15 frågor om reproduktiv hälsa, inom följande områden:

- preventivmedelsanvändning under hela livet och de senaste 12 månaderna
- tankar och önskningar om att bli förälder
- graviditet, missfall, abort och förlossning
- upplevt hälsoutfall av förlossning

Svaren jämförs vanligen utifrån kön, åldersgrupper och sexuell identitet. Svaren jämförs också utifrån utbildningsnivå, som en indikator på socioekonomisk status. Följande tre kategorier har då använts: förgymnasial utbildning (9 år eller färre), gymnasial utbildning (10–12 år) och eftergymnasial utbildning (13 år eller mer).

Jämförelser mellan inkomstnivåer görs utifrån fem grupper där 0–20 är de 20 procent med lägst inkomst och 80–100 är de 20 procent med högst inkomst.

Det finns problem med att använda utbildningsnivå på ett brett åldersspann som 16–84 år. Utbildningssystemet har ändrats flera gånger över tid, och längre utbildning är idag mycket vanligare, framförallt bland dem som är 64 år och yngre. Alla yngre personer har inte heller hunnit slutföra sin utbildning. Det innebär att skillnader mellan utbildningsnivåer kan, men behöver inte, spegla skillnader mellan åldersgrupper, till exempel att de med förgymnasial utbildning är yngre och äldre. Därför presenteras ibland utbildning och ålder kombinerat.

I enkäten ställdes frågan ”Hur definierar du din sexuella identitet?”. Sju svarsalternativ gavs: ”Heterosexuell”, ”Bisexuell”, ”Homosexuell”, ”Asexuell”, ”Pansexuell”, ”Queer” och ”Annat”. I den här rapporten redovisas bara hetero-, bi- och homosexuella, eftersom det är för få personer i de övriga grupperna. Av samma orsak redovisas sexuell identitet endast för åldersgruppen 16–44 år. Endast statistiskt signifikanta skillnader mellan olika grupper skrivs ut i texten om inte annat anges.

I tabellerna redovisas procent med 95-procentiga konfidensintervall (KI). Konfidensintervall ges för att visa den osäkerhet som finns när man har gjort ett slumpmässigt urval av befolkningen och skattat ett värde. Vanligen anges den övre och nedre gränsen för det intervall inom vilket det ”sanna” värdet med 95 procents säkerhet befinner sig.

Resultat om reproduktiv hälsa

Preventivmedelsanvändning under det senaste året

Kvinnor 16–44 år utifrån ålder, inkomst och utbildning

I tabell 1a visas preventivmedelsanvändningen bland kvinnor 16–44 år i deras nuvarande relation

de senaste 12 månaderna. P-piller hade använts av 31 procent av kvinnorna 16–29 år och av 11 procent av kvinnorna 30–44 år under det senaste året.

Bland kvinnor 16–29 år med lägre inkomst använde 26 procent p-piller, medan det var 40 procent bland de med högre inkomst. Bland de yngre med förgymnasial utbildning var det 41 procent, medan det bland de med gymnasial och eftergymnasial utbildning var 26 procent. Inga sådana skillnader fanns bland kvinnor 30–44 år.

Akut-p-piller var vanligare bland kvinnor 16–29 år (6 procent) än 30–44 år (3 procent).

Bland kvinnor 16–44 år använde 21 procent LARC i någon form, till exempel hormonspiral. För kvinnor 16–29 år fanns inga skillnader beroende på inkomst. För kvinnor 30–44 år var LARC vanligare bland de med högre inkomst (21 procent) än lägre (12 procent).

Fler kvinnor över 30 år hade använt kopparspiral (12 procent) än under 30 år (6 procent). För kvinnor 30–44 år var kopparspiral vanligare bland de med högre inkomst (23 procent) än lägre (7 procent). Bland kvinnor 45–64 år hade knappt 8 procent använt kopparspiral under det senaste året.

Kvinnor och män

Både män och kvinnor 16–44 år (16 procent) hade använt avbrutet samlag som preventivmetod under det senaste året. Utbildning eller ålder hade ingen betydelse här.

Bland kvinnor 16–44 år har 27–42 procent använt kondom under det senaste året och 70–82 procent någon period i sitt liv (tabell 8). Bland män har 71–87 procent någon gång använt kondom.

Det är cirka 3 procent av alla kvinnor och män 16–44 år som anger att inga preventivmetoder eller preventivmedel passar för dem. Vidare anger cirka 1 procent av alla kvinnor och män 16–44 år att preventivmedel är för dyrt.

Tabell 1a. Preventivmedelsanvändning av dig eller partner i nuvarande relation under de senaste 12 månaderna, kvinnor 16–44 år (n=3 551). Frågan löd "Vilka av följande preventivmedel eller preventivmetoder har du eller en partner till dig i nuvarande relation, använt de senaste 12 månaderna?" Procent.

TYP AV PREVENTIVMEDEL	KVINNOR 16–29 Å R	KVINNOR 30–44 Å R
P-piller med östrogen, s.k. kombinerade	31,3 (28,6-33,9)	10,5 (8,8-12,2)
Minipiller	10,1 (8,2-11,9)	7,9 (6,5-9,3)
P-stav, p-ring, p-plåster, p-spruta, hormonspiral – långtidsverkande	21,6 (19,3-23,9)	21,3 (19,2-23,4)
Kopparspiral	6,4 (4,9-7,9)	12,3 (10,5-14,2)
Kondom	41,9 (39-44,7)	26,5 (24-29)
Pessar	0,3 (0-0,6)	0,3 (0-0,6)
Akut-p-piller	6,2 (4,9-7,6)	2,5 (1,7-3,4)
Avbrutet samlag	15 (13-17)	19,1 (17-21,1)
Säkra perioder	6,5 (5-7,9)	8,9 (7,4-10,4)
P-dator eller p-app	3,3 (2,4-4,2)	2,3 (1,5-3,1)
Jag har inte använt någon av ovanstående preventivmedel eller preventivmetoder	8,5 (6,8-10,2)	20,5 (18,3-22,8)
Jag har ingen pågående relation	11,9 (10-13,8)	7 (5,5-8,4)
Vet inte	0,7 (0-1,5)	0,5 (0-1)

Kvinnor 16–44 år utifrån sexuell identitet

I tabell 1b visas preventivmedelsanvändningen i ens nuvarande relation de senaste 12 månaderna utifrån sexuell identitet. Det var betydligt vanligare bland homosexuella kvinnor 16–44 år att inte ha använt preventivmedel (58 procent) jämfört med bi- och heterosexuella kvinnor (15 procent). Det finns inga skillnader mellan bi- och heterosexuella kvinnor.

På grund av att ett relativt litet antal homosexuella kvinnor besvarade frågorna om preventivmedel är konfidensintervallen breda. Det innebär att vi inte vet säkert hur stor andel som använder ett visst preventivmedel. Ingen homosexuell kvinna använde kopparspiral, pessar, avbrutet samlag, säkra perioder eller p-app.

Tabell 1b. Preventivmedelsanvändning av dig eller partner under de senaste 12 månaderna, utifrån sexuell identitet, kvinnor 16–44 år (n=3 418). Frågan löd "Vilka av följande preventivmedel eller preventivmetoder har du eller en partner till dig i nuvarande relation, använt de senaste 12 månaderna?" Procent.

TYP AV PREVENTION	HOMOSEXUELLA	BISEXUELLA	HETEROSEXUELLA
P-piller med östrogen, s.k. kombinerade	12,0 (4,3–29,2)	17,5 (12,9–23,3)	20,1 (18,5–21,8)
Minipiller	1,9 (0,4–7,8)	7,2 (4,3–11,7)	9,1 (8,0–10,4)
P-stav, p-ring, p-plåster, p-spruta, hormonspiral – långtidsverkande	11,1 (3,7–28,9)	24,0 (18,8–30,2)	21,8 (20,1–23,5)
Kopparspiral		10,4 (6,4–16,5)	9,6 (8,4–11,0)
Kondom	12,6 (4,9–28,7)	39,3 (32,5–46,5)	31,8 (29,9–33,9)
Pessar	0	0,6 (0,1–2,3)	0,3 (0,2–0,6)
Akut-p-piller	1,9 (0,3–13,0)	4,4 (2,6–7,6)	4,0 (3,3–4,9)
Avbrutet samlag	0	15,2 (11,1–20,6)	17,6 (16,1–19,2)
Säkra perioder	0	8,5 (5,1–13,7)	7,6 (6,5–8,8)
P-dator eller p-app	0	2,0 (0,6–6,0)	2,8 (2,3–3,6)
Jag har inte använt någon av ovanstående preventivmedel eller preventivmetoder	57,9 (37,7–75,8)	14,1 (9,8–20,0)	15,0 (13,5–16,6)

Varför använder vissa kvinnor inte preventivmedel?

Rädsla för hormoner och biverkningar kan vara en orsak till att inte använda moderna preventivmedel. Högst andel av kvinnor 16–44 år som var rädda var bisexuella (29 procent), följt av heterosexuella (19 procent). Lägst andel finns bland homosexuella (4 procent). Bland kvinnor upp till 29 år samvarierar rädslan för hormoner med utbildning. En högre andel bland kvinnor med eftergymnasial utbildning (25 procent) är rädda än kvinnor med förgymnasial utbildning (14 procent). Tendenser till samma skillnad utifrån utbildning finns även bland kvinnor 30–44 år.

Bland kvinnor upp till 29 år är rädslan för hormoner större bland de med lägst inkomst (27 procent) än de med högre (8–20 procent). Bland kvinnor 30 år och äldre finns inga skillnader beroende på inkomst. Bland bisexuella kvinnor anger 2 procent att kostnaden för preventivmedel är för hög, och bland heterosexuella kvinnor 1 procent.

I tabell 10a och 10b (bilaga 2) redovisas anledningar till att man under någon period inte använt någon preventivmetod eller preventivmedel bland kvinnor 16–44 år.

Kvinnor 45 år och äldre använder preventivmedel mindre ofta

Kvinnor 45 år och äldre har i liten utsträckning använt preventivmedel under de senaste 12 månaderna. Se bilaga 2 (tabell 8) för att se vilka metoder de använt tidigare.

Bland kvinnor 45–64 år har 59 procent inte använt några av de preventivmetoder som efterfrågas, och 16 procent har inte haft sex under det senaste året. 6 procent är steriliserade. Drygt 12 procent har använt LARC, 8 procent kondom, 5 procent kopparspiral, 5 procent avbrutet samlag och 2 procent kombinerade p piller eller minipiller. 44 procent av kvinnorna har

inte längre menstruation. I den svenska studie som genomfördes 1996 uppgav 49 procent av kvinnorna 50–55 år och 12 procent av de 56–60 år att de fortfarande menstruerade (86).

Bland kvinnor 65 år och äldre har 72 procent inte använt några av de preventivmetoder som efterfrågas, och 30 procent har inte en pågående relation. 10 procent är steriliserade. Bland de som använder prevention, använder 2 procent kondom. 53 procent har inte längre menstruation.

Barn

Vill ha barn

Bland såväl kvinnor som män 16–29 år ville 69 procent ha barn i framtiden. Bland personer 30–44 år ville fler män (28 procent) än kvinnor (19 procent) det. Detta kan jämföras med att 55 procent av kvinnorna 30–44 år redan hade det antal barn de ville ha, medan det bland männen i samma åldersgrupp var 46 procent.

Ofrivilligt barnlösa

3 procent bland både män och kvinnor över 30 år var ofrivilligt barnlösa. Cirka 6 procent bland såväl kvinnor som män 30–44 år försökte få barn. Cirka 1 procent av dem ville adoptera. Knappt 1 procent kunde inte få biologiska barn.

Har det antal barn de vill ha

Bland kvinnor 30–44 år hade 55 procent det antal barn de önskar. Bland kvinnor 45–64 år var andelen 69 procent och bland kvinnor äldre än 64 år var andelen 45 procent. Bland kvinnor äldre än 65 år fanns en skillnad utifrån utbildning: 39 procent av dem med förgymnasial utbildning hade det antal barn de önskar, jämfört med 50 procent av de med eftergymnasial utbildning.

Bland kvinnor 30–44 år påverkade inkomsten andelen som hade det antal barn de vill ha. 21 procent av kvinnorna med lägst inkomst hade det, jämfört med 78 procent av de med högst inkomst. Bland kvinnor 45–64 år var det 48 procent bland dem med lägst inkomst, och 81 procent bland dem med högst. Bland kvinnor 65–84 år var andelarna 39 respektive 50 procent.

Bland män 30–44 år hade 46 procent det antal barn de ville ha, och bland de 45–64 år var det 64 procent. Här fanns en skillnad utifrån utbildning: 55 procent av de med förgymnasial utbildning hade det, jämfört med 67 procent av de med eftergymnasial. Bland män äldre än 64 år hade 44 procent det antal barn de vill ha. En lägre andel (37 procent) med förgymnasial utbildning än med eftergymnasial utbildning (50 procent) hade det.

Bland män 30–44 år hade 11 procent av dem med lägst inkomst det antal barn de vill ha, jämfört med 72 procent av dem med högst inkomst. Bland män 45–64 år var det 38 respektive 76 procent och bland män 65–84 år 36 respektive 56 procent. För män samvarierade såväl låg utbildning som låg inkomst med att man har färre barn än man önskar. Mönstret är lika bland både män och kvinnor i gruppen med låg inkomst och låg utbildning.

5 procent av både män och kvinnor i alla åldrar ville inte ha barn. Utbildning hade ingen betydelse för varken män eller kvinnors önskan, men det var fler män och kvinnor 45–64 år med lägre inkomst (21 och 15 procent) än högre (7 och 3 procent) som inte ville ha barn.

Tankar om barn utifrån sexuell identitet

Hälften av homosexuella kvinnor 16–44 år (51 procent) ville ha barn i framtiden, se tabell 2a. Motsvarande andel bland såväl bi- som heterosexuella var knappt hälften (43 procent). En högre andel av heterosexuella hade redan det antal barn de ville (34 procent) än bisexuella (20 procent) och homosexuella (8 procent). Det var vanligare att homo- och bisexuella (11 procent) inte ville ha barn än heterosexuella (4 procent). Det var också vanligare att homo- och bisexuella kvinnor inte hade bestämt om de ville ha barn i framtiden (23 procent), jämfört med heterosexuella (10 procent).

Tabell 2a. Tankar om barn bland kvinnor 16–44 år, utifrån sexuell identitet (n=3 685). Frågan löd "Vilka av följande alternativ stämmer för dig?" Procent.

	HOMOSEXUELLA	BISEXUELLA	HETEROSEXUELLA
Vill ha barn i framtiden	50,9 (32,8–68,8)	44,0 (37,4–50,9)	42,8 (41,0–44,7)
Har inte bestämt om jag vill ha barn	24,9 (10,8–47,7)	21,9 (16,8–28,0)	9,7 (8,5–11,0)
Vill inte ha barn	12,5 (3,675–34,78)	11,0 (7,245–16,37)	3,7 (2,955–4,564)
Jag har det antal barn jag vill ha	7,6 (2,5–20,8)	20,0 (15,2–25,9)	33,9 (32,1–35,6)

I tabell 2b visas tankar om barn bland män 16–44 år utifrån sexuell identitet. En knapp tredjedel av homosexuella män ville ha barn i framtiden. Motsvarande andel bland bisexuella och heterosexuella var 48 procent. Bland homosexuella män ville 40 procent inte ha barn, jämfört med cirka 6 procent av såväl bi- som heterosexuella. Heterosexuella män (44 procent) hade oftare än bisexuella (14 procent) och homosexuella (1 procent) redan det antal barn de vill ha. Att inte ha bestämt sig om man vill ha barn var lika vanligt bland homo- och bisexuella (31 procent), jämfört med heterosexuella (13 procent).

Tabell 2b. Tankar om barn bland män 16–44 år, utifrån sexuell identitet (n=2 197). Frågan löd "Vilka av följande alternativ stämmer för dig?" Procent.

	HOMOSEXUELLA	BISEXUELLA	HETEROSEXUELLA
Vill ha barn i framtiden	29,7 (18,48–44,07)	47,7 (34,32–61,39)	47,4 (45,17–49,62)
Har inte bestämt om jag vill ha barn	31,8 (20,1–46,34)	30,5 (19,6–44,19)	12,9 (11,4–14,57)
Vill inte ha barn	40,2 (27,08–54,86)	6,5 (2,298–17,03)	4,7 (3,748–5,839)
Jag har det antal barn jag vill ha	0,9 (0,1197–5,934)	13,8 (7,667–23,66)	44,1 (43,24–44,96)

Fått barn utan att man själv ville

I tabell 3 visas andelen som någon gång fått barn utan att de själva ville det. Totalt 7 procent av både män och kvinnor 30–84 år hade det. Bland kvinnor var det vanligast i åldersgruppen 65 år och äldre (9 procent). Andelen som fått barn utan att ha velat det skiljer sig inte utifrån sexuell identitet, utom bland homosexuella män där andelen är knappt 1 procent. Bland männen skiljer sig inte andelen heller utifrån utbildning eller inkomst. Bland kvinnor finns en skillnad vad gäller de äldsta, 65–84 år, där det var vanligare bland kvinnor med lägre inkomst (13 procent) än dem

med högst (5 procent).

Tabell 3. Någon gång fått barn utan att ha velat det bland individer 30 år och äldre samt per kön (n=11 104). Frågan löd "Har du. Någon gång fått barn utan att du själv ville?" Procent.

	JA ANDEL (95 % KI)	NEJ ANDEL (95 % KI)
Kvinna	6,9 (6,2–7,8)	93,1 (92,3–93,8)
Man	7,5 (7,0–8,5)	92,5 (91,5–93,3)

Graviditet

Bland heterosexuella angav 73 procent av kvinnorna att de hade varit gravida, medan 68 procent av de heterosexuella männen hade haft en partner som varit gravid. Knappt hälften av homosexuella kvinnor (42 procent), bisexuella kvinnor (46 procent) och bisexuella män (44 procent) angav att de eller en partner varit gravid. En betydligt mindre andel bland homosexuella män (10 procent) angav det.

Utbildning påverkade inte, däremot inkomst. Oberoende av sexuell identitet angav kvinnor (12 procent) och män (6 procent) 16–29 år med lägst inkomst minst ofta att de själva eller en partner hade varit gravid. Mönstret är detsamma bland personer 30 år eller äldre. Bland dem angav exempelvis kvinnor (74 procent) och män (62 procent) 65 år och äldre med låg inkomst, och kvinnor (87 procent) och män (94 procent) med hög inkomst att de har erfarenhet av att de eller en partner varit gravida.

Missfall

Knappt en tredjedel av kvinnorna hade haft 1–2 missfall (28 procent). Yngre kvinnor och män hade mindre erfarenhet av detta än äldre. I den äldsta gruppen 65 år och äldre, hade 21 procent av kvinnorna och 17 procent av männen erfarenhet av eget eller en partners missfall. Utbildning eller inkomst påverkade inte. En större andel av bisexuella kvinnor (34 procent) 16–44 år än homosexuella i samma ålder (14 procent) hade fått missfall. Oavsett ålder var det en högre andel män (8 procent) än kvinnor (4 procent) som var osäkra eller inte visste om en graviditet hade avslutats av missfall. Det finns ingen skillnad i aktuell allmän eller sexuell hälsa mellan de som haft och de som inte haft missfall.

Abort

Totalt hade 29 procent av kvinnorna någon gång gjort abort. En högre andel bisexuella kvinnor (35 procent) än heterosexuella (29 procent) och homosexuella (21 procent) hade avbrutit en graviditet med abort. Andelen som gjort abort var lägst bland kvinnor 65–84 år (17 procent) oavsett sexuell identitet. I medeltal rapporterade kvinnorna att de hade gjort 1–2 aborter.

För kvinnor upp till 29 år hade utbildning ingen betydelse för om de hade gjort abort eller inte. Bland kvinnor 30–44 år var abort vanligast bland de med förgymnasial utbildning (59 procent), följt av de med gymnasial (35 procent) och de med eftergymnasial utbildning (25 procent). Bland kvinnor 65–84 år var det istället vanligast bland de med eftergymnasial utbildning (21 procent), jämfört med de med förgymnasial utbildning (12 procent).

Inkomst påverkade inte andelen män med en partner som hade avslutat en graviditet med abort. Bland kvinnor hade inkomsten däremot betydelse. Bland kvinnor 30–44 år hade en större andel med låg inkomst (45 procent) än de med högst inkomst (28 procent) gjort abort. I gruppen 45–64 år var det 48 procent bland de med låg inkomst och 30 procent bland de med hög. Oavsett ålder, visste 4 procent av männen inte om en graviditet hade avslutats med abort.

Nästan 3 av 4 kvinnor (69 procent) hade, oavsett ålder, upplevt ett bra bemötande i vården i samband med aborten. 11 procent hade, oavsett ålder, upplevt dåligt eller mycket dåligt bemötande. Utbildning och inkomst påverkade inte kvinnornas upplevelse av bemötande.

Det finns ingen skillnad i aktuell sexuell hälsa bland de som gjort och de som inte gjort abort. Bland de som inte gjort abort är det en större andel (76 procent) än de som gjort abort (71 procent) som uppger en aktuell bra eller mycket bra hälsa.

Förlossning

Erfarenhet av att ha genomgått eller deltagit vid en förlossning

Bland kvinnor 30–44 år hade 87 procent genomgått en förlossning. En högre andel bland kvinnor 45–64 år (92 procent) och en lägre andel 65 år och äldre (84 procent) hade det. Färre kvinnor 16–29 år (40 procent) hade av naturliga skäl genomgått en förlossning. Bland männen 30–44 år hade 76 procent deltagit när deras partner födde barn. Motsvarande bland män 45–64 år var 84 procent, och bland män 65 år och äldre 68 procent.

Kvinnor 30–44 år var i medeltal 28 år vid sin första förlossning. De med gymnasial eller lägre utbildning var 26 år vid första förlossningen, medan de med eftergymnasial var 29 år. Kvinnor 45–64 år var i medeltal 26 år vid sin första förlossning; 24 år för de med förgymnasial utbildning och 28 år för de med eftergymnasial. Kvinnor 65–84 år var i medeltal 24 år vid första förlossningen; 23 år för de med förgymnasial utbildning och 26 år för de med eftergymnasial. Kvinnor med eftergymnasial utbildning var, oavsett ålder idag, äldre vid sin första förlossning.

Inkomst hade betydelse för männens deltagande vid förlossning. Bland män 30–44 år med låg inkomst deltog 47 procent när deras partner födde barn, jämfört med 90 procent bland de med högst inkomst. Bland män 45–64 år deltog 67 procent med låg respektive 87 procent med hög inkomst. Bland män 65 år och äldre deltog 48 procent med låg och 86 procent med hög inkomst. Deltagandet bland män upp till 29 år redovisas inte.

Konsekvenser av förlossning

I tabell 4a och 4b visas självupplevda konsekvenser av förlossning, som födande eller medföljande partner. När kvinnor 16–84 år beaktar alla sina förlossningar anger de fysiska (26 procent), psykiska (17 procent) och sexuella (14 procent) konsekvenser. Den partner som deltagit vid förlossningen upplevde att den medfört fysiska (31 procent), psykiska (20 procent) och sexuella (19 procent) konsekvenser för den som fött barn. Kvinnor 65–84 år upplevde färre fysiska (11 procent), psykiska (7 procent) och sexuella konsekvenser (4 procent) än alla övriga kvinnor.

Den partner 16–84 år som deltagit vid förlossningen anger att den medfört fysiska (3 procent), psykiska (11 procent) och sexuella (8 procent) konsekvenser för dem som partner. Cirka 90

procent hade inte upplevt några konsekvenser. Den som fött barn uppfattar att förlossningen medfört fysiska (1 procent), psykiska (7 procent) och sexuella (5 procent) konsekvenser för partnern som hade deltagit vid förlossningen. Ungefär 90 procent upplevde inte att förlossningen hade medfört några konsekvenser för partnern.

Utbildning hade betydelse för upplevelsen av konsekvenser av förlossning. Vid beaktande av att det är färre kvinnor (40 procent) och män (31 procent) upp till 29 år som varit med om en förlossning, rapporterar en hög andel både män och kvinnor med eftergymnasial utbildning konsekvenser av förlossningen. Män upplever oftare psykiska konsekvenser (62 procent) än kvinnor (38 procent), men kvinnor upplever oftare sexuella konsekvenser (50 procent) än män (36 procent). Männen anger inga fysiska konsekvenser, men 54 procent av kvinnorna gör det.

Även kvinnor 30–44 år med eftergymnasial utbildning har i hög utsträckning upplevt fysiska konsekvenser (50 procent). Både män (26 procent) och kvinnor (34 procent) har upplevt psykiska konsekvenser, medan 35 respektive 24 procent har upplevt sexuella konsekvenser.

Tabell 4a. Upplevda konsekvenser av förlossningen för kvinnan och partnern, utifrån kön, 16–84 år (n=8 224). Procent.

FÖR MIG SJÄLV	KVINNOR	M Ä N
Fysiskt	26,1 (24,5–27,6)	3 (2–4,1)
Psykiskt	17,4 (16–18,8)	10,6 (8,9–12,3)
Sexuellt	14,1 (12,8–15,3)	7,9 (6,4–9,3)
Nej	80,2 (78,8–81,5)	95,3 (94,4–96,2)
För min partner		
Fysiskt	1,4 (0,9–2)	31,3 (29,1–33,4)
Psykiskt	6,7 (5,7–7,8)	20 (18–21,9)
Sexuellt	4,7 (3,8–5,6)	19,4 (17,5–21,3)
Nej	95,2 (94,5–96)	83,8 (82,2–85,4)

Tabell 4b. Upplevda konsekvenser av förlossningen för kvinnan (mig) och partnern, utifrån utbildningsnivå. Procent.

	FÖRGYMNASIAL	GYMNASIAL	EFTERGYMNASIAL
Fysiskt för mig	10	21	36
Fysiskt för partner	7	14	21
Psykiskt för mig	7	14	21
Psykiskt för partner	2	5	9
Sexuellt för mig	6	11	20
Sexuellt för partner	2	3	7

Konsekvenser av förlossning för sexuell hälsa

Det finns en skillnad i aktuell sexuell hälsa mellan dem som rapporterade någon typ av konsekvens efter förlossningen (54 procent) och de som inte gjorde det (65 procent). Det finns en skillnad avseende aktuell sexuell hälsa mellan dem som rapporterade sexuella konsekvenser i samband med förlossningen (52 procent) och de som inte gjorde det (62 procent).

Skillnader finns också i aktuell allmän hälsa mellan dem som rapporterade konsekvenser efter förlossningen (68 procent) och de som inte gjorde det (76 procent). Inga skillnader finns avseende aktuell allmän hälsa bland de som rapporterade psykiska eller fysiska konsekvenser efter förlossning och de som inte gjorde det.

Olika förlossningssätt

Bland kvinnor 65 år och äldre hade 92 procent genomgått vaginal förlossning. Bland dem 45–64 år var det 87 procent, 30–44 år 83 procent och upp till 29 år 81 procent. 11 procent av kvinnorna 30–64 år hade förlöst med sugklocka eller tång, medan det var 7 procent av de upp till 29 år och de 65 år och äldre. Samma mönster fanns också bland de 30–64 år som hade genomgått kejsarsnitt (23 procent) jämfört med både de upp till 29 år (15 procent) de 65 år och äldre (9 procent).

Fler kvinnor 65–84 år (92 procent) än alla yngre kvinnor (84 procent) hade genomgått en vaginal förlossning. 9 procent i alla åldrar hade genomgått en instrumentell förlossning. Färre kvinnor 65 år och äldre (7 procent) än kvinnor 30–64 år (11 procent) hade avslutat en förlossning instrumentellt. En mindre andel kvinnor 65 år och äldre (9 procent) än kvinnor 30–64 år (22 procent) hade genomgått kejsarsnitt.

Utbildning har en tendens att samvariera med förlossningssätt, men osäkerheten är stor då konfidensintervallen är breda. En tendens till samvariation finns för kejsarsnitt bland kvinnor 16–29 år med förgymnasial utbildning (3 procent) jämfört med kvinnor med eftergymnasial utbildning (19 procent). Bland kvinnor 30–44 år fanns en tendens till skillnad för instrumental förlossning och utbildning, där 5 procent av kvinnor med förgymnasial och 13 procent av kvinnor med gymnasial eller eftergymnasial utbildning hade genomgått en instrumentell förlossning. Inga skillnader sågs i utbildning och förlossningssätt bland de 45 år och äldre. Oavsett utbildning hade kvinnor 65 år och äldre (9 procent) upplevt färre kejsarsnitt än kvinnor 30–64 år (23 procent). Inkomst påverkade inte i något fall förlossningssättet.

Fått bristning eller blivit klippt i samband med förlossning

Majoriteten av kvinnor hade blivit klippta eller fått en bristning vid förlossningen. Var tredje kvinna hade blivit klippt vid förlossningen, se tabell 5a.

Inga skillnader sågs utifrån utbildningsnivå, se tabell 5b. Däremot sågs en skillnad i andelen kvinnor som hade fått en bristning som syddes: 60 procent av kvinnor med eftergymnasial utbildning, 49 procent av kvinnor med gymnasial utbildning och 39 procent av kvinnor med förgymnasial. En fjärdedel av kvinnor med förgymnasial utbildning uppgav att de inte hade brustit eller blivit klippta, vilket var mer än kvinnor med 10–12 års gymnasial. Det var något vanligare att kvinnor med förgymnasial utbildning inte visste eller inte mindes (10 procent) än kvinnor med gymnasial utbildning (5 procent) och eftergymnasial utbildning (4 procent).

Tabell 5a. Andel kvinnor som har blivit klippta eller fått en bristning i samband med förlossning, procent med 95-procentiga konfidensintervall (n=4 614). Procent.

	KVINNOR % (KI)
Ja, blivit klippt	33,9 (32,3–35,4)
Ja, en bristning som inte syddes	7,6 (6,7–8,4)
Ja, en bristning som syddes	52 (50,4–53,6)
Ja, en bristning som involverade ändtarmsmuskeln	4,2 (3,5–4,8)
Nej	16,4 (15,2–17,6)
Vet eller minns inte	5,4 (4,6–6,2)

Tabell 5b. Andel kvinnor som har blivit klippta eller fått en bristning i samband med förlossning, efter utbildningsnivå, procent med 95-procentiga konfidensintervall (n=4 894). Procent.

	FÖRGYMNASIAL	GYMNASIAL	EFTERGYMNASIAL
Ja, blivit klippt	30,7 (26,3–35,5)	37,2 (34,8–39,8)	32,5 (30,5–34,7)
Ja, en bristning som inte syddes	6,9 (4,9–9,7)	7,6 (6,3–9,1)	8,0 (6,8–9,4)
Ja, en bristning som syddes	38,7 (34,4–43,7)	49,4 (46,8–52,0)	60,4 (58,1–62,6)
Ja, en bristning som involverade ändtarmsmuskeln	2,5 (1,3–4,6)	3,9 (3,0–5,0)	5,4 (4,4–6,5)
Nej	25,5 (19,6–27,9)	15,6 (13,8–17,5)	13,0 (11,5–14,7)
Vet eller minns inte	10,4 (7,8–13,8)	5,4 (4,3–6,8)	3,7 (2,8–4,9)

Tabell 6a visar andelen kvinnor som blivit klippta eller fått en bristning i samband med förlossning utifrån ålder. Kvinnor 45–64 år (44 procent) och 65 år och äldre (34 procent) hade i högre utsträckning blivit klippta än kvinnor 44 år och yngre (19 procent). Kvinnor 16–44 år (69 procent) och kvinnor 45–64 år (52 procent) hade i högre utsträckning än kvinnor 65 år och äldre (36 procent) någon gång haft en bristning som syddes efter förlossningen. Av alla kvinnor angav 4 procent att de haft en bristning som involverat ändtarmsmuskeln. En högre andel kvinnor 65 år och äldre (10 procent) än de 64 år och yngre (3 procent) visste eller mindes inte om de någon

gång fått en bristning eller blivit klippta i samband med förlossningen. 8 procent av alla kvinnor hade någon gång haft en bristning som inte syddes.

Tabell 6a. Fått en bristning eller blivit klippt i samband med förlossning, kvinnor per åldersgrupp (n=4 614). Procent.

HÄNDELSE	KVINNA 16–29 ÅR	KVINNA 30–44 ÅR	KVINNA 45–64 ÅR	KVINNA 65–84 ÅR
Ja, blivit klippt	17,5 (10,7–24,3)	20,1 (17,6–22,6)	43,6 (40,9–46,3)	34,4 (31,8–37,1)
Ja, en bristning som inte syddes	8,3 (4,2 – 12,5)	9,2 (7,3–11)	7,5 (6,1–8,9)	6,2 (4,9–7,5)
Ja, en bristning som syddes	70,7 (63,2–78,1)	67,5 (64,3–70,6)	52,4 (49,6–55,1)	35,6 (33–38,3)
Ja, en bristning som involverade ändtarmsmuskeln	4,6 (1,5–7,7)	6,5 (4,9–8,1)	4,2 (3,1–5,2)	2,2 (1,4–3)
Nej	15 (8,9–21)	12,8 (10,6–15,1)	12,7 (10,9–14,5)	24,8 (22,4–27,2)
Vet eller minns inte	2,5 (0–5,4)	2,9 (1,3–4,5)	4,1 (2,9–5,2)	9,8 (8,1–11,5)

Variation över tid och region för klipp och bristningar

Fler kvinnor 45–64 år (44 procent) har blivit klippta än kvinnor 65 år och äldre (35 procent) och övriga kvinnor (19 procent). Bland kvinnor 44 år och yngre har fler haft en bristning som syddes (69 procent) än kvinnor 45–64 år (52 procent) och 65 år och äldre (36 procent). Utbildning hade betydelse för kvinnor 65 år och äldre – de med förgymnasial utbildning hade blivit klippta i lägre utsträckning (27 procent) än övriga (37 procent). Utbildning hade betydelse för kvinnor 30–44 år med eftergymnasial utbildning (73 procent) som fått en bristning som syddes jämfört med övriga (55 procent). Bland de som fått en bristning som involverade ändtarmsmuskeln hade cirka 1 procent förgymnasial utbildning och 4,5 procent gymnasial eller postgymnasial utbildning. Bland de äldsta kvinnorna var det 10 procent som inte visste eller mindes. Tabell 6b visar att det finns regionala skillnader.

Tabell 6b. Kvinnor 16–44 år som fått bristningar eller klipp i samband med förlossning, utifrån region (n=1 290). Frågan löd "Har du någon gång fått en bristning eller blivit klippt i samband med förlossning?" Procent.

HÄNDELSE	ADLON*	MELLAN*	NORR	STOCKHOLM	SKÅNE	VÄST
Ja, blivit klippt	22	11	28	13	24	26
Ja, en bristning som inte syddes	8	12	6	8	9	12
Ja, en bristning som syddes	67	64	69	72	67	70
Ja, en bristning som involverade ändtarmsmuskeln	8	5	7	8	5	4
Nej	14	18	12	7	17	11
Vet eller minns inte	1	3	1	8	1	2

*I Adlon ingår tidigare länen Halland, Östergötland, Örebro, Jönköping, Södermanland,

Kronoberg, Kalmar och Blekinge. I Mellan ingår tidigare länen Värmland, Dalarna, Gävleborg, Västmanland och Uppsala.

Har sökt vård för klipp och bristningar

Tabell 7 visar andelen som sökt vård på grund av problem relaterat till klipp eller bristningar i samband med förlossning. Ungefär 12 procent har sökt vård. 7 procent har fått behandling som hjälpte, 3 procent har inte fått någon behandling och knappt 2 procent har fått behandling som inte hjälpte. Bland kvinnor 16–29 år har en något högre andel sökt vård och inte blivit erbjuden någon behandling (8 procent) jämfört med övriga åldersgrupper (3 procent).

Tabell 7. Har sökt vård på grund av problem relaterat till klipp eller bristningar, kvinnor totalt och per åldersgrupp (n=4 583). Frågan löd "Har du sökt vård på grund av problem som du relaterar till klipp eller bristningar?" Procent.

KVINNOR	16–29 ÅR	30–44 ÅR	45–64 ÅR	65–84 ÅR
Har sökt vård och fått behandling som hjälpte	5,7 (2,1–9,3)	7 (5,3–8,7)	7,6 (6,2–9,1)	5,4 (4–6,7)
Har sökt vård och väntar på behandling	0,2 (0–0,6)	0,3 (0,1–0,5)	0,2 (0–0,5)	0,1 (0–0,2)
Har sökt vård men blev inte erbjuden någon behandling	7,7 (2,3–13,1)	5,3 (3,9–6,6)	2,5 (1,7–3,4)	1,3 (0,8–1,8)
Har sökt vård och fått behandling som inte hjälpte	2,4 (0–4,9)	1,9 (1–2,8)	1,6 (0,9–2,3)	0,7 (0,2–1,2)
Har inte sökt vård men jag hade behövt det	6,9 (3,2–10,7)	7 (5,5–8,6)	7,3 (5,9–8,8)	4,8 (3,6–5,9)
Har inte sökt men ska söka vård	1,5 (0–3,1)	1 (0,4–1,6)	0,5 (0,1–0,8)	0,3 (0–0,6)
Har inte sökt vård	77,3 (70,3–84,3)	78,9 (76,3–81,5)	81,6 (79,5–83,8)	88 (86,2–89,9)

Utbildning har ingen betydelse för dem som fått en behandling som hjälpte, de som sökt vård men inte fått behandling eller de som inte har sökt men hade behövt vård. Inte heller ålder eller inkomstnivå har betydelse.

För mer resultat om reproduktiv hälsa, se bilaga 2.

Diskussion om reproduktiv hälsa

Detta kapitel redovisar användning av preventivmedel, tankar om barn och reproduktiva erfarenheter som graviditet, abort, missfall och förlossning, samt upplevda konsekvenser av förlossning, bland kvinnor och män 16–84 år i Sverige.

Resultaten i SRHR2017 visar att preventivmedelsanvändning i hög grad beror på ålder, och naturligtvis på om man har en relation eller har sex med någon eller vill bli gravid. Inkomsten men inte kostnaden påverkar användningen av moderna preventivmedel och andelen kvinnor som använder p-piller och spiral är idag lägre bland kvinnor med hög än låg inkomst. Om annat än rädsla för hormoner och biverkningar samt inkomst påverkar skillnaderna behöver undersökas ytterligare. Avbrutet samlag används av knappt en femtedel av kvinnor och män 16–44 år.

För både män och kvinnor äldre än 30 år samvarierar inkomst och utbildning med önskan att få

barn. Män med låg utbildning och inkomst har mindre ofta det antal barn de önskar. 3 procent av kvinnor och män över 30 år är ofrivilligt barnlösa, medan 5 procent i alla åldrar inte vill ha barn. Bland både män och kvinnor 30–84 år har cirka 7 procent någon gång fått barn utan att de själva ville det. Om det finns ytterligare samvariation som påverkar behöver studeras.

Kvinnor 30–44 år var i medel 28 år vid sin första förlossning, och kvinnor 45–64 år var i medel 26 år. Ju längre utbildning, desto äldre var kvinnan vid sin första förlossning. Kvinnor 16–84 år rapporterar att deras förlossningar medfört fysiska (26 procent), psykiska (17 procent) eller sexuella konsekvenser (14 procent). Upplevelserna av konsekvenser beror på ålder och utbildning. En högre andel bland yngre kvinnor har förlöst genom kejsarsnitt än äldre. Högst andel som förlöst med sugklocka eller tång var bland kvinnor 30–44 år (12 procent). Varken utbildning eller inkomst hade betydelse för förlossningssätt.

Majoriteten av de kvinnor som fött barn har blivit klippta eller fått en bristning vid förlossningen. 8 procent av alla kvinnor har någon gång haft en bristning som inte sytts. 4 procent har fått en bristning som involverat ändtarmsmuskeln (grad 3 eller 4). Detta stämmer överens med registerdata och tidigare forskning (67, 68, 73). De kvinnor som blivit klippta är oftast äldre än 45 år, medan de yngre än 45 år istället oftast fått en bristning och sytts. Vilket speglar tradition och rutin över tid men också regionala skillnader i Sverige (73, 87).

Ålder, utbildning och inkomst påverkar inte om kvinnor har sökt eller fått vård för besvär kopplat till förlossning, bristning eller klipp av olika svårighetsgrad. 1–8 procent av de kvinnor som fött barn svarar att de inte fått någon hjälp eller behandling och alltså inte fått den vård de upplever att de behöver.

Resultaten om reproduktiv hälsa i relation till tidigare kunskap

Preventivmedel och önskade graviditeter

Tillgängligheten till prevention i Sverige är god och många landsting subventionerar preventivmedel. Dock har Sverige fortsatt höga antal önskade graviditeter. Det faktum att 55 procent av aborterna görs senast i vecka 7 tyder på en hög medvetenhet och kunskap bland kvinnor. I relation till övriga nordiska länder finns en potential för förbättring i det preventiva arbetet (88) då såväl födslar som aborter har minskat bland tonåringar i Danmark, Norge och Sverige från år 2008-2015 och framåt. Sverige hade samma antal förlossningar, bland tonåringar som Danmark 11/1000 medan Norge hade 12/1000 år 2016 (40). 2015 rapporterade Sverige 14 aborter per 1000 tonåringar jämfört med Danmark (11/1000) och Norge (8/1000) (89).

Att strukturerad information och rådgivning om val av hormonella preventivmetoder har betydelse, är tidigare visats i Sverige (90). I Norge ses förändringar efter nya subventioner, förskrivare och kompetensutveckling (45). Socialstyrelsen föreslog år 2013 att struktur, inte process och resultat, ska följas på ungdomsmottagningarna, men ännu finns ingen samlad kunskap om utfallet (12). Ungdomsmottagningarnas besökare är mestadels kvinnor (90%) som har ett eller flera samtal med personer inom hälso- och sjukvården, där de har möjlighet att få stöd och ställa frågor (12). Pojkar och män saknar fortfarande en naturlig plats för att få ett individuellt samtal och ställa frågor utifrån sin sexuella hälsa (91). Det saknas idag kunskap om betydelsen av det och om det påverkar mäns kunskap om och delaktighet i såväl sin egen som sin partners sexuella och reproduktiva hälsa.

Mål i Agenda 2030

För att mäta mål 3.7.1 i de globala hållbarhetsmålen följs indikatorn ”andelen kvinnor i fertil ålder (15–49 år) som har sitt behov av familjeplanering tillfredsställt med moderna metoder”. Det finns olika sätt att bedöma när kvinnors behov av preventivmedel är tillfredsställt, vilket gör indikatorn svår att mäta. Andelen i denna studie som det senaste året använt någon modern metod för preventivmedel, är bland kvinnor upp till 29 år, 78 procent, och bland de 30–44 år, 90 procent. Ett flertal kvinnor i fertil ålder använde inte konsekvent preventivmedel under det senaste året. Orsaker som anges är att man inte har en relation eller helt enkelt inte använt moderna preventivmetoder. 13 till 21 procent anger att de använt avbrutet samlag.

Andelen som inte använder preventivmedel varierar över tid mellan 12 och 53 procent. Orsaken kan vara att man vill bli eller är gravid, inte har sex med en annan person, eller har sex på ett sätt där preventivmedel inte behövs. Eller inte använt moderna preventivmedel.

Få kvinnor (1 procent) anger att kostnaden för preventivmedel är ett hinder, trots att användandet av hormonella preventivmedel samvarierar med inkomst. Men en tidigare studie visar inga skillnader beroende på socioekonomisk status i användningen av preventivmedel (92). Utifrån våra data kan vi inte fastställa om de har ett otillfredsställt behov av preventivmedel. I en nyligen genomförd randomiserad studie svarade 87 procent av kvinnor 20–40 år att de använt prevention vid senaste samlaget (93). I tidigare svenska undersökningar anger cirka 40 procent av såväl män och kvinnor att de inte använde något preventivmedel vid senaste samlaget, trots att de inte önskade få barn. Av dessa hade 95 procent inte heller använt prevention vid sitt näst senaste samlag (86).

Det finns en rädsla för hormonella preventivmedel – 19 procent av alla kvinnor är rädda för hormoner eller biverkningar. Detta behöver undersökas ytterligare. I Nederländerna fann man att 25 procent av fertila kvinnor hade problem med följsamhet, och att 3 av 10 kvinnor i fertil ålder inte använde preventivmedel (94). Av dem var det 2 procent som betraktades vara i risk för oönskad graviditet. I Sverige beräknas kvinnors otillfredsställda behov av preventivmedel till 8,9 procent (89/1001 kvinnor) (34). Den svenska modellen med stor tillgång till preventivmedel och lagstöd för rätt till abort har inte, till skillnad från i många andra länder, lett till färre oönskade graviditeter.

Bland kvinnor 16–84 år rapporterade 36 procent av homosexuella kvinnor att de någon gång använt kombinerade p-piller. Det var vanligare bland bisexuella kvinnor (59 procent) och vanligast bland heterosexuella kvinnor (67 procent). Det senaste året har 22 procent av kvinnor 16–44 år använt LARC. Bland kvinnor upp till 29 år var det flest bland dem med lägst inkomst som använde LARC, medan det bland övriga åldersgrupper var kvinnor med hög inkomst. LARC användes oftare bland bisexuella kvinnor, 37 procent, jämfört med 28 procent bland heterosexuella. Varför LARC-implantat och -spiral inte används mer liksom orsaker till skillnaderna beroende på ålder och inkomst, behöver undersökas ytterligare, samt vad som påverkar rådgivning som fungerar (17, 34, 90, 95).

Osäker och traditionell prevention

Trots tillgång till preventivmedel används avbrutet samlag som är en osäker preventivmetod för att förhindra graviditet. Nästan hälften (46 procent) bland kvinnor 30–44 år har någonsin använt sig av metoden. 19 procent av kvinnor 30–44 år har någon gång använt säkra perioder som

preventivmetod. Det saknas data för om det skett med en fast eller tillfällig partner och vilken typ av metod som använts. År 1996 hade svenskar 18–74 år använt avbrutet samlag (13 procent) och säkra perioder (3 procent) vid senaste samlag (86). Den nederländska befolkningsstudien om sexuell hälsa 2017 noterar att även de som vanligen använder moderna preventivmetoder kan bli ofrivilligt gravida om de misslyckats med att använda preventivmedel eller följsamheten är dålig (96).

Graviditet

Ungefär en tredjedel av kvinnorna svarar att de genomgått en eller flera aborter. Det är den största andelen i Västeuropa (34) och andelen har varit konstant över tid sedan abortregistret infördes på 70-talet (36). Sedan 1992 är det möjligt att göra medicinsk abort, och 2017 gjordes 93 procent av alla aborter medicinskt. Idag kan kvinnan välja att genomföra senare delen av medicinsk abort hemma (36).

I Sverige har vi sedan 1974 när abortlagen trädde i kraft haft ett oförändrat antal aborter per år: cirka 37 000. År 2017 motsvarade det cirka 20 aborter per 1 000 kvinnor i fertil ålder (15–44 år) (36). Tillgången till kunskap om kroppen, sexualitet och prevention får betraktas som stor i Sverige. Även tillgängligheten till preventivmedel får anses stor. I Norge har man sedan 2008 sett en nedgång av antalet aborter bland kvinnor upp till 19 år (36, 41). Ansvarig utredare på norska Folkhälsoinstitutet tror att nedgången beror på flera faktorer (97). Det har funnits en handlingsplan för förebyggande arbete inom området sedan 1991 och sedan 2017 finns en strategi för sexuell hälsa (98). De senaste 15 åren har man haft en stark utveckling av hälsocentraler för unga, p-piller har subventionerats, och sedan år 2015 subventioneras även spiral och p-stav. Subventioneringarna ska i framtiden också gälla kvinnor ≤ 25 år (99). Tidigare har fler kvinnor i Norge, än i Sverige, upp till 20 år fött barn, men det har också minskat (41). Som tidigare lyfts kan de norska mottagningarna för unga skilja sig från de svenska, till exempel i riktlinjer och struktur för preventivmedelssamtal. Kompetensutvecklingen och uppföljning av andelen insatta och uttagna implantat och spiral kan också jämföras.

En tredjedel av kvinnor har erfarenhet av missfall. Andelen har varit relativt konstant över tid och är i linje med tidigare studier (48, 53, 86). De allt tidigare aborterna borde påverka antalet missfall, eftersom abort idag ofta görs i tidig graviditet och missfall är vanligt upp till vecka 12. Att missfallen ändå är konstanta kan bero på att kvinnor nu är äldre när de vill bli gravida (52).

Barn

Få tidigare befolkningsstudier har ställt frågor om tankar om barn, vilket gör att vi inte har mycket svenska data att jämföra med. Resultaten visar att skillnader finns utifrån utbildning och inkomst. Fler kvinnor 45–64 år med eftergymnasial utbildning (8 procent) än de med kortare utbildning (3 procent) hade velat ha fler barn. Det gäller också kvinnor 65 år och äldre med eftergymnasial utbildning (5 procent) än de med kortare utbildning (1 procent). En bidragande orsak kan vara att kvinnor med högre utbildning påbörjar sitt barnafödande senare och därför får färre barn än de önskar.

Tidigare studier har visat att bland såväl män som kvinnor i 40-årsåldern var avsaknad av partner ett av huvudskälen (60 procent) till att man inte hade barn (100).

Bland både män och kvinnor 30–84 år uppgav 7 procent att de någon gång har fått barn utan att de själva ville. Frågan går att tolka på olika sätt och sambandet med andra variabler behöver

därför studeras mer. I Sverige kan kvinnor sedan 1975 göra abort när de är oönskat gravida. En partner kan inte påverka kvinnans beslut och kan därför ofrivilligt bli förälder. Man kan komma att leva med barn när en partner har barn från tidigare relation. Andra orsaker till att få ett barn utan att man själv vill, kan vara en önskan om att när man har två barn av samma kön få ett barn av annat kön (101, 102).

Att ha det antal barn man önskar, samvarierar med inkomst och utbildning samt till viss del sysselsättning. För både män och kvinnor över 30 år har inkomsten betydelse. Män med låg utbildning och låg inkomst har mindre ofta än andra det antal barn de önskar. Att ofrivillig barnlöshet är högre bland män än kvinnor har studerats och verifierats (103).

3 procent av kvinnor och män över 30 år uppger att de är ofrivilligt barnlösa, medan 5 procent i alla åldrar svarar att de inte vill ha barn. En stigande andel bland både kvinnor och män 45–64 år (17 procent) och 65 år och äldre (47 procent) saknar ett svarsalternativ. Det alternativ som saknats har i tidigare forskning visat sig vara avsaknad av partner eller lämplig partner (100).

Förlossning

En aktuell fråga är förlossningsskador och hur stort problemet egentligen är. Våra resultat visar att 4 procent av kvinnor 16–84 år i Sverige fått en bristning som involverade ändtarmens slutmuskel (bristning av grad 3–4). Detta är i linje med registerdata och tidigare forskning (66, 68, 73). Den lägsta andelen (2 procent) rapporteras av kvinnor 65–84 år och högsta andelen (7 procent) av kvinnor 30–44 år.

En högre andel kvinnor 65 år och äldre (10 procent) än de 64 år och yngre (3 procent) anger att de inte vet eller minns om de någon gång fått en bristning eller blivit klippta. Detta innebär troligtvis att de inte fått någon större skada, men kan också tolkas som minnesfel. Den högsta andelen kvinnor som blivit klippta fanns i åldersgruppen 45–64 år, vilket återspeglar rådande praxis som då var utbredd på många förlossningskliniker. Praxis övergick senare till att vara mer restriktiv, då studier visade att klipp i mellangården kan ge upphov till långvariga problem för många kvinnor (67, 73).

Kvinnor 30–44 år var i medeltal 28 år vid sin första förlossning och de 45–64 år i medel 26 år. Ju längre utbildning, desto äldre var kvinnan. Att förstföderskorna blir äldre ökar åldersspannet när de behöver skydda sig för en oönskad graviditet, och det fertila spannet, det vill säga de år som återstår då hon kan bli gravid, minskar möjligheten att planera barnafödandet. Inkomst har betydelse bland både kvinnor och män för om de har det antal barn de önskar. Sambandet med andra variabler behöver dock studeras ytterligare.

Kvinnor med eftergymnasial utbildning hade i högre utsträckning fått en bristning på ändtarmens slutmuskel. Socialstyrelsen rapporterar detsamma (71). Däremot visar inte SRHR2017 att ålder, utbildning eller inkomst påverkar om du sökt eller fått den vård du behövde för klipp eller bristningar. Men alla har inte fått den vård de upplever sig behöva. De kvinnor som upplever besvär efter förlossning behöver veta var de kan få hjälp och stöd för att komma till rätta med dessa. Bristerna i eftervård och glapp mellan olika vårdinstanser har nyligen lyfts och det ska bli tydligare vart kvinnor kan vända sig (71, 76, 104). Den enkät, som från 2019, genom graviditetsregistret, kommer att skickas ut vid tre tillfällen till alla kvinnor kommer att stödja arbetet (66) liksom bristningsregistret redan gör (75).

24 procent av kvinnor 30–44 år hade fått barn med kejsarsnitt, och 21 procent av kvinnor 45–64

år. För övriga var det lägre, 9 procent av dem 65 år och äldre och 15 procent bland de 29 år och yngre. Varken utbildning eller inkomst hade betydelse för förlossningssättet. Siffrorna är rimliga i relation till att det 2016 skedde 119 794 förlossningar i Sverige, varav 21 122 med kejsarsnitt (18 procent). Uppfattningen att förlossningssätt skulle påverka sexualitet efter förlossningen, stöds inte av forskning (105-107).

Att praxis att klippa vid förlossning ändrats syns tydligt i studien. De kvinnor som klippts är oftast 45 år och äldre, medan de 44 och yngre oftare har fått en bristning. Både klipp och större bristning sys. Att klipp är smärtsamt och har påverkat kvinnor är känt (73, 108). Genom den enkät som kommer att skickas ut till alla kvinnor (66) och genom bristningsregistret (75) kommer mer kunskap om hur det påverkar kvinnor på kort och lång sikt.

Utifrån vissa resultat finns tydliga skillnader utifrån ålder, utbildningsnivå, inkomstnivå och sexuell identitet. Att ålder och sexuell identitet påverkar vissa utfall kan bero på sammanhanget. Att utbildning och inkomst också påverkar kräver en djupare analys.

Styrkor och svagheter

SRHR2017 är den första randomiserade befolkningsstudien om sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter i Sverige. En av studiens främsta styrkor är användandet av ett representativt urval av den svenska befolkningen. Detta gör att vi kan uttala oss om hela Sveriges befolkning och inte enbart om respondenterna. Svaren har dessutom kompletterats med bakgrundsvariabler från högkvalitativa registerdata. Vidare tillåter materialet att resultatet redovisas uppdelat på kön, ålder, sexuell identitet och utbildningsnivå, vilket är efterfrågat och viktigt för att kunna bidra till ett effektivt folkhälsoarbete. Dessa självrapporterade data ger bland annat viktig information om människors erfarenheter av förlossning och hur det har påverkat deras hälsa, vilket kompletterar registerdata. Svagheter jämfört med tidigare studier i Sverige (86) och Storbritannien (109) är att man där har intervjuat i ett möte eller via dator och kunnat ställa betydligt fler frågor, och också direkt kunnat förklara om respondenten inte har förstått en fråga.

I undersökningen har vi ställt en del frågor om barn som inte tidigare har ställts i studier om SRHR i Sverige. Det medför också att vi inte är säkra på vad resultatet betyder. Ytterligare sambandsanalyser kan styrka hur resultatet ska tolkas. I Natsal 3 ställs också frågor om familjeförhållande utifrån frågor om barn (110).

Det finns frågor i enkäten som har högre internt bortfall än andra. Detta beror troligtvis på frågornas svårighetsgrad eller förståelse. En annan svaghet är att flera frågor i enkäten har många svarsalternativ, vilket både kräver tålamod och kan försvåra för respondenten.

Vidare insatser för förbättrad sexuell och reproduktiv hälsa

Folkhälsomyndigheten verkar för kunskapsuppbyggnad, nationell samordning och uppföljning inom SRHR. Ur ett jämställdhets-, jämlikhets- och rättighetsperspektiv är frågor om reproduktiv hälsa högst relevanta, eftersom stora skillnader finns mellan kvinnor och män i både behov och förutsättningar samt mellan grupper i befolkningen utifrån ålder, inkomst, utbildning och sexuell identitet.

För att uppnå målen i Agenda 2030, behövs en översyn av det system av mottagningar och rådgivning för preventivmedel som finns idag. Man behöver också undersöka om användandet

av olika preventivmetoder samt oönskade graviditeter samvarierar med hur rådgivningen är organiserad och genomförs inom hälso- och sjukvården respektive ungdomsmottagningar. Även mäns möjligheter att få sina reproduktiva behov tillgodosedda behöver undersökas mer. Män behöver involveras i prevention av oönskade graviditeter och få möjlighet att ställa egna frågor om sin sexuella hälsa. En jämförelse kan också göras med förhållanden i Norge och även övriga nordiska länder. Om tillgången till preventivmedel motsvarar vad svenska kvinnor efterfrågar idag behöver undersökas.

Sverige har sedan 50-talet en obligatorisk sex- och samlevnadsundervisning i skolan som under senare år fått nya redskap och material (9, 10). Ungdomsmottagningar som ska stärka ungdomars fysiska och psykiska hälsa samt stärka deras identitet och sexualitet finns i hela landet och besöken är gratis. Kondomer är också gratis eller subventionerade på dessa mottagningar. Landstingen subventionerar i hög utsträckning preventivmedel till unga kvinnor. Vården har också, liksom skolan och civila samhällets organisationer i hög utsträckning uppmärksammat och utbildat personal om homo- och bisexuellas och transpersoners rättigheter. Webbaserad information och utbildningar inom SRHR-området finns för unga och unga vuxna på många språk via UMO och YOUMO. UMO är en webbplats för alla som är mellan 13 och 25 år. På UMO:s webbplats finns kunskap om kroppen, sex, relationer, psykisk hälsa, alkohol och droger, självkänsla (111). Youmo.se är en motsvarande sajt på sex olika språk (112). De möjligheter som finns idag förefaller främja en jämlik vård och stödja behovet av kunskap.

Det medicinska utfallet av förlossning följs genom Socialstyrelsens register och numera också Bristningsregistret (75) och Graviditetsregistret. Resultaten från SRHR2017 ger viktig information om människors erfarenheter av reproduktiva händelser som prevention, graviditet, missfall, abort och förlossning och hur dessa påverkar deras hälsa, vilket kompletterar registerdata.

Från år 2019 kommer Graviditetsregistret att kompletteras med en patientenkät som ställer frågor om gravida och nyblivna mammors upplevelser av vården och sin egen hälsa under graviditet, förlossning och eftervård samt det första året efter förlossning (113).

Bristerna i förlossningsvården i Sverige har belysts i flera utredningar och studier. De kvinnor som upplever besvär efter förlossning ska få hjälp och stöd för att komma till rätta med dessa. De åtgärder som gjorts genom kartläggningar och rapporter har syftet att göra det tydligt vart kvinnor kan vända sig för stöd och information under den första tiden efter förlossning.

Slutsatser om reproduktiv hälsa

Användningen av preventivmedel bland kvinnor i Sverige varierar utifrån ålder och behov, men även utifrån inkomst. Tankar om barn varierar också utifrån ålder och kön, inkomst och utbildning. Likaså varierar reproduktiva erfarenheter som graviditet, abort, missfall och förlossning utifrån en mängd faktorer, till exempel ålder, inkomst, utbildning, sexuell identitet och ibland region.

Tillgången på hälso- och sjukvård för reproduktiv hälsa är god i Sverige men jämlikheten kan bli bättre. Informationen och rådgivningen för preventivmedelsanvändning samt vården efter förlossning behöver bli tydligare och bättre.

Referenser

1. UN Population Fund. Programme of action adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo, Sept 5-13, 1994. New York, NY: United Nations Population Fund, 2004.
2. Marlow HM, Biswas K, Griffin R, Menzel J. Women's experiences with medication for menstrual regulation in Bangladesh. *Culture, health & sexuality*. 2016;18(3):349-60.
3. World Health Organization, Task Force on Post-Ovulatory Methods of Fertility Regulation. Contraception: Menstrual regulation by mifepristone plus prostaglandin: results from a multicentre trial. *Human Reproduction*. 1995;10(2):308-14.
4. Starrs AM, Ezech AC, Barker G, Basu A, Bertrand JT, Blum R, et al. Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission. *The Lancet*. 2018.
5. UN. Transforming our World: the 2030 agenda for sustainable development. A/RES//70/1. New York, NY: United Nations, 2015.
6. The Guttmacher-Lancet Commission on Sexual and Reproductive Health and Rights. Hämtad från: <https://www.guttmacher.org/guttmacher-lancet-commission/about>
7. Osika Friberg I, Krantz G, Määttä S, Järbrink K. Sex differences in health care consumption in Sweden: A register-based cross-sectional study. *Scandinavian journal of public health*. 2016;44(3):264-73.
8. Regeringen. Socialutskottets betänkande 2012/13:SoU24, Upphävande av kravet på sterilisering för ändrad könstillhörighet 2013. Hämtad från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/arende/betankande/upphavande-av-kravet-pa-sterilisering-for-andrad_H001SoU24
9. Skolverket. Sex- och samlevnadsundervisning i grundskolans senare år : jämställdhet, sexualitet och relationer i ämnesundervisningen : årskurserna 7-9. Stockholm: Skolverket; 2013.
10. Skolverket. Sex- och samlevnadsundervisning i grundskolans tidigare år : jämställdhet, sexualitet och relationer i ämnesundervisningen : årskurserna 1-6. Stockholm: Skolverket; 2014.
11. Uppdrag psykisk hälsa. Hämtad från: <https://www.uppdragpsyiskhalsa.se/ungdomsmottagningar/>
12. Socialstyrelsen. Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
13. Läkemedelsverket. Antikonception – behandlingsrekommendation, Tryckt version: 2014;(25)2. Hämtad från: https://lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/Antikonception_rek.pdf
14. World Health Organization. Fact Sheet: Family planning and Contraception 2019. Hämtad från: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
15. Bastianelli C, Farris M, Bruno Vecchio RC, Rosato E, Guida M, Benagiano G. An observational study of adherence to combined oral contraceptive regimens. *Gynecological Endocrinology*. 2017;33(2):168-72.
16. Berenson A. A study of two interventions to increase adherence with oral contraceptives and condom use among adolescents and young adults 2016.
17. Lamvu G, Steiner MJ, Condon S, Hartmann K. Consistency between most important reasons for using contraception and current method used: the influence of health care providers. *Contraception*. 2006;73(4):399-403.
18. Bitzer J, Gemzell-Danielsson K, Roumen F, Marintcheva-Petrova M, van Bakel B, Oddens BJ. The CHOICE study: effect of counselling on the selection of combined hormonal contraceptive methods in 11 countries. *The European journal of contraception & reproductive health care*. 2012;17(1):65-78.
19. Aronsson K, Malmström C. Sekretmetoden - en metod för familjeplanering? Magisteruppsats Sahlgrenska Akademin, Göteborgs Universitet; 2012. Hämtad från: https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/28727/1/gupea_2077_28727_1.pdf
20. Billingsmetoden Sverige 2018 [uppdaterad 2018,]. Hämtad från: <http://www.billingsmetoden.se/>
21. Natural Cycles. Hämtad från: <https://www.naturalcycles.com/>
22. Lidegaard Ø, Løkkegaard E, Svendsen AL, Agger C. Hormonal contraception and risk of venous thromboembolism: national follow-up study. *Bmj*. 2009;339:b2890.
23. Bitzer J, Amy J-J, Beerthuisen R, Birkhäuser M, Bombas T, Creinin M, et al. Statement on combined hormonal contraceptives containing third-or fourth-generation progestogens or cyproterone acetate, and the associated risk of thromboembolism. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2013;39(3):156-9.
24. Mørch LS, Skovlund CW, Hannaford PC, Iversen L, Fielding S, Lidegaard Ø. Contemporary hormonal contraception and the risk of breast cancer. *New England Journal of Medicine*. 2017;377(23):2228-39.

25. Westhoff CL, Pike MC. Hormonal contraception and breast cancer. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2018.
26. Zethraeus N, Dreber A, Ranehill E, Blomberg L, Labrie F, von Schoultz B, et al. A first-choice combined oral contraceptive influences general well-being in healthy women: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. *Fertility and sterility*. 2017;107(5):1238-45.
27. Lundin C, Danielsson KG, Bixo M, Moby L, Bengtsdotter H, Jawad I, et al. Combined oral contraceptive use is associated with both improvement and worsening of mood in the different phases of the treatment cycle—A double-blind, placebo-controlled randomized trial. *Psychoneuroendocrinology*. 2017;76:135-43.
28. Lundin C, Malmborg A, Slezak J, Danielsson KG, Bixo M, Bengtsdotter H, et al. Sexual function and combined oral contraceptives: a randomised, placebo-controlled trial. *Endocrine connections*. 2018;7(11):1208-16.
29. Zethraeus N, Dreber A, Ranehill E, Blomberg L, Labrie F, von Schoultz B, et al. Combined Oral Contraceptives and Sexual Function in Women—a Double-Blind, Randomized, Placebo-Controlled Trial. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*. 2016;101(11):4046-53. DOI:10.1210/jc.2016-2032.
30. Malmborg A, Persson E, Brynhildsen J, Hammar M. Hormonal contraception and sexual desire: A questionnaire-based study of young Swedish women. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*. 2016;21(2):158-67.
31. Skovlund CW, Mørch LS, Kessing LV, Lidegaard Ø. Association of hormonal contraception with depression. *JAMA psychiatry*. 2016;73(11):1154-62.
32. Brown J, Crawford TJ, Datta S, Prentice A. Oral contraceptives for pain associated with endometriosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2018(5).
33. Casper RF. Progestin-only pills may be a better first-line treatment for endometriosis than combined estrogen-progestin contraceptive pills. *Fertility and sterility*. 2017;107(3):533-6.
34. Kallner HK, Thunell L, Brynhildsen J, Lindeberg M, Danielsson KG. Use of contraception and attitudes towards contraceptive use in Swedish women—a nationwide survey. *PLoS One*. 2015;10(5):e0125990.
35. Winner B, Peipert JF, Zhao Q, Buckel C, Madden T, Allsworth JE, et al. Effectiveness of long-acting reversible contraception. *New England Journal of Medicine*. 2012;366(21):1998-2007.
36. Socialstyrelsen. Statistik om aborter 2017 2018. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikefteramne/aborter>
37. Group EC, Group ECW, Baird D, Cameron S, Evers J, Gemzell-Danielsson K, et al. Emergency contraception. Widely available and effective but disappointing as a public health intervention: a review. *Human Reproduction*. 2015;30(4):751-60.
38. Li C-L, Chen D-J, Deng Y-F, Song L-P, Mo X-T, Liu K-J. Feasibility and effectiveness of unintended pregnancy prevention with low-dose mifepristone combined with misoprostol before expected menstruation. *Human Reproduction*. 2015;30(12):2794-801.
39. Socialstyrelsen. Statistikdatabas, Statistik om graviditeter, förlossningar och nyfödda barn 2018. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20973/2018-5-17.pdf>
40. Institutet för Hälso och Välfärd (THL). Aborter i Norden 2016, Helsingfors, 2018. Hämtad från: <https://thl.fi/sv/web/thlfi-sv/statistik/statistik-efter-amne/sexuell-och-reproduktiv-halsa/aborter/aborter-i-norden>
41. Løkeland M H-AR, Akerkar R, Pedersen Y, Bøyum B, Hornæs M, Seliussen I, Ebbing M,. Rapport om svangerskapsavbrot for 2017 [Report on termination of pregnancies for 2017]. Bergen: Folkehelseinstituttet, 2018; Rapport nr. [1]–2018.
42. Sadinsky S, Singh S, Summers C. Securing the right to safe and legal abortion: perspectives from the Guttmacher-Lancet Commission. *Reproductive Health Matters*. 2018;26(52):54-6.
43. Apter D, Marions L. Reproductiv hälsa i Finland och Sverige. *Finska Läkaresällskapets Handlingar*. 2009;169(1):53-8.
44. Moreau C, Bohet A, Trussell J, Bajos N. Estimates of unintended pregnancy rates over the last decade in France as a function of contraceptive behaviors. *Contraception*. 2014;89(4):314-21.
45. Aares EB. Bruken av hormonelle prevensjonsmidler, 2004-2017. En farmakoepidemiologisk analyse Universitetet i Oslo, Norge 2018. Hämtad från: <https://www.duo.uio.no/handle/10852/63532>
46. Li C-L, Chen D-J, Song L-P, Wang Y, Zhang Z-F, Liu M-X, et al. Effectiveness and safety of lower doses of mifepristone combined with misoprostol for the termination of ultra-early pregnancy: a dose-ranging randomized controlled trial. *Reproductive Sciences*. 2015;22(6):706-11.
47. Li C-L, Song L-P, Tang S-Y, Zhou LJGY-K, He H, Mo X-T, et al. Efficacy, safety, and acceptability of low-dose mifepristone and self-administered misoprostol for ultra-early medical abortion: a randomized controlled trial. *Reproductive Sciences*. 2017;24(5):731-7.

48. Silva C, Patel A. Miscarriage and ectopic pregnancy. Evidence-based Obstetrics and Gynecology. 2019;33-47.
49. George L, Granath F, Johansson AL, Olander B, Cnattingius S. Risks of repeated miscarriage. Paediatric and perinatal epidemiology. 2006;20(2):119-26.
50. Adolfsen A, Larsson P-G. Cumulative incidence of previous spontaneous abortion in Sweden in 1983–2003: a register study. Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica. 2006;85(6):741-7.
51. Feodor Nilsson S, Andersen PK, Strandberg-Larsen K, Nybo Andersen AM. Risk factors for miscarriage from a prevention perspective: a nationwide follow-up study. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. 2014;121(11):1375-85.
52. Andersen A-MN, Wohlfahrt J, Christens P, Olsen J, Melbye M. Maternal age and fetal loss: population based register linkage study. Bmj. 2000;320(7251):1708-12.
53. Farren J, Mitchell-Jones N, Verbakel JY, Timmerman D, Jalmbrant M, Bourne T. The psychological impact of early pregnancy loss. Human reproduction update. 2018;24(6):731-49.
54. World Health Organization WHO. Global Maternal Mortality, . Hämtad från: http://www.who.int/gho/maternal_health/mortality/maternal/en/
55. Socialstyrelsen. Socioekonomiska faktorer påverkan på kvinnors och barns hälsa efter förlossning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
56. Bergström M, Kieler H, Waldenström U. Effects of natural childbirth preparation versus standard antenatal education on epidural rates, experience of childbirth and parental stress in mothers and fathers: a randomised controlled multicentre trial. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. 2009;116(9):1167-76.
57. Bergström M, Kieler H, Waldenström U. Psychoprophylaxis during labor: associations with labor-related outcomes and experience of childbirth. Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica. 2010;89(6):794-800.
58. Bergström M, Kieler H, Waldenström U. A randomised controlled multicentre trial of women's and men's satisfaction with two models of antenatal education. Midwifery. 2011;27(6):e195-e200.
59. Bergström M, Rudman A, Waldenström U, Kieler H. Fear of childbirth in expectant fathers, subsequent childbirth experience and impact of antenatal education: subanalysis of results from a randomized controlled trial. Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica. 2013;92(8):967-73.
60. Svenska Barnmorskeförbundet. Signekursen avslappning: Svenska Barnmorskeförbundet©; 2004. Hämtad från: www.barnmorskeforbundet.se
61. Socialdepartementet. Föräldrautbildning : betänkande från Barnomsorgsgruppen. 1, Kring barnets födelse. Stockholm: LiberFörlag/Allmänna förl; 1978.
62. Socialdepartementet. Stöd i föräldraskap : betänkande. Stockholm: Fritze; 1997.
63. Socialdepartementet. Föräldrastöd - en vinst för alla : nationell strategi för samhällets stöd och hjälp till föräldrar i deras föräldraskap : betänkande. Stockholm: Fritze; 2008.
64. Socialstyrelsen. Effekter av föräldrastöd [Elektronisk resurs] : redovisning av en nationell utvärdering på uppdrag av Socialstyrelsen. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
65. Socialstyrelsen. Föräldrastöd inom hälso- och sjukvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
66. Årsrapport 2017 Graviditetsregistret Stockholm: Sveriges kommuner och landsting. Hämtad från: https://www.medscinet.com/GR/uploads/hemsida/dokumentarkiv/GR_%C3%85rsrapport_2017_4.0.pdf
67. Statens Beredning för Medicinsk och Social Utvärdering. SBU-rapport 250. Behandling av förlossningsskador som uppkommit vid vaginal förlossning – en kartläggning av systematiska översikter. Stockholm 2016. Hämtad från: <http://www.sbu.se/sv/publikationer/sbu-kartlagger/behandling-av-forlossningsskador-som-uppkommit-vid-vaginal-forlossning--en-kartlaggning-av-systematiska-oversikter/>
68. Statens Beredning för Medicinsk och Social Utvärdering (SBU). SBU-rapport 249. Analsfinkterskador vid förlossning Stockholm 2016 [uppdaterad 6 december 2018]. Hämtad från: <http://www.sbu.se/sv/publikationer/SBU-utvarderar/analsfinkterskador-vid-forlossning/>
69. MacLennan AH, Taylor AW, Wilson DH, Wilson D. The prevalence of pelvic floor disorders and their relationship to gender, age, parity and mode of delivery. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. 2000;107(12):1460-70.
70. Gyhagen M, Bullarbo M, Nielsen TF, Milsom I. Faecal incontinence 20 years after one birth: a comparison between vaginal delivery and caesarean section. International urogynecology journal. 2014;25(10):1411-8.
71. Socialstyrelsen. Komplikationer efter förlossning [Elektronisk resurs] 2018. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20980/2018-5-20.pdf>
72. Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag LöF. Säker förlossning 2017. Hämtad från: <https://lof.se/patientsakerhet/vara-projekt/saker-forlossningsvard/>

73. Kettle C, Tohill S. Perineal care. BMJ clinical evidence. 2008;2008.
74. Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG) och Svenska Barnmorskeförbundet (SBF). Bäckebottenutbildning, 2017. Hämtad från: <http://backebottenutbildning.se/index.php>
75. Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG). Bristningsregistret 2014. Hämtad från: <https://www.sfog.se/start/kvalitet/bristningsregistret/>
76. Lindgren E, Gottvall K, Linnarsson E, Raquette M, Billfalk S, Wigzell O. Vård efter förlossning : en nationell kartläggning av vården till kvinnor efter förlossning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
77. Klittmark S, Garzon M, Andersson E, Wells MB. LGBTQ competence wanted: LGBTQ parents' experiences of reproductive health care in Sweden. Scand J Caring Sci. 2018. DOI:10.1111/scs.12639.
78. Hadland SE, Yehia BR, Makadon HJ. Caring for Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Questioning Youth in Inclusive and Affirmative Environments. Pediatr Clin North Am. 2016;63(6):955-69. DOI:10.1016/j.pcl.2016.07.001.
79. Klein DA, Malcolm NM, Berry-Bibee EN, Paradise SL, Coulter JS, Keglovitz Baker K, et al. Quality Primary Care and Family Planning Services for LGBT Clients: A Comprehensive Review of Clinical Guidelines. LGBT Health. 2018;5(3):153-70. DOI:10.1089/lgbt.2017.0213.
80. Richard Bränström. Hälsa och livsvillkor bland unga hbtq-personer, Brand Factory, Stockholm 2018: FORTE - Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd,; 2018. Hämtad från: https://forte.se/app/uploads/2018/11/halsa-och-livsvillkor-bland-unga-hbtq-personer_webb.pdf
81. Greene MZ, Hughes TL, Sommers MS, Hanlon A, Meghani SH. Association of Pregnancy History and Cervical Cancer Screening in a Community Sample of Sexual Minority Women. J Womens Health (Larchmt). 2018. DOI:10.1089/jwh.2018.6960.
82. Light A, Wang LF, Zeymo A, Gomez-Lobo V. Family planning and contraception use in transgender men. Contraception. 2018;98(4):266-9. DOI:10.1016/j.contraception.2018.06.006.
83. Charlton BM, Corliss HL, Missmer SA, Rosario M, Spiegelman D, Austin SB. Sexual orientation differences in teen pregnancy and hormonal contraceptive use: an examination across 2 generations. Am J Obstet Gynecol. 2013;209(3):204 e1-8. DOI:10.1016/j.ajog.2013.06.036.
84. Everett BG. Sexual orientation disparities in sexually transmitted infections: examining the intersection between sexual identity and sexual behavior. Arch Sex Behav. 2013;42(2):225-36. DOI:10.1007/s10508-012-9902-1.
85. Everett BG, Higgins JA, Haider S, Carpenter E. Do Sexual Minorities Receive Appropriate Sexual and Reproductive Health Care and Counseling? J Womens Health (Larchmt). 2018. DOI:10.1089/jwh.2017.6866.
86. Lewin B, Fugl-Meyer K. Sex i Sverige : om sexuallivet i Sverige 1996. Stockholm: Folkhälsoinstitutet; 1998.
87. Röckner G, Ölund A. The use of episiotomy in primiparas in Sweden: A descriptive study with particular focus on two hospitals. Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica. 1991;70(4-5):325-30.
88. Hognert H, Skjeldestad FE, Gemzell-Danielsson K, Heikinheimo O, Milsom I, Lidegaard Ø, et al. High birth rates despite easy access to contraception and abortion: a cross-sectional study. Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica. 2017;96(12):1414-22.
89. Hognert H, Skjeldestad FE, Gemzell-Danielsson K, Heikinheimo O, Milsom I, Lidegaard Ø, et al. Ecological study on the use of hormonal contraception, abortions and births among teenagers in the Nordic countries. BMJ open. 2018;8(10):e022473.
90. Gemzell-Danielsson K, Thunell L, Lindeberg M, Tydén T, Marintcheva-Petrova M, Oddens BJ. Comprehensive counseling about combined hormonal contraceptives changes the choice of contraceptive methods: results of the CHOICE program in Sweden. Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica. 2011;90(8):869-77.
91. Folkhälsomyndigheten. Hiv i Sverige [Elektronisk resurs] 2017. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/h/hiv-i-sverige-2016/>
92. Lindh I, Blohm F, Andersson-Ellström A, Milsom I. Contraceptive use and pregnancy outcome in three generations of Swedish female teenagers from the same urban population. Contraception. 2009;80(2):163-9.
93. Skogsdal YRE, Karlsson JÅ, Cao Y, Fadl HE, Tydén TA. Contraceptive use and reproductive intentions among women requesting contraceptive counseling. Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica. 2018;97(11):1349-57.
94. Vanwesenbeeck I, Bakker F, Gesell S. Sexual health in the Netherlands: Main results of a population survey among Dutch adults. International Journal of Sexual Health. 2010;22(2):55-71.
95. Steyn PS, Goldstuck ND. Contraceptive needs of the adolescent. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. 2014;28(6):891-901.
96. Rutgers & the Dutch Institute Sexual health in the Netherlands. Sexual Health in The Netherlands

- 2017: Summary [citerad 15 februari 2019]. Hämtad från:
https://www.rutgers.international/sites/rutgersorg/files/PDF/Summary_SexualHealthNL_2017.pdf
97. Lennart Lee Lock Helsedirektoratet Norge. Fallende abortrate i Norge. 2019.
 98. Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017-2020) Oslo, Norge, 2016. Hämtad från:
https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf
 99. Norway has fewest number of teenage abortions in the Nordic countries: Norway Today Media; 2018. Hämtad från: <http://norwaytoday.info/everyday/norway-fewest-number-teenage-abortions-nordic-countries/>
 100. Schytt E, Nilsen A, Bernhardt E. Still childless at the age of 28 to 40 years: a cross-sectional study of Swedish women's and men's reproductive intentions. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 2014;5(1):23-9.
 101. Hank K, Andersson G. Parental gender indifference or persistent sex preferences for children at the turn to the 21st century? A reflection on Pollard and Morgan (2002) with reference to the Swedish case. *Demographic Research*. 2002;4.
 102. Hank K, Kohler H-P. Gender preferences for children in Europe: Empirical results from 17 FFS countries. *Demographic research*. 2000;2.
 103. Boschini A, Sundström M. Det ojämlika faderskapet. *Ekonomisk Debatt*. 2018(4):33-42.
 104. Sveriges regioner och landsting. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2017-2019 om ökad tillgänglighet och jämlikhet i förlossningsvården och förstärkta insatser för kvinnors hälsa. 2017. Hämtad från:
<https://skl.se/download/18.47796ff915cac6799e4726d1/1497949705559/Overenskommelse+forlossningsvarden.pdf>
 105. Cappell J, Pukall CF. Perceptions of the effects of childbirth on sexuality among nulliparous individuals. *Birth*. 2018;45(1):55-63.
 106. Cappell J, MacDonald TK, Pukall CF. For new mothers, the relationship matters: Relationship characteristics and postpartum sexuality. *The Canadian Journal of Human Sexuality*. 2016;25(2):126-37.
 107. Handelzalts JE, Levy S, Peled Y, Yadid L, Goldzweig G. Mode of delivery, childbirth experience and postpartum sexuality. *Archives of gynecology and obstetrics*. 2018;297(4):927-32.
 108. Röckner G, Henningsson A, Wahlberg V, Ölund A. Evaluation of episiotomy and spontaneous tears of perineum during childbirth. *Scandinavian journal of caring sciences*. 1988;2(1):19-24.
 109. Erens B, Phelps A, Clifton S, Mercer CH, Tanton C, Hussey D, et al. Methodology of the third British national survey of sexual attitudes and lifestyles (Natsal-3). *Sex Transm Infect*. 2014;90(2):84-9.
 110. The National Survey of sexual attitudes and lifestyles; Questionnaire: Research Department of Infection and Population Health, University College London, London UK. Hämtad från:
www.natsal.ac.uk/media/2097/final-questionnaire_technical-report-appendix-b.pdf
 111. UMO.se Hämtad från: <https://www.umo.se/>
 112. Youmo.se Hämtad från: <https://www.youmo.se/>
 113. Graviditetsregistret. Om Graviditetsregistret 2018 [citerad 2019-03-08]. Hämtad från:
<https://www.medscinet.com/gr/default.aspx>

Sex- och samlevnadsundervisning – en viktig del av SRHR

Alla har rätt till kunskap om SRHR

Alla som går i svensk skola har rätt till en evidensbaserad, återkommande, relevant och kunskapshöjande sex- och samlevnadsundervisning som lägger grunden för kunskap om sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR). Skolan är en central hälsofrämjande arena, och rätten till information och kunskap är central för SRHR-arbetet.

Flera nationella och internationella riktlinjer och rapporter pekar på att en evidensbaserad sex- och samlevnadsundervisning ger eleverna förutsättningar för att utveckla sin reflekterande, kritiska och kommunikativa förmåga och stärker deras möjligheter att fatta välgrundade och ansvarsfulla beslut när det gäller sexualitet och relationer.

Få tycker att skolundervisningen ger tillräcklig kunskap

- 19 procent uppgav att skolans sex- och samlevnadsundervisning hade gett dem den kunskap de behöver. Det svaret gav fler män (22 procent) än kvinnor (16 procent). En knapp tredjedel (29 procent) ansåg att undervisningen inte gett dem tillräcklig kunskap, och 26 procent har skaffat den kunskap de behöver på annat sätt.
- Totalt uppgav 8 procent att de aldrig fått någon sex- och samlevnadsundervisning.
- När det gäller uppfattningen om ifall de fått tillräcklig kunskap eller inte finns det inga signifikanta skillnader mellan män och kvinnor utifrån utbildningsnivå.
- Män är generellt mer nöjda med den sex- och samlevnadsundervisning de fått, oavsett sexuell identitet, jämfört med kvinnor.
- Homo- och bisexuella personer (39 procent respektive 36 procent) tyckte i större utsträckning än heterosexuella (28 procent) att skolans sex- och samlevnadsundervisning inte gett dem den kunskap de behöver.
- I jämförelse med Folkhälsomyndighetens undersökning UngKAB15 angav 58 procent av killarna och 41 procent av tjejerna i åldern 16–29 år att de fått tillräckliga kunskaper genom skolan. Motsvarande andelar i SRHR2017 är 37 procent respektive 26 procent.

Lärarna behöver mer kompetens och tydligare styrning

De svenska läroplanerna ger goda förutsättningar för en sex- och samlevnadsundervisning av hög kvalitet. Trots detta visar olika granskningar att det finns likvärdighetsproblem och stora kvalitetsbrister i undervisningen. För att komma tillrätta med dessa likvärdighetsproblem behöver lärarna mer kompetens och måste känna sig trygga i att hantera dessa frågor.

Lärarytbildningarna måste rusta lärarna för arbetet och verksamma lärare behöver möjligheter

till kompetensutveckling.

Dessutom behöver rektor eller annan skolledare ge tydlig styrning för sex- och samlevnadsundervisningen, och dessa perspektiv måste in i det systematiska kvalitetsarbetet så att undervisningen planeras, följs upp och utvärderas regelbundet.

Rätten till kunskap och information om sex och sexualitet

En central del av sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) är rätten till kunskap. Det handlar om rätten att ha tillgång till evidensbaserad kunskap om bland annat den egna kroppen, om hur man kan ha säkra och njutbara sexuella upplevelser och om hur man bibehåller och förbättrar sin sexuella och reproduktiva hälsa. Det handlar också om kunskap om människors rätt att bland annat få vara den man vill vara, få välja sin eventuella partner och välja om, när och hur man vill ha barn samt rätten att leva ett liv utan diskriminering, tvång, utnyttjande och våld. En viktig kunskapskälla för barn, unga och unga vuxna är undervisningen om jämställdhet, sexualitet och relationer inom de obligatoriska och frivilliga skolformerna, vanligtvis benämnd sex- och samlevnadsundervisningen. Skolan är en unik arena där det är möjligt att nå i princip alla barn och elever med långsiktiga hälsofrämjande och kunskapshöjande insatser (1, 2)

Skolan som hälsofrämjande arena

Under de tidiga skolorn läggs till stor del grunderna för beteenden, vanor och attityder som rör hälsa och livsstil. WHO:s definition av en hälsofrämjande skola är att den kontinuerligt arbetar för att stärka verksamhetens kapacitet att främja bra levnadsvanor, och skapa en gynnsam lärandemiljö och goda arbetsförhållanden. Skolan ska också kunna möta elevernas hälsorelaterade behov på flera olika sätt (3).

I slutbetänkandet från Kommissionen för jämlik hälsa (2) beskrivs skolans unika potential som hälsofrämjande arena. Hälsofrämjande arbete kan beskrivas som en process som ska ge människor ökad kontroll över sin hälsa och möjlighet att förbättra den. Arbetet ska utgå från kunskap om barns och ungas välmående och utveckling. Kommissionen menar att skolhuvudmän bör arbeta långsiktigt med att utveckla skolans roll som en hälsofrämjande arena.

Kommissionen för jämlik hälsa skriver också i sitt slutbetänkande (2) att skolan har en viktig roll när det gäller att sprida kunskap om SRHR genom sex- och samlevnadsundervisningen. SRHR kopplas bland annat till självbestämmande, kontroll, inflytande och delaktighet utifrån ett rättighetsperspektiv. Kunskapen om SRHR behöver öka och kommissionen uppmanar kommuner och landsting att verka för att utveckla sex- och samlevnadsundervisningen.

Elever med omfattande frånvaro i de obligatoriska skolformerna får kanske inte den utbildning som de har rätt till, och kan därmed sakna de kunskaper som grundskolan ska ge. En ofullständig grundskoleutbildning kan senare begränsa ett framtida aktivt deltagande i högre studier och yrkes- och samhällsliv. Att klara skolan är den viktigaste faktorn för barns framtid och utveckling, och ökad skolnärvaro ger vinster både för den enskilda eleven och för samhället. Arbetet att öka närvaro och förebygga frånvaro behöver stärkas (4).

Barn och ungdomar som inte befinner sig inom skolans arena är en grupp som kan vara mer socialt utsatt och vara mer sårbar än andra. Dessa elever har samma rätt till kunskap om

En integrerad definition av SRHR

I Guttmacher-Lancet-kommissionens rapport om SRHR (5) konstaterades att sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter är en förutsättning för människors hälsa och överlevnad, jämställdhet och mänskligt välbefinnande. Kommissionen rekommenderade ett antal nödvändiga insatser för att uppnå intentionen i den breda och integrerade definition av SRHR som de presenterar. Det handlar bland annat om att alla har rätt till korrekt information och rådgivning om sexuell och reproduktiv hälsa, vilket inkluderar evidensbaserad, allsidig och omfattande sex- och samlevnadsundervisning. Kommissionen lyfter också likvärdigheten och nämner särskilt de marginaliserade grupper som särskilt behöver uppmärksammas för att kunna få likvärdiga rättigheter på området. Det kan handla om en persons migrationsbakgrund, sexuella identitet, könsidentitet, könsuttryck eller könskaraktäristika.

I Guttmacher-Lancet-kommissionens rapport beskrivs omfattande och allsidig sex- och samlevnadsundervisning som bygger färdigheter, främjar delaktighet och diskuterar makt och könsmonster som mer sannolik att främja sexuell och reproduktiv hälsa än insatser som bara förmedlar information. En allsidig och omfattande sex- och samlevnadsundervisning kan bidra till att omdefiniera maskulinitet och femininitet, motverka våld och främja mer hälsosamma och jämlika beteenden med början under tidiga skolår. Vidare lyfter kommissionen behovet av utvärderingar och fördjupningsstudier av sex- och samlevnadsundervisningens kvalitet, tillgänglighet och effekter.

Sex- och samlevnadsundervisning och information i Agenda 2030

I arbetet med Agenda 2030 och de 17 globala målen som syftar till hållbar utveckling kan skolans sex- och samlevnadsundervisning kopplas genom SRHR till främst mål tre, fyra och fem (6)

Mål tre omfattar hälsa och välbefinnande och delmål 3.7 syftar till att alla senast år 2030 ska ha tillgång till sexuell och reproduktiv hälsovård, vilket inkluderar information och utbildning. Mål fyra ska säkerställa att alla får en inkluderande och jämlik utbildning av god kvalitet och att ett livslångt lärande främjas. Det innefattar bland annat utbildning för hållbara livsstilar, mänskliga rättigheter och jämställdhet. Mål fem syftar till att uppnå jämställdhet och egenmakt för alla flickor och kvinnor, vilket innefattar allmän tillgång till sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter.

Internationella riktlinjer för sex- och samlevnadsundervisningen

WHO tog 2010 fram europeiska riktlinjer för sex- och samlevnadsundervisningen i samarbete med BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) (7), och där lyfter WHO skolan som en central arena för arbetet med ungas kunskaper och attityder till sexuell och reproduktiv hälsa. De lyfter vikten av undervisning som är evidensbaserad, relevant, interaktiv, kontinuerlig och åldersadekvat, eller egentligen utvecklingsadekvat, och att den ska starta tidigt. Undervisningen ska bland annat ta utgångspunkt i mänskliga rättigheter, ha en holistisk ansats och utföras genom ämnesövergripande läroplansbaserad undervisning. Undervisningen bör omfatta fysiska,

kognitiva, sociala, emotionella och kulturella aspekter på sexualitet och reproduktion. Eleverna ska stärkas i sin kunskap, sin kommunikativa förmåga, sin reflektionsförmåga och möjligheten att fatta välgrundade ansvarsfulla beslut när det gäller sexualitet och relationer. Kvaliteten ökar om barn och unga får möjlighet till reellt inflytande över undervisningen som också ska vara kontextorienterad. Lärarnas kompetens och förmåga till självreflektion rörande dessa frågor lyfts som förutsättningar för sex- och samlevnadsundervisning av god kvalitet. Föräldrasamverkan lyfts som ytterligare en viktig aspekt.

Unesco har tagit fram internationella riktlinjer (8) som understryker behovet av omfattande och allsidig sex- och samlevnadsundervisning för att rusta barn och unga för ett hälsosamt, produktivt och tillfredsställande liv, och för att uppnå målsättningen med Agenda 2030. I riktlinjerna nämns att undervisningen ska vara evidensbaserad, återkommande, ålders- och utvecklingsadekvat och omfattande samt att den ska grunda sig i mänskliga rättigheter, lyfta jämställdhetsperspektiven och vara läroplansbaserad. Undervisningen bör vidare uppmuntra eleverna att undersöka, förstå och utmana kulturella strukturer och normer och koppla detta till olika kontexter. Sex- och samlevnadsundervisningen ska bland annat bidra till ökat kritiskt tänkande och ökad ansvarskänsla, respekt, acceptans och tolerans, och därmed till ett mer jämlikt samhälle för alla, oavsett kön, etnicitet, funktionalitet, socioekonomisk status, religion, sexuell identitet, könsidentitet eller könsuttryck samt könskaraktäristika. Unesco lyfter också att positiva perspektiv på området, såsom kärlek, relationer, ömsesidighet och jämlikhet, ger möjligheter till en mer heltäckande sex- och samlevnadsundervisning.

Unesco beskriver vidare att det inte alltid räcker med ett bra stöd för sex- och samlevnadsundervisningen i läroplanen eftersom lärare ibland minimerar eller undviker att beröra området. Därför behöver lärare kompetensutveckling för att öka sina kunskaper och känna sig trygga med att hantera dessa frågor, för då finns en större chans att dessa lärare genomför en undervisning av hög kvalitet som kan ge positiva effekter på hälsobeteenden.

Lång tradition av sex- och samlevnadsundervisning i Sverige

Sex- och samlevnadsfrågorna har uppmärksamrats inom det svenska skolväsendet under lång tid. År 1955 blev sex- och samlevnadsundervisningen i dess dåvarande form, obligatorisk i grundskolan och har sedan i olika perioder färgats av den tid och de värderingar som varit dominerande i samhället (9). Kvaliteten har dock varierat och likvärdigheten har varit bristfällig (10, 11)

I de nuvarande läroplanerna för de obligatoriska och frivilliga skolformerna har rektor ett särskilt ansvar för att säkerställa tillgången till sex- och samlevnadsundervisning för samtliga elever (12, 13). I flera kurs-, ämnes- och ämnesområdesplaner är frågor om jämställdhet, sexualitet, identitet och relationer nu integrerade och ansvaret för sex- och samlevnadsfrågorna vilar nu på fler lärare. Elevhälsans hälsofrämjande uppdrag står inskrivet i Skollagen och elevhälsans verksamhet ska bidra till elevernas måluppfyllelse (14). De olika professionerna inom skolverksamheten ska samverka och komplettera varandra och elevhälsans resurser och kompetens kan till exempel vara ett stöd för undervisningen. Sammantaget finns i dag bra förutsättningar för att arbeta med sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter inom undervisningen och i den övriga skolverksamheten. Ämnesintegrerad och ämnesövergripande undervisning banar väg för en bredare och mer holistisk syn på sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter som ligger i linje med internationella styrdokument och rekommendationer.

Skolverket beskriver sex- och samlevnadsarbetet som tredelat. Den ämnesintegrerade undervisningen i flera olika ämnen är basen för arbetet som ska ge eleverna perspektiv och sammanhang på jämställdhet, sexualitet och relationer. Som komplement till detta kan skolan också anordna till exempel temadagar där SRHR-frågorna får extra uppmärksamhet. Den tredje delen handlar om att hantera aktuella frågor som berör eleverna, att fånga frågan i flykten, och till exempel lyfta aktuella samhällsfrågor som debatteras eller både positiva och negativa händelser i vardagen på skolan (9).

Skolverket lyfter några viktiga utgångspunkter för att utveckla sex- och samlevnadsundervisningen. Rektors styrning, kopplingen till värdegrundsarbetet och det systematiska kvalitetsarbetet ses som nödvändiga för att öka kvaliteten, likaså att undervisningen bygger på vetenskaplig grund och beprövad erfarenhet. Vidare lyfts elevernas möjlighet till samtal och reflektion under ledning av skickliga lärare samt elevernas möjlighet till delaktighet och inflytande i undervisningen. Skolverket beskriver behovet av en balans mellan frisk- och riskperspektiv där hälsofrämjande perspektiv bör få mer plats i undervisningen. Sex- och samlevnadsundervisningen ska ha en tydlig progression och ett tydligt jämställdhetsperspektiv, och den ska genomföras med normkritiska perspektiv och förhållningssätt. Skolverket erbjuder stöd till lärare, rektorer och skolhuvudmän för att utveckla sex- och samlevnadsundervisningen (9).

Kvalitetsgranskningar av sex- och samlevnadsundervisningen i Sverige

År 1999 granskade Skolverket kvaliteten i svensk sex- och samlevnadsundervisning (10) och konstaterade att undervisningen inte var likvärdig, varken mellan skolor eller inom skolor, trots en nationell läroplan som tydligt angav att rektor ska se till att skolan tillhandahåller denna undervisning. Skolverket såg brister som rörde otydliga eller uteblivna riktlinjer och mål samt otydlig ansvarsfördelning, dokumentation och samordning. De framgångsfaktorer som lyftes innefattade en tydlig styrning från skolledningen, möjlighet för personalen att reflektera kring dessa frågor och tydligare målformulering i läroplanerna. Granskningen lyfte också att sex- och samlevnadsundervisningen bör ses som en mötesplats för samtal och reflektion.

Skolinspektionens kvalitetsgranskning (11) visade att de flesta skolor arbetar ämnesintegrerat med sex- och samlevnad. Man fann dock även en hel del brister, bland annat att skolornas arbete med sex och samlevnad sällan kopplas till värdegrundsarbetet, vilket Skolinspektionen ser allvarligt på. Lärarna behöver kompetensutveckling inom en rad områden och de behöver också få chans att diskutera och hitta sin roll i detta arbete. Det finns vidare brister i undervisningens progression och eleverna vill i många fall ha undervisning oftare och tidigare. På en majoritet av skolorna tas inte elevhälsans kompetens tillvara och det finns tydliga brister i elevernas delaktighet.

De framgångsfaktorer som Skolinspektionen lyfter är ett utvecklat systematiskt kvalitetsarbete med mål, uppföljning och utvärdering. Det måste också finnas en tydlig koppling till skolans värdegrundsarbete. Skolledningen ska följa upp personalens kompetens och erbjuda relevant kompetensutveckling utifrån individuella behov. Elevhälsans uppdrag ska vara förankrat i personalgruppen. Eleverna ska ha reellt inflytande i arbetet med att planera, genomföra och utvärdera sex- och samlevnadsundervisningen, och undervisningen ska vara relevant utifrån elevernas behov. Eleverna måste också få möjlighet att i undervisningen reflektera kring normer

som rör sex- och samlevnadsområdet.

Sex- och samlevnadsundervisningen –en av flera kunskapskällor

Det finns många sätt att tillgodogöra sig kunskap om sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter. WHO skiljer mellan formella och informella källor (7) och betonar att båda behövs och bör komplettera varandra. De informella källorna, såsom föräldrar eller vänner, är viktigare i vissa perioder medan de mer formella källorna, såsom sex- och samlevnadsundervisningen, ungdomsmottagningen eller den övriga hälso- och sjukvården, är viktigare i andra. Internet kan fungera som både formell och informell kunskapskälla. En viktig distinktion mellan de två olika källorna är kunskap och kompetens. I komplexa frågor om sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter har professionella aktörer en mycket viktig roll, och informella källor är inte tillräckliga för barn och unga.

UngKAB15 (15) behandlade frågor om hälsa och sexualitet bland unga och unga vuxna i Sverige. Rapporten är baserad på en enkätstudie bland ett randomiserat nationellt urval av unga i åldern 16–29 år. Totalt 70 procent angav att de huvudsakligen fick sin information om relationer, sexualitet, preventivmedel och könssjukdomar från internet. En högre andel tjejer (52 procent) än killar (36 procent) hämtade sin information från internet via kvalitetssäkrade sidor från hälso- och sjukvården, såsom 1177 Vårdguiden och UMO. Totalt 60 procent uppgav att kompisar och vänner var en huvudsaklig informationskälla och för 55 procent var det skolan.

Folkhälsomyndighetens rapport från Ungdomsbarometern Ungdomar och sexualitet (16) bygger på en internetbaserad enkätundersökning med svar från 5196 unga i åldern 15–24 år. Resultatet visade att skolan kom på andra plats när unga rangordnade deras huvudsakliga informationskällor i fråga om preventivmedel och sexuellt överförda infektioner. Främst fick ungdomar information om preventivmedel och sexuellt överförda infektioner via internet, skolan och ungdomsmottagningen. En av fem ansåg att skolans sex- och samlevnadsundervisning är bra eller mycket bra. Internet och skolan bedömdes som bättre kunskapskällor av killar och ungdomsmottagningen ansågs bättre av tjejer, följt av internet och skola. En tredjedel av de unga pratade helst med sina kompisar om sin sexualitet, följt av sin partner och mamma.

Svensk forskning om sex- och samlevnadsundervisning

Den forskning som finns på sex- och samlevnadsundervisningen och dess effekter i svensk kontext är begränsad och har överlag inte genomförts under 2010-talet och forskningen utgår därför inte från dagens läroplaner eller den kontext som barn och unga lever i i dag, med till exempel sociala medier och en ökad internetanvändning där frågor om källkritik, nätetik och nätvanor blivit aktuella. Förutsättningarna i skolan kan förändras snabbt. Forskningen är ofta inriktad på enskilda interventioner eller specifika metoder, och det saknas klassrumsnära forskning om framgångsfaktorer för att lyckas med en kontinuerlig, hälsofrämjande, läroplansbaserad och ämnesintegrerad sex- och samlevnadsundervisning.

Attityder till sex- och samlevnadsundervisningen

Sex- och samlevnadsundervisningen i undersökningen

UngKAB15 bland unga 16–29 år

I UngKAB15-undersökningen (15) ansåg 49 procent av de unga att skolan gett dem tillräckliga kunskaper för att ta hand om sin sexuella hälsa. Andelen var högre bland killar (58 procent) än tjejer (41 procent) och lägst bland personer som inte ville kategorisera sig utifrån kön (32 procent). Vidare ansåg 44 procent att skolan gett dem för lite kunskap, och 7 procent uppgav att de inte fått någon sex- och samlevnadsundervisning alls.

En majoritet av respondenterna ansåg att skolan hade gett dem tillräckliga kunskaper om kroppen, om hur man blir gravid och om kondomanvändning. Skolan hade däremot gett för lite kunskaper om genus, relationer, jämställdhet, normer, hbt-perspektiv och hiv, vilket pekar på att de flesta skolor behöver utveckla sitt arbete. För att eleverna ska få tillgång till handlingsstrategier och stärka sin egenmakt behöver undervisningen också inkludera frågor om normer och rättigheter.

Folkhälsomyndigheten menar att skolan, elevhälsan, ungdomsmottagningarna med flera i större utsträckning måste ha ett normkritiskt och intersektionellt perspektiv på arbetet. Alla unga behöver information, kunskap och vägledande samtal oavsett kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder. Mångfalden av sexuella identiteter, könsidentiteter och gruppen unga som inte vill kategorisera sig utifrån kön och sexualitet, ställer krav på hbtq-kompetensen hos de som möter barn och unga. Heteronormativa antaganden om ungas livssituation behöver belysas ur normkritiska och intersektionella perspektiv (15). I linje med detta visade Skolinspektionens granskning av sex- och samlevnadsundervisningen att det finns stora brister i undervisningen om normer och hbtq-frågor (11).

De frågor som respondenterna i UngKAB15 främst ville ha mer kunskap om, utifrån givna alternativ, var hur man får en relation att fungera bra och hur det är att leva med hiv i dag. En tredjedel av de svarande upplevde inte att de behövde mer kunskap. Ungefär en femtedel ansåg sig dock behöva mer kunskap om hur sexuellt överförda infektioner överförs och hur man hittar någon att ha en relation med. En sjättedel av respondenterna vill ha mer kunskap om hur de kan prata om sex med en partner.

I UngKAB15 beskrivs skolan som särskilt viktig för killar. Tidigare studier visar också att killar bara står för 10–15 procent av besöken på ungdomsmottagningarna, så skolan har en viktig roll för att tillgodose killars behov av kunskap, information och hälsofrämjande insatser.

Resultaten om sex- och samlevnadsundervisningen i SRHR2017

Folkhälsomyndighetens undersökning SRHR2017 baseras på en enkät som skickades ut till ett slumpmässigt stratifierat urval av totalbefolkningsregistret på cirka 50 000 individer. Svarsfrekvensen var 31 procent. I undersökningen efterfrågades hur stor andel av befolkningen som ansåg sig ha fått en sex- och samlevnadsundervisning som de upplevde som användbar, men även hur stor andel som inte minns om de haft sådan undervisning eller som anser att de aldrig fått någon.

Totalt tyckte 19 procent att skolans sex- och samlevnadsundervisning hade gett dem den kunskap de behöver. En knapp tredjedel (29 procent) ansåg att den inte gjort det och en tredjedel (32 procent) kom inte ihåg. Var fjärde respondent (26 procent) har skaffat den kunskap de behöver på annat sätt och 8 procent har aldrig fått någon sex- och samlevnadsundervisning.

I SRHR2017 fanns det signifikanta skillnader mellan hur kvinnor och män upplevt effekten av sin sex- och samlevnadsundervisning. Fler män (22 procent) än kvinnor (16 procent) ansåg att undervisningen gett tillräckliga kunskaper.

I jämförelse med UngKAB15 är det något färre som tycker att sex- och samlevnadsundervisningen gett dem tillräckliga kunskaper. Frågorna i dessa två undersökningar är dock inte helt jämförbara, för i UngKAB15 hade frågan ett något snävare fokus på sexuell hälsa. Den yngsta åldersgruppen i SRHR2017 har samma avgränsning i ålder som UngKAB15 (16–29 år) vilket möjliggör en jämförelse. I UngKAB15 angav 58 procent av killarna och 41 procent av tjejerna att de fått tillräckliga kunskaper genom skolan. Motsvarande andelar i SRHR2017 är 37 respektive 26 procent.

I SRHR2017 bedömde homo- och bisexuella personer (39 respektive 36 procent) i större utsträckning än heterosexuella (28 procent) att skolans sex- och samlevnadsundervisning inte gett dem den kunskap de behöver. Män är generellt mer nöjda med den sex- och samlevnadsundervisning de fått, oavsett sexuell identitet, jämfört med kvinnor.

Äldre kvinnor och män anser i lägre utsträckning än övriga grupper att de fått de kunskaper de behöver (7–8 procent) och i högre utsträckning att inte fått någon sex- och samlevnadsundervisning (23–25 procent). Personer i åldern 65–84 år och den yngsta gruppen (16–29 år) svarade också i högre grad än övriga att de fått den kunskap de behöver på annat sätt. När det gäller uppfattningen om ifall de fått tillräcklig kunskap eller inte finns det inga signifikanta skillnader mellan män och kvinnor utifrån utbildningsnivå.

Diskussion om sex- och samlevnadsundervisning

Attityder till och upplevelser av undervisningen

En betydande del av befolkningen upplever att de inte fått någon sex- och samlevnadsundervisning. De flesta av dessa respondenter bör dock ha gått i svensk skola sedan den obligatoriska sex- och samlevnadsundervisningen infördes 1955 och borde därför ha fått den undervisning som de har haft rätt till enligt styrdokumentet. Av de som fått undervisning är också en stor andel missnöjda. Detta tyder på att det inte bara handlar om att få undervisningen, utan den måste också vara relevant, ge användbara kunskaper och ge människor förutsättningar för att ta hand om och förbättra sin sexuella och reproduktiva hälsa.

Det finns sannolikt en rad olika definitioner av vad sex- och samlevnadsundervisningen är och omfattar, och hur kunskapsområdet kan avgränsas, eftersom dessa frågor berör mänskliga rättigheter, hälsa, jämställdhet och flera andra mer övergripande perspektiv. Ett traditionellt synsätt kan vara att det handlar om sexualkunskap i biologiämnet med fokus på kroppen, sexualvanor, preventivmedel, graviditet och sexuellt överförda infektioner. För en del personer är detta också synonymt med sex- och samlevnadsundervisning. Läroplansskrivningarna ger dock bredare perspektiv på sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter där området integreras som en del av både skolans kunskaps- och värdegrundsuppdrag. Det är viktigt att belysa sexualitetsfrågorna från flera perspektiv, att kunna diskutera bland annat beteende, normer, hälsa och rättigheter, och att förstå att dessa frågor kan kopplas till både samhälleliga och individuella kontexter. Synen på och definitionen av sex- och samlevnadsundervisningen kan i sin tur påverka

attityderna till undervisningen och om man anser sig fått ta del av den.

Slutsats och framtida folkhälsoarbete för allas rätt till kunskap

Alla som går i svensk skola har rätt till en evidensbaserad, återkommande, relevant och kunskapshöjande sex- och samlevnadsundervisning. Undersökningar och kvalitetsgranskningar som genomförts under senare år indikerar dock att alla inte får den undervisning som de har rätt till, trots att skolans uppdrag och verksamhet innebär att alla elever ska få omfattande och användbara kunskaper inom området sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter. Dagens läroplaner ger goda möjligheter att ge en holistisk och perspektivrik sex- och samlevnadsundervisning.

Styrningen genom läroplanerna är alltså i mångt och mycket på plats, men det handlar också om att undervisningen måste genomföras, hålla hög kvalitet och utvecklas. För att nå detta kan lärarna behöva få mer kompetens och känna ökad trygghet i att hantera dessa frågor. Lärarutbildningarna måste rusta lärarna för detta arbete, men i dag har endast några av dessa utbildningar obligatoriska moment som rör sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter. De lärare som utifrån det centrala innehållet i sina ämnen förväntas hantera frågor om sexualitet, relationer, sexuell identitet, könsidentitet och närliggande områden måste få möjlighet att klara även denna del av uppdraget. För de redan verksamma lärarna bör det finnas relevanta, tillgängliga, återkommande och verksamhetsnära möjligheter till kompetensutveckling.

Många andra delar av SRHR är integrerade i både kunskaps- och värdegrundsuppdraget, till exempel mänskliga rättigheter, jämställdhet, arbetet mot diskriminering, trakasserier och kränkande behandling samt hbtq-inkludering. Detta innebär att alla som arbetar inom skolan måste få relevant kunskap inom dessa områden, och utbildningar för fler yrkesgrupper berörs därmed.

Detta arbete förutsätter god styrning från rektor eller annan skolledare. För att alla elever ska kunna ta del av sex- och samlevnadsundervisningen måste dessa perspektiv in i det systematiska kvalitetsarbetet och planeras, följas upp och utvärderas regelbundet. Rektor ska också se till att personalen har kompetens att genomföra arbetet och vid behov erbjuda eller möjliggöra kompetensutveckling.

Folkhälsomyndigheten bedömer också att det behövs mer klassrumsnära forskning om den ordinarie integrerade undervisningen och dess tänkta och faktiska hälsofrämjande effekter.

SRHR-arbetet för barn och unga behöver uppmärksamma de elever som har problematisk och omfattande frånvaro, och därmed inte får den kunskap de har rätt till och behöver.

Skolan är en unik hälsofrämjande arena där barn och unga tillbringar mycket tid under många år. Efter genomförd skolgång har samhället inte samma möjligheter att nå ut med kunskapshöjande insatser till en bred målgrupp, för att ge kunskaper som kan sättas in i olika sammanhang och knytas till större kunskapsområden. Skolan ger också unika möjligheter för eleverna att utbyta erfarenheter och bygga kunskap tillsammans med jämnåriga under en lärares ledning. Det är under uppväxten som människor till stor del tillgodogör sig kunskap, attityder och beteende som är kopplat till SRHR, så skolan ska ge eleverna relevant kunskap och öka deras möjligheter att göra väl avvägda val framöver.

Referenser

1. World Health Organization. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: final report of the commission on social determinants of health. Geneva: World Health Organization, 2008. Hämtad från: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf
2. Kommissionen för jämlik hälsa. Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa: förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa: slutbetänkande (SOU 2017:47). Stockholm: Wolters Kluwer, 2017. [citerad 15 januari 2019]. Hämtad från: https://www.regeringen.se/49ba4e/contentassets/3917644bbd69413bbc0c017647e53528/nasta-steg-pa-vagen-mot-en-mer-jamlik-halsa-slutbetankande-av-kommissionen-for-jamlik-halsa_sou2017_47.pdf
3. WHO. Health Promoting School: an effective approach for early action on NCD risk factors. Geneva: WHO, 2017. [citerad 16 januari 2019]. Hämtad från: <http://www.who.int/healthpromotion/en/>
4. Att vända frånvaro till närvaro - en utredning om problematisk elevfrånvaro. Saknad!: uppmärksamma elevers frånvaro och agera: betänkande (SOU 2016:94). Stockholm: Wolters Kluwer; [citerad 8 januari 2019]. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2017/01/sou-201694/>
5. Guttmacher-Lancet commission. Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission. The Lancet Commissions, 2018; 391: 2642–92. [citerad 15 januari 2019]. Hämtad från: <https://www.thelancet.com/commissions/sexual-and-reproductive-health-and-rights>
6. Regeringen. 17 globala mål för hållbar utveckling. 2017 [citerad 12 februari 2019]. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/regeringens-politik/globala-malen-och-agenda-2030/17-globala-mal-for-hallbar-utveckling/>
7. WHO regional office for Europe and BZgA. Standards for sexuality education in Europe: a framework for policy makers, educational and health authorities and specialists. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, BZgA, 2010.
8. UNESCO. International technical guidance on sexuality education: an evidence-informed approach [2., rev. utg.]. Paris: UNESCO, 2018. [citerad 16 januari 2019]. Hämtad från: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000260770>
9. Skolverket. Sex- och samlevnadsundervisning - en introduktion. Stockholm: Skolverket, 2019. [citerad 15 februari 2019]. Hämtad från: <https://www.skolverket.se/publikationer?id=4016>
10. Skolverket. Nationella kvalitetsgranskningar, skolor arbete mot mobbing och annan kränkande behandling, sex- och samlevnadsundervisning, undervisning om tobak, alkohol och andra droger. Kalmar: 1999.
11. Skolinspektionen. Sex- och samlevnadsundervisning. Stockholm: Skolinspektionen, 2018. [citerad 15 januari 2019]. Hämtad från: <http://www.skolinspektionen.se/sv/Beslut-och-rapporter/Publikationer/Granskningsrapport/Kvalitetsgranskning/sex-och-samlevnad>
12. Läroplan för grundskolan, förskoleklassen och fritidshemmet 2011: reviderad 2017. Stockholm: Skolverket. [citerad 15 januari 2019]. Hämtad från: <http://www.skolverket.se/publikationer?id=3813>
13. Läroplan, examensmål och gymnasiegemensamma ämnen för gymnasieskola 2011. Stockholm: Skolverket, 2011. [citerad 15 januari 2019]. Hämtad från: <http://www.skolverket.se/publikationer?id=2705>
14. Skollagen (2010:800). Stockholm: Utbildningsdepartementet.
15. Folkhälsomyndigheten. Sexualitet och hälsa bland unga i Sverige - UngKAB15 – en studie om kunskap, attityder och beteende bland unga 16–29 år. Solna: Folkhälsomyndigheten, 2017. Art. nr 01186-2017-1.
16. Folkhälsomyndigheten. Folkhälsomyndighetens specialrapport från Ungdomsbarometern - Ungdomar och sexualitet 2014/2015. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2015. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/globalassets/livsvillkor-levnadsvanor/hiv-sti-prevention/preventionsgrupper/uungdomsbarometern-2014.pdf> (PDF, 872 kB)

Ordlista

Asexuell – En person som inte har någon sexlust eller inte önskar inkludera andra i sin sexualitet.

App – applikation i smarta mobiltelefoner

Cis-person – Cis är latin för ”på samma sida”. Cisperson är en person vars könsidentitet och könsuttryck stämmer överens med det kön man tilldelades vid födelsen.

Chatta – föra skriftlig dialog i realtid via internet: *chatta på nätet*

Cybersex – när parter hetsar upp varandra sexuellt genom att skicka texter, bilder eller filmer via internet, ofta i samband med onani

Dejtingssajter, dejtingssappar – webbplatser eller applikationer i mobiltelefoner där människor söker kontakt med varandra i syfte att starta en relation

Hbtq – förkortning för homosexuella, bisexuella, transpersoner och queera.

Könsidentitet – är en persons självidentifierade kön, en persons subjektiva upplevelse av att tillhöra ett visst kön.

Nätet – synonym till internet (det globala datanätet)

Nätdejta – knyta kontakt via dejtingssajter

Offline – inte på internet eller nedkopplad från internet

Online – på internet eller uppkopplad på internet

Sexuell identitet eller sexuell läggning – en persons sexuella orientering i fråga om partners kön. Exempel på sexuella identiteter eller läggningar är heterosexualitet, homosexualitet och bisexualitet.

STI – sexuellt överförd infektion

SRHR – sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter

Transperson – Ett paraplybegrepp för personer vilkas könsidentitet och/eller könsuttryck inte stämmer överens med det juridiska kön som tilldelades vid födseln.

Queer – Ett brett begrepp som kan betyda flera olika saker men i grunden är ett ifrågasättande av heteronormen. Många ser sin könsidentitet och/eller sin sexualitet som queer. Queer kan innebära en önskan att inkludera alla kön och sexualiteter eller att inte behöva identifiera eller definiera sig.

Bilagor

Bilaga 1. Enkäten SRHR2017

[Enkät SRHR2017 \(PDF, 10 MB\)](#)

Bilaga 2. Fler resultat om reproduktiv hälsa

Tabell 8. Preventivmedel eller preventivmetoder som kvinnor någon gång använt utifrån ålder, men oavsett sexuell identitet (n=3 851). Procent.

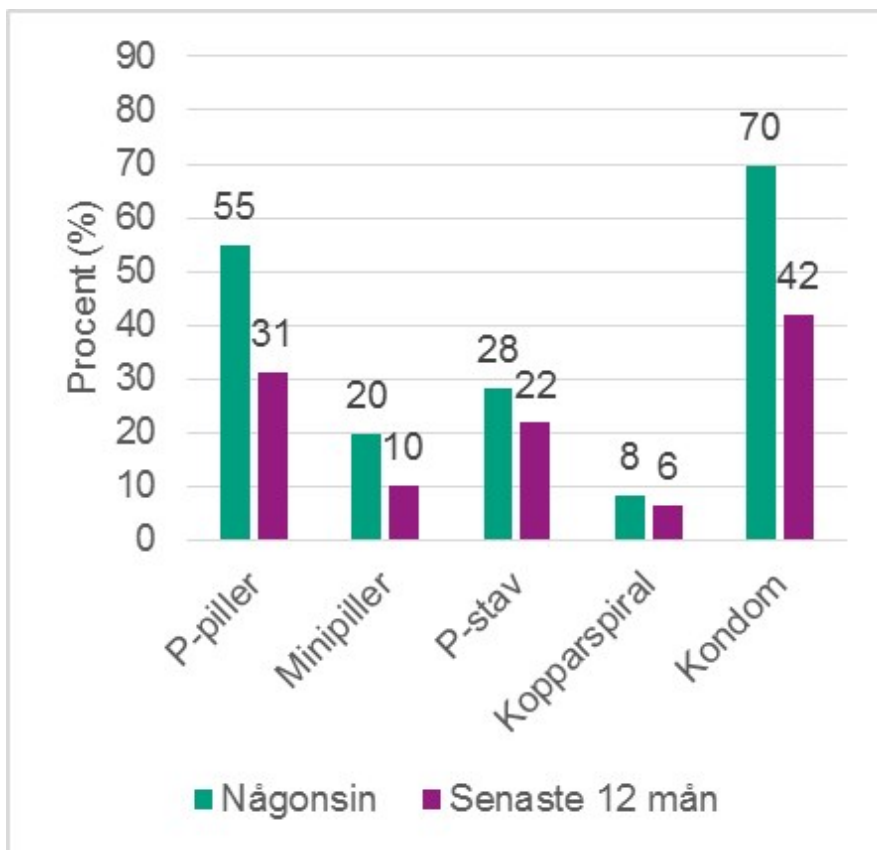
	KVINNA 16–29 ÅR	KVINNA 30–44 ÅR
P-piller med östrogen, s.k. kombinerade	54,9 (52,1–57,7)	71,4 (68,8–74,1)
Minipiller	19,6 (17,5–21,6)	34,4 (31,9–36,9)
P-stav, p-ring, p-plåster, p-spruta, hormonspiral – långtidsverkande	28,3 (26–30,7)	38,7 (36,2–41,3)
Kopparspiral	8,2 (6,8–9,7)	25,9 (23,6–28,3)
Kondom	69,6 (67–72,2)	81,9 (79,6–84,2)
Pessar	1,3 (0,6–2,1)	1,4 (0,8–2,1)
Akut-p-piller	32,6 (30,2–35,1)	31,9 (29,5–34,4)
Avbrutet samlag	31,3 (28,9–33,8)	47 (44,4–49,7)
Säkra perioder	9,6 (8,1–11,2)	19 (17–21)
P-dator eller p-app	4,4 (3,4–5,3)	3,2 (2,4–4)
Jag har inte använt någon av ovanstående preventivmedel eller preventivmetoder	18,5 (16,1–20,8)	4,6 (3,1–6)

Tabell 9. Preventivmedel eller preventivmetoder som kvinnor någon gång använt i åldersgruppen 16–84 år, utifrån sexuell identitet (n=7 390). Procent.

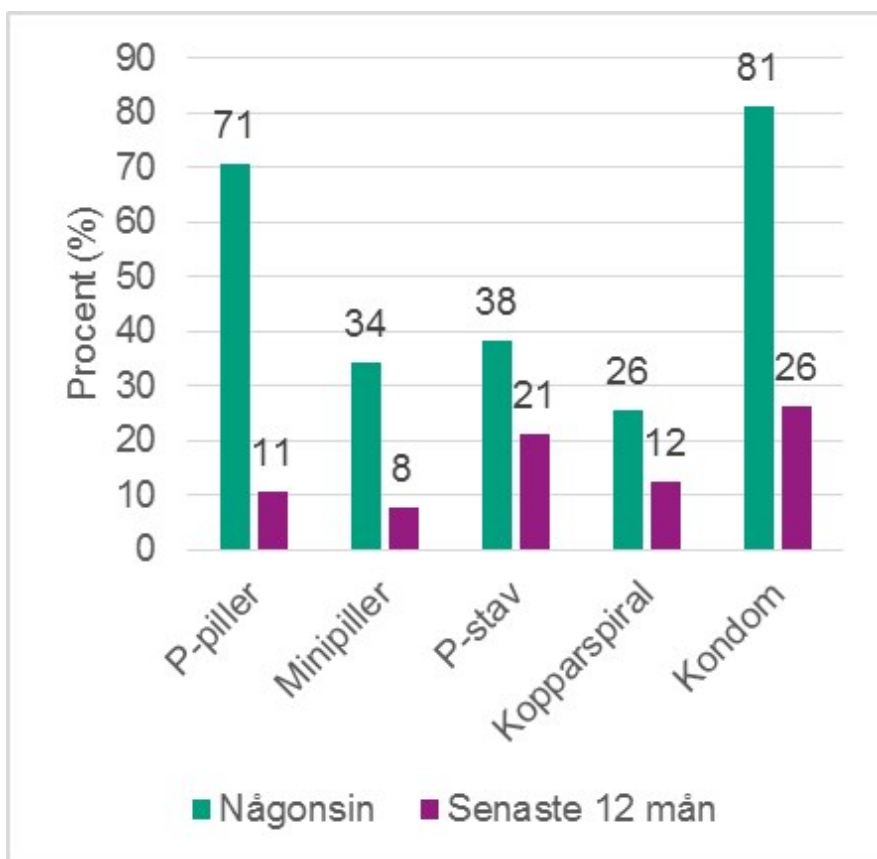
TYP AV PREVENTION	HOMOSEXUELLA	BISEXUELLA	HETEROSEXUELLA
P-piller med östrogen, s.k. kombinerade	36,4 (24,31–50,39)	59,2 (52,57–65,46)	66,5 (65,1–67,8)
Minipiller	4,0 (1,6–10,0)	22,7 (18,1–28,2)	22,5 (21,5–23,6)
P-stav, p-ring, p-plåster, p-spruta, hormonspiral – långtidsverkande	18,7 (8,6–35,9)	36,8 (31,1–43,0)	28,3 (27,2–29,5)
Kopparspiral	4,7 (1,6–12,8)	24,1 (19,0–30,1)	29,5 (28,3–30,7)
Kondom	45,6 (32,1–59,8)	80,3 (74,7–85,0)	70,9 (69,6–72,1)
Pessar	8,3 (2,7–22,5)	5,2 (3,1–8,5)	7,3 (6,7–8,0)
Akut-p-piller	14,3 (7,0–26,8)	36,2 (30,5–42,3)	15,9 (15,0–16,8)
Avbrutet samlag	18,3 (9,7–31,7)	42,4 (36,4–48,7)	34,8 (33,6–36,1)
Säkra perioder	6,8 (2,4–17,7)	18,1 (13,7–23,4)	13,3 (12,5–14,3)
P-dator eller p-app	0	2,8 (1,4–5,8)	1,8 (1,5–2,1)
Jag har inte använt någon av ovanstående preventivmedel eller preventivmetoder	36,8 (24,0–51,8)	9,7 (6,3–14,5)	8,2 (7,4–9,1)

Kvinnor uppgav i högre utsträckning (64 procent) att de använt kombinerade p piller, medan färre män (54 procent) angav att en partner gjort det. Inga signifikanta skillnader fanns mellan könen när de angav erfarenhet av att använda pessar (7 procent), säkra perioder (14 procent) eller p-dator/app (2 procent). Det fanns däremot en skillnad mellan kvinnor (34 procent) och män (32 procent) i erfarenhet av avbrutet samlag som preventivmedel. Andelen med erfarenhet av avbrutet samlag är lika mellan bisexuella kvinnor och heterosexuella kvinnor 30–44 år (43 procent). Erfarenheten är också lika mellan homokvinnor och kvinnor upp till 29 år (25 procent).

Figur 1a. Andel som någon gång har använt preventivmedel och som använt preventivmedel de senaste 12 månaderna, kvinnor 16–29 år (n=1 641). Procent.



Figur 1b. Andel som någon gång har använt preventivmedel och som använt preventivmedel de senaste 12 månaderna, kvinnor 30–44 år (n=1 910). Procent.



Bland alla 16–84 år har 77 procent av männen och 70 procent av kvinnorna någon gång använt kondom. Flest män (86 procent) 30–44 år har någon gång använt kondom, följt av kvinnor 30–44 år (82 procent) och män 45–64 år (79 procent). I alla övriga åldersklasser bland kvinnor är det 70 procent som använt kondom, utom bland kvinnor 65–84 år där det bara är 57 procent.

Användandet av kondom samvarierade med inkomst. Bland kvinnor upp till 29 år hade 82 procent i gruppen med lägst inkomst använt kondom, jämfört med 66 procent bland de med högst inkomst. I åldersgruppen 30–44 år fanns inga skillnader kopplade till inkomst, utan där har totalt 84 procent erfarenhet av kondom. Bland kvinnor 45–60 år hade 62 procent av de med lägst inkomst erfarenhet av att använda kondom, jämfört med 81 procent bland de med högst inkomst. Slutligen är det 55 procent bland de 65 år och äldre med lägst inkomst, respektive 73 procent bland de med högst inkomst.

Preventivmedelsanvändning bland kvinnor 16–84 år efter ålder eller sexuell identitet

I hela populationen av kvinnor 16–84 år hade 67 procent av heterosexuella kvinnor någon gång använt kombinerade p-piller, jämfört med 60 procent av bisexuella kvinnor och 36 procent av homosexuella kvinnor. Det var fler bland kvinnor 30–44 år (71 procent) än upp till 29 år (55 procent).

Användande av kombinerade p-piller samvarierar med inkomst. Bland kvinnor 16–29 år i den lägsta inkomstgruppen hade 62 procent någon gång använt kombinerade p-piller, medan det i högsta inkomstgruppen var 50 procent. Bland kvinnor 30–44 år hade 52 procent i den lägsta inkomstgruppen någon gång använt kombinerade p-piller, medan det i den högsta inkomstgruppen var 79 procent. Även bland kvinnor 45–64 år var det vanligare bland höginkomsttagare att någon gång ha använt kombinerade p-piller (71 jämfört med 51 procent) och bland de 65 och äldre (64 jämfört med 42 procent). Bland kvinnor 16–84 år rapporterade 36 procent av homosexuella kvinnor att de någon gång använt kombinerade p-piller. Det var vanligare bland bisexuella kvinnor (59 procent) och vanligast bland heterosexuella kvinnor (67 procent).

Fler kvinnor 30–44 år (34 procent) än både de upp till 29 år (20 procent) och de 45–64 år (24 procent) har någon gång använt minipiller. Bland de 65 år och äldre var det bara 7 procent som någonsin använt minipiller. Minipiller var också mindre vanligt bland homosexuella kvinnor (4 procent) jämfört med både bi- och heterosexuella (23 procent).

LARC i form av injektion, implantat, plåster, ring eller spiral var vanligast bland kvinnor 30–44 år (39 procent), jämfört med kvinnor 29 år och yngre (28 procent) och kvinnor 45–64 år (33 procent). Användande av LARC var också beroende av inkomst. Bland kvinnor upp till 29 år var det flest i den lägsta inkomstklassen som använde LARC, medan det bland övriga åldersgrupper var kvinnor i höginkomstgruppen. LARC användes av 37 procent av de bisexuella kvinnorna jämfört med 28 procent av de heterosexuella.

Fler kvinnor 45–84 år (38 procent) hade någon gång haft en kopparspiral, jämfört med kvinnor 30–44 år (26 procent) och kvinnor upp till 29 år (8 procent).

Erfarenhet av att använda pessar var vanligare bland kvinnor 65 år och äldre (20 procent), än kvinnor 45–64 år (7 procent) och de upp till 44 år (1 procent).

Akut-p-piller användes i lika stor utsträckning bland alla bisexuella kvinnor (36 procent) som

generellt bland kvinnor 16–44 år (32 procent). Avbrutet samlag var lika vanligt bland bisexuella som generellt bland kvinnor 30–64 år (42 procent).

Tabell 10a. Anledningar till att under någon period inte ha använt ett preventivmedel eller preventivmetod bland kvinnor 16–29 år (n=1 882) respektive 30–44 år (n=1 965). Procent.

	KVINNOR 16–29 ÅR	KVINNOR 30–44 ÅR
Jag har inte sex med en annan person	33,1 (30,4–35,7)	22,3 (20–24,7)
Jag vill bli gravid	11,7 (9,9–13,5)	53,3 (50,6–56)
Jag är gravid	6,6 (5,3–7,9)	21,1 (19–23,2)
Jag är infertil, kan inte få barn	0,1 (0–0,2)	2,1 (1,4–2,8)
Jag har inte mens längre	1,2 (0,6–1,8)	1,1 (0,4–1,8)
Jag är steriliserad	0,2 (0–0,4)	2,5 (1,5–3,4)
Jag har sex på ett sätt där preventivmedel inte behövs	7,5 (6–9)	8,4 (6,7–10)
Min kultur eller religion tillåter inte preventivmedel	0,2 (0–0,4)	0,1 (0–0,2)
Min partner vill inte använda eller tillåter inte preventivmedel	2,1 (1,4–2,9)	0,8 (0,4–1,2)
Jag är rädd för hormoner eller biverkningar av hormoner	17,3 (15,3–19,4)	20,8 (18,7–23)
Jag har inte råd eller kostnaden är för hög	1,4 (0,8–2)	0,8 (0,3–1,2)
Ingen metod fungerar för mig	3 (2,2–3,8)	1,8 (1,1–2,6)
Min partner använder preventivmedel	4 (2,8–5,1)	6,6 (5,2–8)
Jag är inte orolig för könssjukdomar	4,1 (3–5,1)	5,1 (3,8–6,3)
Jag och min partner har testat oss för könssjukdomar	9,3 (7,9–10,8)	8 (6,6–9,4)
Jag vill använda preventivmedel men misslyckas i praktiken	7,1 (5,8–8,4)	2,3 (1,5–3)
Jag saknar ett svarsalternativ som stämmer för mig	34,3 (31,7–37)	15,5 (13,7–17,4)

Tabell 10b. Anledningar till att under någon period inte ha använt ett preventivmedel eller preventivmetod bland kvinnor, utifrån sexuell identitet (n=7 316). Procent.

	HOMOSEXUELLA	BISEXUELLA	HETEROSEXUELLA
Jag har inte sex med en annan person	20,2 (9,9–36,6)	28,3 (22,4–35,1)	26,8 (25,0–28,7)
Jag vill bli gravid	1,0 (0,1–6,9)	24,3 (19,1–30,5)	36,7 (34,8–38,6)
Jag är gravid	0	12,4 (8,5–17,7)	15,5 (14,1–16,9)
Jag är infertil, kan inte få barn	0,9 (0,1–6,0)	2,1 (1,0–4,3)	1,2 (0,8–1,7)
Jag har inte mens längre	0	1,4 (0,6–3,4)	1,1 (0,7–1,8)
Jag är steriliserad	0,9 (0,1–6,0)	2,8 (1,1–7,0)	1,3 (0,9–2,0)
Jag har sex på ett sätt där preventivmedel inte behövs	64,5 (48,8–78,9)	11,8 (8,0–16,9)	6,6 (5,6–7,8)
Min kultur eller religion tillåter inte preventivmedel	0	0	0,2 (0,1–0,5)
Min partner vill inte använda eller tillåter inte preventivmedel	2,2 (0,5–10,2)	3,1 (1,3–7,2)	1,0 (0,7–1,4)
Jag är rädd för hormoner eller biverkningar av hormoner	4,0 (0,9–15,7)	29,0 (23,2–35,5)	18,8 (17,3–20,4)
Jag har inte råd eller kostnaden är för hög	0	2,3 (1,1–5,1)	0,9 (0,6–1,4)
Ingen metod fungerar för mig		2,5 (1,2–5,1)	2,5 (2,0–3,2)
Min partner använder preventivmedel	0,5 (0,1–3,7)	6,0 (3,2–10,9)	5,4 (4,4–6,5)
Jag är inte orolig för könssjukdomar	0	9,1 (5,8–14,0)	4,2 (3,4–5,1)
Jag och min partner har testat oss för könssjukdomar	2,8 (0,6–12,0)	13,4 (9,6–18,3)	7,9 (6,9–9,0)
Jag vill använda preventivmedel men misslyckas i praktiken	6,4 (1,3–25,8)	7,1 (4,4–11,5)	3,7 (3,1–4,5)
Jag saknar ett svarsalternativ som stämmer för mig	13,5 (6,3–26,7)	21,8 (16,7–27,9)	24,5 (22,7–26,2)

Tabell 11a. Andel kvinnor som själva någon gång varit gravida eller andel män/partner vars kvinna/partner någon gång varit gravid (n=13 808). Procent.

	ANDEL SOM VARIT GRAVIDA/ HAR PARTNER SOM VARIT GRAVID	VET INTE ANDEL (95 % KI)
Kvinna	70,1 (69,1–71,2)	1,9 (1,5–2,3)
Man/partner	64,8 (63,6–66,1)	4 (3,4–4,6)

Tabell 11b. Andel kvinnor och män, utifrån sexuell identitet, som själva varit eller haft en partner som

någon gång varit gravid (n=7 289). Procent.

	16–84 ÅR		16–44 ÅR	
Sexuell identitet	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
Homosexuella	41,9 (28,3–57,0)	10,1 (5,3–18,4)	31,1 (15,6–52,3)	7,5 (2,8–18,7)
Bisexuella	46,0 (39,7–52,4)	43,7 (33,7–54,2)	41,1 (34,4–48,1)	25,7 (16,2–38,3)
Heterosexuella	72,8 (71,7–73,9)	67,6 (66,3–68,8)	56,5 (54,7–58,3)	48,5 (46,4–50,6)

Tabell 12a. Erfarenhet av missfall, kvinnor per åldersgrupp (n=5 614). Procent.

KVINNOR	MISSFALL % (95 % KI)	VET INTE OM NÅGON GRAVIDITET SLUTAT I MISSFALL % (95 % KI)
16–29 år	22,9 (18,4–27,5)	4,4 (2,3–6,5)
30–44 år	31,7 (28,9–34,5)	3,8 (2,6–4,9)
45–64 år	32,9 (30,5–35,3)	3,2 (2,2–4,3)
65–84 år	21,2 (19–23,4)	2,5 (1,7–3,4)

Tabell 12b. Erfarenhet av missfall bland kvinnor 16–44 år, utifrån sexuell identitet (n=2 017). Procent.

KVINNOR	MISSFALL % (95 % KI)	VET INTE OM NÅGON GRAVIDITET SLUTAT I MISSFALL % (95 % KI)
Homosexuella	13,8 (4,3–37,0)	26,6 (4,4–74,2)
Bisexuella	34,1 (24,6–45,2)	3,7 (1,4–9,6)
Heterosexuella	29,4 (26,9–31,91)	3,5 (2,7–4,5)

Tabell 13a. Erfarenhet av abort bland kvinnor och män 16–84 år (n=9 962). Procent.

	ABORT (95 % KI)	VET INTE (95 % KI)
Kvinna	29,3 (27,9–30,6)	0,5 (0,2–0,8)
Man	22,6 (21,1–24,1)	4,3 (3,6–5,1)

Tabell 13b. Erfarenhet av abort bland kvinnor 16–84 år , utifrån sexuell identitet (n=5 357). Procent.

	ABORT (95 % KI)	VET INTE (95 % KI)
Homosexuella	20,6 (9,1–40,0)	14,7(2,3–56,1)
Bisexuella	34,9 (26,5–44,4)	5,3 (2,5–10,8)
Heterosexuella	28,8 (27,4–30,3)	3,1 (2,6–3,7)