



FORTE

Forskningsrådet för
hälsa, arbetsliv och välfärd

HÄLSA OCH LIVSVILLKOR BLAND UNGA HBTQ-PERSONER

Vad vet vi och vilka
forskningsbehov finns?

Tryck: Brand Factory, Stockholm 2018

Foto: Kristine Olsson-Törnqvist, Maskot Bildbyrå AB, Alora Griffiths, Kevin Laminto

ISBN: 978-91-88561-14-5

Forte - Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd

Box 894, 101 37 Stockholm

Telefon: 08-775 40 70, e-post: fortef@forte.se

www.forte.se

Förord

Under det senaste decenniet har forskning kring skillnader i hälsa och levnadsvillkor baserat på sexuell läggning och könsidentitet ökat. Befolkningsrepresentativa studier från Sverige har visat att homo- och bisexuella män samt bisexuella kvinnor har ungefär dubbelt så stor risk för nedsatt psykisk hälsa jämfört med heterosexuella. Den ökade risken för nedsatt hälsa och psykiskt välbefinnande bland hbtq-personer jämfört med heterosexuella börjar tidigt i livet. Det finns i dag ett växande forskningsstöd för att den gemensamma orsaken till dessa skillnader ligger i den specifika utsatthet för stress kopplad till stigma, även kallad minoritetsstress, som hbtq-personer exponeras för. Unga hbtq-personer är även fortsättningsvis en utsatt grupp och därför är det viktigt med mer kunskap om deras hälsa och levnadsvillkor.

Genom den här rapporten vill Forte belysa kunskapsläget kring livs- och hälsosituationen för unga hbtq-personer, och visa på skillnader och likheter i erfarenheter mellan unga homo-, bi-, transsexuella och queerpersoner. Rapporten utgör ett kunskapsbaserat underlag med rekommendationer och kunskapsluckor. Rapporten visar på behov av en ökad medvetenhet kring unga hbtq-personers utsatthet för riskfaktorer och ohälsa vilket behöver uppmärksammas i forskningen.



Ethel Forsberg
Generaldirektör, Forte

Författare till rapporten är Richard Bränström, docent vid Karolinska Institutet. John Pachankis (PhD, Associate Professor) som arbetar som forskare vid Yale School of Public Health, USA har varit ett bollplank till Richard Bränström under arbetet med rapporten. Sabina Gillsund och Carl Gornitzki bibliotekariér på Universitetsbiblioteket, Karolinska institutet har hjälpt till med den litteratursökning som gjorts. Anna Mia Ekström, professor vid Karolinska Institutet, har granskat rapporten.

Forte - Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd är en myndighet under Socialdepartementet. Fortes uppdrag är att finansiera samt utvärdera forskning och att verka för spridning och nyttiggörande av forskningsresultat. Forte har i uppdrag av regeringen att samordna forskning om bland annat barn och unga, funktionshinder, och integration, migration och etniska relationer (IMER). Fortes forskning ska, förutom att hålla högsta vetenskapliga kvalitet, vara av hög samhällsrelevans. Vi uppmuntrar att brukare, professionella och praktiker involveras i forskningsprocesserna för att öka nyttiggörandet av forskningen.



Teresia Weinberg
Samordningsansvarig för
barn- och ungdomsforskning, Forte

Förord	3
Ordlista	12
1. Introduktion	14
Definitioner av kön, könsidentitet, könsuttryck och sexuell läggning	14
Rapportens syfte och avgränsningar	16
Metod för systematisk genomgång av litteraturen	16
Rapportens upplägg	16
2. Hbtq i Sverige	18
Demografisk beskrivning av hbtq-gruppen i Sverige	18
Det kulturella klimatet kring könsidentitet, könsuttryck och sexuell läggning i Sverige	19
Tillgång till sjukvård	23
3. Forskning kring hälsa och livsvillkor bland hbtq-personer	24
Är det skillnad i hälsa och livsvillkor mellan hbtq-personer och den övriga befolkningen?	24
Psykisk hälsa bland hbtq-personer	24
Fysisk hälsa bland hbtq-personer	25
Utbildning och arbete	27
Familjeliv, relationer och vardagsliv	28
4. Risk och skyddsfaktorer för hälsa bland unga hbtq-personer	30
Teorier kring stigma och minoritetsstress	30
Hur kan stigma kring hbtq-identitet påverka hälsa?	31
Strukturella riskfaktorer	31

Interpersonella riskfaktorer.....	32
Mekanismer som kopplar samman minoritetsstress och hälsa	34
Kognitiva och känslomässiga processer	35
Beteenderelaterade processer	37
Fysiologiska processer	38

5. Kön, socioekonomi, etnicitet och funktionsnedsättning **40**

Hbtq-personer och etnisk minoritetsstatus	40
Bisexuella	41
Hbtq och socioekonomisk position	41
Hemlösa hbtq-personer	42

6. Vård, prevention och behandling för att förbättra hälsan bland hbtq-personer **44**

Riktad psykologisk behandling för psykisk ohälsa bland hbtq-personer.....	44
Bemötande i vården	45
Könsbekräftande vård.....	46
Suicidprevention.....	47
Hivprevention	47

7. Kunskapsluckor och rekommendationer **48**

Utmaningar för forskningen	48
Kunskapsluckor kring hälsosituationen och livsvillkoren bland hbtq-personer	48
Kunskapsluckor kring risk- och skyddsfaktorer för hälsa bland hbtq-personer	49
Kunskapsluckor kring vård, prevention och behandling för att förbättra hbtq-personers hälsa	49
Perspektiv i forskningen	50
Personer med intersexvariation	50
Kunskapsluckor och författarens rekommendationer	51

Referenser **52**

SAMMANFATTNING

Under det senaste decenniet har forskning kring skillnader i hälsa och levnadsvillkor baserat på sexuell läggning och könsidentitet ökat kraftigt. Tidiga studier genomfördes i icke-representativa urval och byggde på självskattningar av hälsa, men under de senaste åren har studier av bättre kvalitet genomförts i representativa urval av befolkningen. I följande rapport sammanfattas resultaten av de senaste årens forskning kring hälsa och livsvillkor för unga (13-25 år) homosexuella, bisexuella, transpersoner och queera (hbtq) personer. Fokus ligger på att identifiera kunskapsluckor och områden som behöver prioriteras i framtida forskning.

Forté har ett särskilt ansvar att samordna forskning om barn och ungdomar genom hela uppväxten – från nyfödd till ung vuxen. I uppdraget ingår att stärka och belysa forskning om barns och ungdomars hälsa samt forskning om utsatta barn och ungdomar. Denna rapport har därför ett särskilt fokus på unga och unga vuxna hbtq-personer och deras hälsa.

Det finns i dag en stor mängd studier från olika delar av världen som tydligt visar att unga hbtq-personer har en ökad risk för psykisk ohälsa, i synnerhet depression, ångest och självmordsbeteende, jämfört med unga heterosexuella och heterosexuella cispersoner (personer vars kön de tilldelades vid födseln överensstämmer med deras juridiska, sociala och upplevda kön). De senaste årens forskning har också visat att hbtq-personer rapporterar sämre allmän hälsa och nedsatt funktionsförmåga än heterosexuella och cispersoner. Vissa specifika hälsoproblem och stressrelaterade symptom är också vanligare bland unga hbtq-personer, till exempel sömnsvårigheter, huvudvärk och migrän samt mag-/tarmbesvär. Hiv är också betydligt vanligare bland homo- och bisexuella

män eller andra män som har sex med män jämfört med heterosexuella män. Vissa hälso-relaterade riskbeteenden är vanligare bland hbtq-personer. Unga homosexuella män och bisexuella kvinnor rapporterar oftare daglig tobaksrökning och unga homo-/bisexuella män och bisexuella kvinnor rapporterar oftare användning av cannabis. Situationen för transpersoner och de som inte definierar sig som hetero-, homo- eller bisexuell är inte lika väl undersökt som den för homo- och bisexuella.

Den ökade risken för nedsatt fysisk och psykisk hälsa samt självmord bland hbtq-personer jämfört med heterosexuella börjar tidigt i livet. Det finns i dag ett växande forskningsstöd för att den gemensamma orsaken till dessa skillnader ligger i den specifika utsatthet för stress kopplad till stigma som hbtq-personer exponeras för (även kallad minoritetsstress). Exempel på denna typ av stress är utsatthet för diskriminering, våld, stress kring att inte vara öppen med sin sexuella identitet eller könsidentitet, förväntningar på att bli avvisad på grund av sin sexuella identitet eller könsidentitet och social isolering. Det finns i dag ett växande stöd för

att utsatthet för minoritetsstress ger upphov till både psykologiska stressreaktioner (t.ex. nedsatt psykiskt välbefinnande och självmordsbeteende) och fysiologiska stressreaktioner som påverkar sympatiska nervsystemet, stressaxeln (som reglerar hormonutsöndring i hypotalamus, hypofysen och binjurebarken) och inflammatoriska markörer för stress.

Vid genomgången av forskningslitteraturen kring unga hbtq-personers hälsa framgår tydligt att en betydande del av forskningen genomförts i Nordamerika. Det finns stora svårigheter med att dra slutsatser om situationen bland unga hbtq-personer i Sverige baserat på dessa studier. Sverige är ett relativt öppet och tolerant land där hbtq-personer har ett jämförelsevis starkt rättsligt skydd, och det finns i dag ett starkt forskningsstöd för att denna typ av strukturella faktorer har en stor påverkan på hbtq-personers hälsa och livsvillkor.

Det är därför angeläget att stärka forskningen kring hbtq-personers situation i Sverige. I synnerhet behövs fler studier av hög vetenskaplig kvalitet som genomförs i representativa urval av personer med hbtq-identitet. Nedan presenteras en rad förslag till förbättringar både vad gäller kartläggning av hbtq-personers livsvillkor och områden som särskilt behöver belysas i framtida forskning kring unga hbtq-personers hälsa och livsvillkor.

Kunskapsluckor och författarens rekommendationer

1. Frågor kring hbtq-identitet bör användas i samtliga befolkningsundersökningar i Sverige.
2. Frågor kring hbtq-identitet bör ingå i hälso-kartläggningar i skolan och i arbetslivet.
3. Medvetenhet kring unga hbtq-personers ökade utsatthet för riskfaktorer och ohälsa måste uppmärksammas i ungdomsforskning och ett hbtq-perspektiv bör alltid ingå som en del i sådan forskning.
4. För att öka kunskapen kring risk och skyddsfaktorer för unga hbtq-personers hälsa behövs longitudinella studier i representativa urval av befolkningen, där hälsa och livsvillkor följs med både självrapporterade och objektiva mått.
5. Eftersom huvuddelen av den forskning som genomförts kring orsaker till ökad risk för ohälsa bland hbtq-personer genomförts i Nordamerika, behövs fördjupade studier anpassade för svenska förhållanden.
6. Det behövs mer kunskap kring styrkor och skyddsfaktorer hos hbtq-personer. Sådan kunskap kan sedan ligga till grund för interventioner med syfte att förbättra vård, prevention och behandling riktad till hbtq-personer.
7. Mer forskning behövs i vissa subgrupper inom hbtq-gruppen, i synnerhet de med annan sexuell identitet än homo- eller bisexuell (t.ex. queer) och bland transpersoner.
8. Mer forskning behövs kring utsatthet för våld bland hbtq-personer och dess orsaker, inklusive våld från en partner, sexuellt våld och hedersrelaterat våld, med särskilt fokus på situationen för transpersoner och bisexuella kvinnor.
9. För att minska den kraftigt ökade risken för psykisk ohälsa behöver interventioner som syftar till att förebygga och effektivt behandla psykisk ohälsa bland hbtq-personer utvecklas och utvärderas.

10. Det behövs randomiserade kontrollerade studier som undersöker effekten av hbtq-specifik psykologisk behandling.
11. Det nationella suicidpreventiva arbetet måste anpassas för att möta den kraftigt ökade risken bland hbtq-personer.
12. Det behövs mer forskning som har ett intersektionellt perspektiv och som tar hänsyn till effekten av multipla sociala identiteter och konsekvenserna av kön, klass, etnicitet, hudfärg, funktionsvariation och ålder i samverkan med sexuell läggning och könsidentitet.
13. Det behövs mer kunskap om hur vården för unga transpersoner på bästa sätt bör utformas och vilka effekter vården har för transpersoners hälsa, välbefinnande och livsvillkor.
14. Det behövs mer kunskap kring långtids-effekterna av könsbekräftande vård för transpersoner.
15. Forskning behöver också göras i specifika grupper av hbtq-personer, t.ex. socialt utsatta och nyanlända.
16. Mer kunskap behövs kring vård, vårdbehov och livssituationen för personer med intersexvariation, det vill säga de som har en kropp som inte går att kategorisera som man eller kvinna enligt samhällets normer för kön.
17. Forskningsfinansiärer bör uppmuntra sökande att specifikt överväga och motivera inkludering eller exkludering av hbtq-personer i sin forskning.

SUMMARY IN ENGLISH

Over the last decade, research on health and living conditions based on sexual orientation and gender identity has increased substantially. Early studies were conducted among non-representative samples and were based on self-reports of health, but in recent years, higher quality studies have been conducted in representative populations. The following report Summarises the results of research from recent years on health and living conditions for young (13–25 years) lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer (LGBTQ) individuals focusing on knowledge gaps and areas that need priority in future research.

Forte has a special responsibility to coordinate research that focuses on children and adolescents throughout their upbringing – from newborns to young adults. The responsibility includes strengthening and highlighting research on the health of children and adolescents, as well as research on vulnerable children and adolescents. Therefore, this report focuses on young and young adult LGBTQ people and their health.

Today, a large number of studies from different parts of the world clearly show that young LGBTQ individuals have an increased risk of mental illness, especially depression, anxiety, and suicidal behavior, compared to young heterosexual and heterosexual cispersons (persons for which the gender they were assigned at birth corresponds with their legal, social and perceived gender). Recent research has also shown that LGBTQ people report poorer general health and more frequent impaired functioning than heterosexual persons and cispersons. Some specific health problems and stress-related symptoms are also more common among young LGBTQ people, such as sleep disabilities, headache and migraine as

well as gastrointestinal disorders. HIV is also much more common among gay and bisexual men and other men who have sex with men compared to heterosexual men. Some health-related risk behaviors are more common among LGBTQ people. Young gay men and bisexual women report more frequent daily tobacco smoking and young gay/bisexual men and bisexual women more often report use of cannabis. The situation among transgender individuals and those who do not identify themselves as heterosexual, homosexual or bisexual are not as well investigated as the situation for those identifying as homosexual and bisexual.

The increased risk of impaired physical and mental health, as well as suicide among LGBTQ people compared to heterosexuals begins early in life. There is a growing body of research showing that the common cause of these disparities lies in the specific vulnerability to stress associated with stigma (also known as minority stress) to which LGBTQ people are exposed. Examples of this kind of stress are exposure to discrimination, violence, stress about concealing their sexual identity or gender

identity, expectations of being rejected because of one's sexual identity or gender identity, and social isolation. There is growing support that the exposure to minority stress can increase the risk of both psychological stress reactions (e.g. impairment of mental wellbeing and suicidal behavior) and physiological stress reactions affecting the sympathetic nervous system, stress axis (regulating hormone secretion in the hypothalamus, pituitary and adrenal cortex) and inflammatory markers for stress.

A significant proportion of the research on the health of young LGBTQ individuals has been conducted in North America. There are major difficulties in drawing conclusions about the situation among young LGBTQ people in Sweden based on these studies. Sweden is a relatively open and tolerant country where LGBTQ people enjoy comparatively strong legal protection, and there is growing evidence showing that structural factors has a major impact on the health and living conditions of LGBTQ people.

It is important to strengthen research on the situation of LGBTQ people in Sweden. In particular, more high-quality studies are required with representative samples of people with an LGBTQ identity. Below are a number of suggestions for improvement, both in terms of mapping LGBTQ people's living conditions and areas that need to be highlighted in future research.

Knowledge gaps and recommendations from the author

1. Questions about LGBTQ identity should be used in all population surveys in Sweden.
2. Questions about LGBTQ identity should be included in health surveys at schools and in working life.
3. Awareness about the increased vulnerability of young LGBTQ people to risk factors and ill health must be present in youth research and a LGBTQ perspective should always be part of such research.
4. In order to increase knowledge about risk and protection factors for the health of young LGBTQ people, longitudinal studies are required in representative populations where health and living conditions are followed with both self-reported and objective measures.
5. Since the majority of the research carried out on causes of increased risk of ill health among LGBTQ people has been conducted in North America, in-depth studies are required for Swedish conditions.
6. More knowledge about the strengths and protection factors of LGBTQ people is needed. Such knowledge may then serve as a basis for interventions aimed at improving care, prevention and treatment tailored for LGBTQ people.
7. More research is needed in some subgroups within the LGBTQ group, especially those with different sexual identities than gay or bisexual (e.g. queer) and among transgender people.
8. More research is needed on vulnerability among LGBTQ people and its causes, including violence from a partner, sexual violence and honor-related violence, with particular focus on the situation of transgender and bisexual women.

- 9.** In order to reduce the dramatically increased risk of mental illness, interventions aimed at preventing and effectively treating mental health among LGBTQ people need to be developed and evaluated.
- 10.** There is a need for randomised controlled studies that investigate the effect of LGBTQ-specific psychological treatment.
- 11.** National suicide prevention efforts must be adapted to meet the high risk among LGBTQ people.
- 12.** More research should have an intersectional perspective that takes into account the impact of multiple social identities and the consequences of gender, class, ethnicity, skin color, function variation and age in conjunction with sexual orientation and gender identity.
- 13.** There is a need for more knowledge about how to best to deal with the care of young transgender and the effects of gender affirming care on transgender health, well-being and living conditions.
- 14.** More knowledge about the long-term effects of sex-confirming care for transgender is needed.
- 15.** Research also needs to be done in specific groups of LGBTQ people, e.g. socially vulnerable and newly arrived.
- 16.** More knowledge is needed about the care, care needs and life situation of persons with intersexual variation, that is, those who have a body that can not be categorised as male or female according to social norms for gender.
- 17.** Research funding should encourage applicants to specifically consider and motivate the inclusion or exclusion of LGBTQ people in their research.

Ordlista

Att "komma ut"	Att "komma ut ur garderoben", eller att "komma ut", är ett uttryck som används för att beskriva hbtq-personers öppenhet med sin sexuella läggning eller könsidentitet inför sig själv och andra.
Bisexuell	Person som är sexuellt och känslomässigt attraherad av både män och kvinnor.
Cisperson	Cis är latin för på samma sida. Begreppet används för en person vars juridiska kön, biologiska kön och könsidentitet hänger ihop och alltid har hängt ihop med den rådande samhällsnormen.
Gender queer	Queer används som ett begrepp som beskriver en sexuell läggning och/eller könsidentitet som skiljer sig från det heteronormativa. Gender queer avser individer som har en könsidentitet som skiljer sig från den könsnormativa uppdelningen i man och kvinna.
Hbtq	Bokstavskombination som syftar på homosexuell, bisexuell, transperson och queer.
Heterosexuell	Person som är sexuellt och känslomässigt attraherad av individer av motsatt kön.
Homofobi	Ett begrepp som omfattar olika uttryck för stigma och fördomar kopplat till homo- eller bisexuell läggning.
Homosexuell	Person som är sexuellt och känslomässigt attraherad av individer av samma kön.
Hypervigilans	Kraftig vakenhet och ökad uppmärksamhet på tänkbara hot.
Icke-binär	En person som identifierar sig som mellan könsuppdelningen i man och kvinna.
Intersektionalitet	En teori som används för att analysera hur sociala och kulturella kategorier samverkar.
Intersex	Om man har en kropp som inte går att kategorisera som man eller kvinna enligt samhällets normer för kön så kan man få den medicinska diagnosen intersexualism. Tillstånden som klassas som intersexualism är väldigt olika men har det gemensamt att de handlar om medfödda avvikelser i könsutvecklingen kopplade till könskromosomer, könskörtlar eller könsorgan. Även om intersex inte har en egen bokstav i förkortningen hbtq så inkluderas ofta intersexvariationer i diskussioner och arbete kring hbtq-frågor.

Könsbekräftande vård	Olika behandlingar för att ändra kroppen så att den stämmer mer överens med könsidentiteten.
Könsdysfori	En term som omfattar psykiskt lidande som har sin grund i könsidentitet och det kön man tilldelades vid födseln. För att få tillgång till könsbekräftande vård i Sverige krävs i dag en köndysforidiagnos. För att få en sådan diagnos behöver man göra en könsidentitetsutredning.
Könsidentitet	En individs grundläggande upplevelse av att vara man, kvinna eller annan könsidentitet.
Könsuttryck	Karaktärsdrag kopplat till utseende, personlighet och beteende som är kulturellt definierat som manligt eller kvinnligt.
Lesbisk	Kvinna som är sexuellt och känslomässigt attraherad av kvinnor.
MSM	Män som har sex med män.
Pansexuell	Person som är sexuellt och känslomässigt attraherad av individer oavsett könsidentitet.
Queer	Används i dag som ett begrepp som beskriver en sexuell läggning och/eller könsidentitet som skiljer dig från det heteronormativa.
Transfobi	Ett begrepp som omfattar olika uttryck för stigma och fördomar kopplade till transpersoner eller identitet som transperson.
Transperson	Ett paraplybegrepp som omfattar många grupper som har det gemensamt att individens könsidentitet och/eller könsuttryck inte stämmer överens med det kön som personen tilldelades vid födseln.
Transvestit	En person som använder kläder och andra attribut som brukar anses som typiska för ett annat kön än det personen tilldelades vid födseln.

1. Introduktion

Forte har ett särskilt ansvar att samordna forskning som fokuserar på barn och ungdomar genom hela uppväxten – från nyfödd till ung vuxen. I uppdraget ingår att stärka och belysa forskning om barns och ungdomars hälsa samt forskning om utsatta barn och ungdomar. Denna rapport har därför ett särskilt fokus på unga och unga vuxna hbtq-personer och deras hälsa.

Ungdomsåren präglas av en rad olika förändringar såväl kroppsliga, psykologiska som miljömässiga. Dessa förändringar förväntas unga människor navigera sig igenom och för många – om inte för de allra flesta – innebär ungdomsåren en utmanande period i livet. Unga som identifierar sig som homosexuella, bisexuella, queera eller som transpersoner (hbtq) behöver, förutom de krav som ungdomsåren ställer på alla unga, lära sig att hantera en rad utmaningar som är specifikt kopplade till dessa identiteter (Savin-Williams & Cohen, 2015). Homo-, bisexuella och queera personer behöver hantera samhällets, omgivningens och familjens reaktion på att bryta normer kring sexuell identitet, attraktion och beteende. Gemensamt för transpersoner är att de på olika sätt bryter mot samhällets normer kring kön, könsidentitet och könsuttryck (det vill säga karaktärsdrag kopplat till utseende, personlighet och beteende som är kulturellt definierat som manligt eller kvinnligt).

Hur unga hbtq-personer upplever sin situation och de utmaningar de ställs inför är starkt präglad av den miljö och de sammanhang som

de unga befinner sig i. Samhällets syn på personer med en hbtq-identitet har förändrats mycket på relativt kort tid (Flores & Park, 2018) och kunskapen kring hbtq-personers hälsa och livsvillkor har ökat kraftigt under de senaste 10–15 åren (Hatzenbuehler & Pachankis, 2016a). Syftet med denna rapport är att ge en samlad bild av kunskapsläget kring unga hbtq-personer och att identifiera de områden som behöver belysas mer. Huvuddelen av forskningen kring unga hbtq-personers hälsa och livssituation har genomförts i Nordamerika och för att bättre förstå relevansen av dessa forskningsresultat för unga hbtq-personers hälsosituation i Sverige, bör man sätta resultaten i ett svenskt sammanhang. Rapporten inleds därför med en kort beskrivning av villkoren för unga hbtq-personer och samhällsklimatet kring hbtq-frågor i Sverige.

Rapporten är tänkt att ge en sammanfattande bild av den kunskap som finns om situationen för unga hbtq-personers hälsa och livsvillkor i Sverige. I rapporten sammanfattas de senaste årens internationella forskning kring hälsa och livsvillkor för hbtq-personer och kunskapen kring bestämningsfaktorer för hälsa inom gruppen. Förutom att ge en bild av det nuvarande kunskapsläget är ett viktigt syfte med rapporten även att identifiera kunskapsluckor och områden där mer kunskap och initiativ behövs.

DEFINITIONER AV KÖN, KÖNSIDENTITET, KÖNSUTTRYCK OCH SEXUELL LÄGGNING

Begreppet hbtq omfattar en bred grupp individer med skiftande kön, könsidentitet, sexuell läggning, etnicitet och sociodemografisk bakgrund. Även om hbtq-gruppen har liknande erfarenheter i form av avsteg från samhällets normer och utsatthet för stigma, så görs i rapporten ett försök att lyfta fram de skillnader som finns inom gruppen och de specifika behov som olika subgrupper av hbtq-personer har vad gäller hälsa och livssituation.

Transpersoner

Att vara transperson eller att ha en transidentitet används som ett paraplybegrepp för personer vars könsidentitet skiljer sig från det kön personen tilldelades vid födseln, och för dem vars könsuttryck skiljer sig från det kulturellt bundna könsuttryck som är kopplat till det kön personen tilldelades vid födseln. I Sverige finns för närvarande två juridiska kön som kan tilldelas vid födseln – man eller kvinna. Transpersoner definierar dock sin könsidentitet på många olika sätt, som till exempel: man, kvinna, transman, transkvinna, transsexuell, genderqueer, ickebinär, intergender, bigender eller transvestit. Transpersoners könsuttryck varierar också mellan olika individer beroende på bland annat kulturell och etnisk bakgrund, socioekonomi, ålder och var man bor (White Hughto, Reisner & Pachankis, 2015). En del transpersoner väljer att byta socialt kön och byter namn, pronomen och könsuttryck. Det finns även transpersoner som vill få könsbekräftande vård till exempel hormonbehandling eller kirurgi.

Utredningar kring transidentitet i vården använder sig av internationella diagnossystem och termen ”könsdysfori” används för att kategorisera individer med en transidentitet. Användningen av termen könsdysfori, som sorterar under psykiatriska diagnoser, är omdiskuterad och troligen kommer en ny term, könsinkongruens, att införas i kommande internationella diagnossystem. För att få tillgång till könsbekräftande vård i Sverige krävs i dag en könsdysforidiagnos. För att få en sådan diagnos behöver man göra en könsidentitetsutredning. I Sverige visar statistik från nationella hälsoregister att omkring 0,04 procent (cirka 3 500 personer) av befolkningen sökt vård för könsdysfori under de senaste tio åren (Socialstyrelsen, 2017). Att bli diagnostiserad med könsdysfori är vanligare bland yngre personer och andelen som söker vård har ökat under de senaste åren (Socialstyrelsen, 2017). Möjligheten att få tillgång till könsutredning

och könsbekräftande behandling har också ökat (Lundgren m.fl., 2016).

Det finns också transpersoner som har en ickebinär könsidentitet som inte faller inom kategorierna man eller kvinna (Folkhälsomyndigheten, 2015). Könsbekräftande vård är tillgänglig för både binära och ickebinära transpersoner.

Intersex

Om man har en kropp som inte går att kategorisera som man eller kvinna enligt samhällets normer för kön, kan man få den medicinska diagnosen intersexualism. Tillstånden som klassas som intersexualism är väldigt olika men har det gemensamt att de handlar om medfödda avvikelser i könsutvecklingen kopplade till könskromosomer, könskörtlar eller könsorgan. Vissa tillstånd upptäcks vid födseln medan andra upptäcks först vid puberteten eller i vuxen ålder. Ibland genomförs tidiga kirurgiska ingrepp som ibland syftar till att göra barnets könsorgan mer lika det kön som barnet har tilldelats. Det pågår både nationella och internationella diskussioner om kirurgiska ingrepp vid intersexuella tillstånd, rätten att inte bli opererad om man inte vill det och rätten att bestämma över sin egen kropp. Även om intersex inte har en egen bokstav i förkortningen hbtq så inkluderas ofta intersexvariationer i diskussioner och arbete kring hbtq-frågor.

Sexuell läggning

Sexuell läggning handlar om flera saker men definieras ofta utefter sexuell attraktion, beteende och identitet, eller en kombination av dessa. Det gemensamma för homo-, bisexuella och queera är att deras sexuella identitet inte är uteslutande heterosexuell. Men det är en grupp som omfattar både män och kvinnor; homosexuella och bisexuella; personer som identifierar sig som queera, pansexuella eller använder ett annat ord på sin identitet; personer som inte har en hbtq-identitet men som ändå upplever samkönad sexuell attraktion och har samkönade

sexuella kontakter. Denna rapport försöker lyfta fram den kunskap som finns vad gäller skillnader i hälsa och livsvillkor mellan dessa grupper som alla kan kategoriseras som hbtq-personer.

RAPPORTENS SYFTE OCH AVGRÄNSNINGAR

Denna rapport består av en litteraturöversikt med fokus på forskning och kunskap om unga hbtq-personers levnadsvillkor och hälsa. Översikten omfattar akademisk litteratur i vetenskapliga tidskrifter med peer-review och syftar till att identifiera kunskapsluckor och frågeställningar som behöver bli bättre utforskade. Genomgående görs en avvägning av vilka forskningsresultat som är relevanta för svenska förhållanden och resultat från svenska undersökningar lyfts särskilt fram.

Rapporten försöker närma sig svaren på bland annat följande frågor:

1. Vilken kunskap finns i dag om unga hbtq-personers (13–25 år) uppväxtvillkor och hälsa baserat på de senaste årens forskningsresultat?
2. Hur ser kunskapsläget ut på området? Vilka områden är mest utforskade och vilka områden behöver undersökas och belysas mer?
3. Vilka rekommendationer kan formuleras utifrån litteraturöversikten gällande policy kring forskningsprioriteringar och fortsatta kunskapsbehov?

METOD FÖR SYSTEMATISK GENOMGÅNG AV LITTERATUREN

Metodiken för den strukturerade litteraturgenomgången redovisas i detalj i bilaga 2 (finns på www.forte.se/publikation/unga-hbtq). Systematiska sökningar genomfördes i databaserna: MedLine, Web of Science Core Collection och PsycInfo. Sökorden finns listade i detalj i bilagan, men omfattar olika uttryck för hbtq-identitet i kombination med hälsa, livsvillkor, bestämningsfaktorer för hälsa samt begränsas till att omfatta barn, ungdomar och unga vuxna.

Publikationer fram till och med december 2017 ingick i sökningen som identifierade 6 714 unika träffar. Fördelningen av antalet publicerade artiklar per år presenteras i bilaga 2. På grund av det stora antalet artiklar kommer rapporten i huvudsak att fokusera på resultaten från översiktsartiklar publicerade under de senaste fem åren, totalt drygt 300 artiklar. De områden som översiktsartiklarna täcker sammanfattas i bilaga 2.

Förutom genomgång av den vetenskapliga litteraturen som identifierades i den systematiska sökningen, refereras myndighetsrapporter och övrig litteratur som beskriver situationen för unga hbtq-personer i Sverige. Rapporterna hjälper till att ge en bild av hur den specifika situationen för hbtq-personer ser ut i ett svenskt perspektiv.

RAPPORTENS UPPLÄGG

Rapporten är uppdelad i tre huvudsakliga delar. I den första delen presenteras en översiktlig bild av hur det är att leva som hbtq i dagens Sverige (kapitel 2). Här presenteras de uppgifter som finns i dag kring hur många personer som kan tänkas vara hbtq i Sverige. Rapporten sammanfattar situationen kring lagar, riktlinjer och attityder i befolkningen kring hbtq, och situationen i Sverige sätts i ett större internationellt sammanhang. I den andra delen, kapitel 3–6, presenteras en genomgång av den kunskap som finns i dag kring hbtq-personers hälsa och livsvillkor baserat på den strukturerade litteraturgenomgång som beskrivs i detalj i bilaga 2. Avsnittet tar upp skillnader i hälsa bland hbtq-personer jämfört med heterosexuella och cispersoner (kapitel 3), risk- och skyddsfaktorer för hälsa bland hbtq-personer (kapitel 4), skillnader i hälsa och livsvillkor i specifika subgrupper av hbtq-personer baserat bland annat på social position och etnicitet (kapitel 5) och slutligen vård, prevention och behandling för att förbättra hälsan bland hbtq-personer (kapitel 6). Rapporten avslutas med ett kapitel kring kunskapsluckor och rekommendationer (kapitel 7).



2. Hbtq i Sverige

I det här avsnittet beskrivs det vi i dag känner till om den sociodemografiska sammansättningen av hbtq-gruppen och hur många som kan antas tillhöra gruppen. En kort beskrivning ges av det kulturella klimatet kring könsidentitet, könsuttryck och sexuell läggning i Sverige och hur det har utvecklats över de senaste åren.

DEMOGRAFISK BESKRIVNING AV HBTQ-GRUPPEN I SVERIGE

Centrala frågor vid forskning kring hälsa och levnadsvillkor i minoritetsgrupper är storleken på gruppen och dess sociodemografiska sammansättning. På grund av svårigheter att samla in trovärdiga uppgifter från tillräckligt stora grupper är det svårt att ge en bra beskrivning av den sociodemografiska sammansättningen av minoritetsgrupper baserade på sexuell

läggning, könsidentitet eller könsuttryck. För att beskriva sammansättningen i olika minoritetsgrupper behövs uppgifter från stora nationella undersökningar kring hälsa och levnadsvillkor. Det är fortfarande ovanligt att den typen av undersökningar innehåller frågor om sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck. Även i representativa undersökningar som innehåller dessa frågor är antalet deltagare ofta för litet för att man på ett bra sätt ska kunna analysera skillnader kopplade till etnicitet, migrationsbakgrund eller funktionshinder inom gruppen. Givet dessa brister beskrivs nedan det man i dag känner till om den demografiska sammansättningen av hbtq-gruppen i Sverige.

Sexuell läggning

Exakt hur många människor i befolkningen som identifierar sig som homo-, bisexuella eller queera är svårt att säga, men de bästa uppskattningarna som gjorts kommer från de regelbundna befolkningsundersökningar kring hälsa som genomförs i Sverige. Redan 2005 ställde Folkhälsomyndigheten (dåvarande Statens folkhälsoinstitut) en fråga kring sexuell läggning i sin årliga nationella folkhälsoenkät Hälsa på lika villkor (Folkhälsomyndigheten, 2014). Andelen som uppger en homo- eller bisexuell

Tabell 1. Andel unga i Sverige som uppger en homo- eller bisexuell identitet eller annan identitet än homo-, bisexuell eller heterosexuell i representativa befolkningsundersökningar

	År som undersökningen genomfördes			
	2010/2011	2012/2013	2014/2015	2014/2015
	Homo- eller bisexuell	Homo- eller bisexuell	Homo- eller bisexuell	Annan identitet än homo-, bisexuell eller heterosexuell
Folkhälsomyndighetens nationella folkhälsoenkät Hälsa på lika villkor (16-25 år)	4.7 %	4.7 %	6.1 %	1.9 %
Stockholms läns landstings folkhälsoenkät Hälsa Stockholm (18-25 år)	5.6 %		7.5 %	4.4 %

Tabell 2. **Andelar av transpersoner i Sverige som uppger olika trans- och könsidentiteter**

Transidentitet	Andel	Könsidentitet	Andel
Transperson	47 %	Man	26 %
Transsexuell	37 %	Kvinna	36 %
Före detta transsexuell	6 %	Både kvinna och man/mitt emellan kvinna och man	26 %
Transvestit	16 %	Queer	26 %
Intergender	31 %	Inget/varken kvinna eller man	23 %
Annat	5 %	Osäker	8 %
Osäker	7 %		

Källa: Folkhälsomyndighetens rapport: Hälsan och hälsans bestämningss faktorer för transpersoner, 2015

identitet har varit relativt stabil över åren men har ökat något på senare år. Andelen av befolkningen i stort som uppger en homo- eller bisexuell identitet har varierat mellan 2,4 och 2,8 procent. Bland unga homo- och bisexuella är andelen något högre och den har ökat något de senaste åren. I tabell 1 presenteras andelen unga (16–25 år) homo- och bisexuella från två representativa undersökningar i Sverige. Ett frågealternativ kring annan sexuell läggning än homo-, bisexuell eller heterosexuell har också lagts till i de senaste årens undersökningar (Bränström, 2017; Bränström & Pachankis, 2018e).

Transpersoner

År 2015 lades även en fråga kring transerfarenhet in i den nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor. Enligt resultaten från dessa undersökningar, som ska vara representativa för befolkningen i stort, är det cirka 0,4 procent som uppger att de är eller har varit transperson.

En enskilda fråga kring transidentitet ger dock inte en bra bild av mångfalden av identiteter inom gruppen transpersoner. Folkhälsomyndigheten genomförde 2014 en omfattande undersökning av transpersoner i Sverige (Folkhälsomyndigheten, 2015). Även om den

undersökningen inte kan sägas vara representativ för gruppen så ger den en mer rik bild av transpersoner än vad som tidigare fanns. I undersökningen ställdes frågor kring hur individerna själva identifierar sin transidentitet och könsidentitet. I tabell 2 presenteras hur de som svarade identifierade sig på olika sätt i undersökningen.

Bland de transpersoner som deltog i Folkhälsomyndighetens undersökning hade 14 procent bytt juridiskt kön, men fler än en tredjedel uttryckte en vilja att byta juridiskt kön. En fjärdedel av de som deltog i undersökningen uttryckte en vilja att byta till ett juridiskt kön som i dag inte finns i Sverige.

DET KULTURELLA KLIMATET KRING KÖNSIDENTITET, KÖNSUTTRYCK OCH SEXUELL LÄGGNING I SVERIGE

Hur unga hbtq-personer upplever sin situation och de utmaningar de ställs inför är starkt präglad av den miljö och de sammanhang som de unga befinner sig i. Samhällets syn på personer med en hbtq-identitet har förändrats mycket på relativt kort tid och kunskapen kring hbtq-personers hälsa och livsvillkor har ökat kraftigt under de senaste 10–15 åren. För att

kunna förstå hälsosituationen för unga hbtq-personer måste man sätta forskningsresultaten i ett svenskt sammanhang. I följande avsnitt presenteras en sammanfattning av villkoren för unga hbtq-personer och samhällsklimatet kring hbtq-frågor i Sverige.

Social välfärd och Sveriges hbtq-strategi

Lika rättigheter och möjligheter för alla medborgare är ett viktigt mål i svensk politik och Sveriges regering formulerade 2014 en strategisk plan för arbetet med att uppnå lika rättigheter och möjligheter oavsett sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck (Regeringskansliet, 2014). Målet med strategin är att förbättra situationen för homo-, bisexuella och transpersoner genom att:

- a) minska våld, diskriminering och trakasserier,
- b) stödja unga hbtq-personers tillgång till välfärd och inflytande,
- c) arbeta för lika möjlighet till god hälsa, vård och sociala tjänster,
- d) försvara rätten till integritet och frihet för den egna personen och familjen
- e) uppmuntra kultursektorn att bidra till mångfald, öppenhet och normkritiska uttryck,
- f) stärka möjligheterna för civilsamhället att bidra till lika rättigheter och möjligheter.

Förutom att formulera dessa mål, fördelades även ansvaret för att genomföra åtgärder för att uppnå dessa mål på en rad olika statliga myndigheter. Bland annat ansvarar Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor för arbetet med att främja lika rättigheter och möjligheter oavsett sexuell läggning, könsidentitet och könsuttryck med fokus på unga 13–25 år. De har gett ut en rad rapporter med fokus på olika aspekter kring att vara ung hbtq-person i Sverige (Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor, 2017a, 2017b). Myndigheten har också haft i uppdrag att genomföra insatser i syfte att främja en öppen och inklude-

rande miljö i skolan för unga hbtq-individer och har i detta arbete tagit fram ett antal skrifter (Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor, 2015, 2016).

Lagstiftning och policy

Under de senaste 15 åren har det skett stora förändringar i Sverige kring diskriminerande lagstiftning och befolkningens attityder till hbtq-personer (Hooghe & Meeusen, 2013; Riksförbundet för sexuellt likaberättigande, 2015). I synnerhet har flera lagar som skyddar hbtq-personer mot diskriminering införts i början av tjugohundralet, t.ex. om diskriminering på arbetsplatsen (Svensk författningssamling, 1999). Det skedde också en omformulering i hatbrottslagstiftningen så att den inkluderade sexuell läggning och könsidentitet (Svensk författningssamling, 2003) och 2006 inkluderades skydd mot diskriminering i skolan. Vidare infördes könsneutral äktenskapslagstiftning 2009 (Svensk författningssamling, 2009).

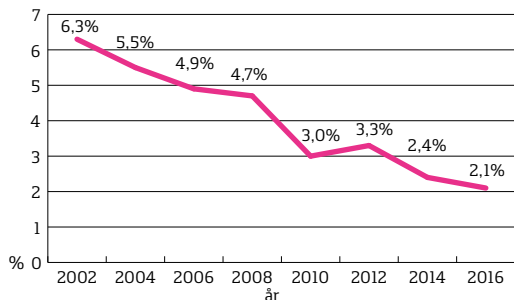
Attityder i samhället

I takt med förbättrad lagstiftning har även befolkningens attityder förändrats. Uppgifter från European Social Survey som genomförts vartannat år sedan 2002, visar att andelen i Sverige som inte håller med om att *"homosexuella män och kvinnor bör få leva sina egna liv som de själva vill"* kontinuerligt minskat under de senaste 15 åren, från 6,9 procent 2002, 4,7 procent 2008 och 2,1 procent 2016 (Norwegian Social Science Data Services, 2002–2017), se figur 1. Även andra europeiska attitydundersökningar har genomförts. En av dessa, som genomfördes 2015, visade att 95 procent av befolkningen i Sverige tycker att homo- och bisexuella ska ha samma rättigheter som heterosexuella och 93 procent ansåg inte att det var någonting fel med sexuella relationer mellan två personer av samma kön (European Commission, 2015). Stöd för samkönade äktenskap ökade från 71 procent 2006 till 90 procent 2015 (European Commission, 2006). Enligt en undersökning 2016 svarade endast 4,3

procent av deltagarna i Sverige att de skulle skämmas om någon nära familjemedlem var homosexuell (Norwegian Social Science Data Services, 2002–2017).

Figur 1. Attityder till homosexualitet i befolkningen

Andel i Sverige som inte håller med om påståendet: "Homosexuella män och kvinnor bör få leva sina egna liv som de själva vill"



Källa: European Social Survey.

Även attityderna till transpersoner har förbättrats i befolkningen. I en europeisk attitydundersökning som genomfördes 2015 svarade 93 procent av deltagarna att de skulle känna sig bekväma med att ha en transperson som arbetskollega och 78 procent att de skulle känna sig bekväma med att ens barn hade en kärleksrelation med en transperson (European Commission, 2015). I samma undersökning svarade 80 procent av deltagarna i Sverige att de tyckte att transpersoner ska ha rätt att ändra sitt juridiska kön så att det överensstämmer med den upplevda könsidentiteten.

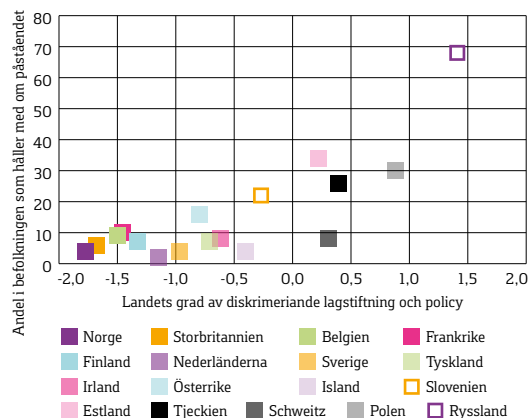
Sverige i jämförelse med andra länder i Europa

Ett annat exempel som visar hur faktorer som lagstiftning och rättigheter hänger samman med befolkningens attityder kan illustreras med figuren nedan (se figur 2). Figuren visar resultat från ett antal europeiska länder avseende andelen i befolkningen som håller med om påståendet att: "Om en nära familjemedlem skulle vara homosexuell så skulle jag skämmas." På den horisontella axeln presenteras hur diskriminerande landets lagstiftning och policy är jämfört med övriga länder 2017. Uppgifter kring ett lands diskriminerande lagstiftning och policy tas årligen fram av International

Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association (ILGA). Av figuren framgår tydligt att i samhällen med mer diskriminerande lagstiftning och sämre förutsättningar för hbtq-personer svarar en högre andel i befolkningen att de skulle skämmas om en familjemedlem skulle vara homosexuell.

Figur 2. Befolkningens attityder till homosexuella i ett antal europeiska länder jämfört med landets grad av diskriminerade lagstiftning och policy

Om en nära familjemedlem skulle vara homosexuell så skulle jag skämmas.



Källa: The International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association (ILGA) Europe, 2017 och European Social Survey.

Religion och homosexualitet

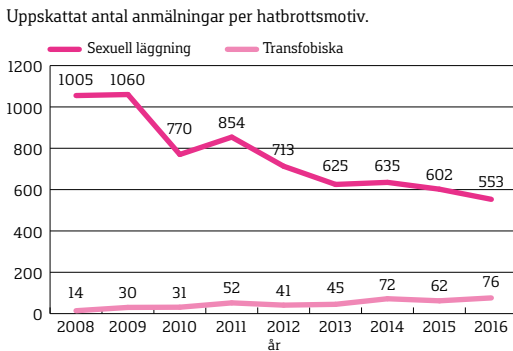
Sverige beskrivs ofta som ett mycket sekulärt och liberalt land där de allra flesta i befolkningen anser att homosexualitet är ett legitimt sätt att leva (Bränström & van der Star, 2013; Van den Berg m.fl., 2014). Religiös tillhörighet i Sverige har beskrivits som präglad av den "svenska paradoxen" (Bäckström, Edgardh Beckman & Pettersson, 2004). Paradoxen består i att extremt få personer i befolkningen besöker gudstjänster, men de flesta svenskar tycker samtidigt att kyrkliga ritualer som dop och bröllop är viktiga (Bäckström m.fl., 2004). Svenska kyrkan som är det största trossamfundet i Sverige, med över 6 miljoner medlemmar, har klarat av att behålla sin status relativt väl under åren sedan den skildes från staten år 2000 och har i hög grad anpassat sig till befolkningens attityder och åsikter kring

homosexualitet. I den allmänna debatten i Sverige har en bild skapats och förstärkts som beskriver ”sann” kristendom som tolerant och inkluderande av människor oavsett sexuell läggning, könsidentitet och könsuttryck (Van den Berg m.fl., 2014). Om den inkluderande attityden även omfattar andra religioner och trossamfund i Sverige är mer oklart.

Hatbrott och våld

Hatbrott kan ses som ett extremt uttryck för konsekvenserna av vissa specifika normer i samhället. Antalet polisanmälda hatbrott kopplade till sexuell läggning har minskat kraftigt under det senaste decenniet i Sverige (se figur 3), från 1 055 rapporterade fall 2008 till 553 fall 2016 (Brottsförebyggande rådet, 2017). Däremot förefaller hatbrott på grund av transidentitet att ha ökat, från 14 fall 2008 till 76 fall 2016 (Brottsförebyggande rådet, 2017). Statistiken kring anmälda hatbrott bör tolkas med försiktighet eftersom de allra flesta brottsliga händelser inte polisanmäls.

Figur 3. Antal hatbrott med hatbrottsmotiv kopplade till sexuell läggning och transfobi 2008-2016



Källa: Brottsförebyggande rådet

Visst stöd för minskat våld riktat mot homo- och bisexuella kommer även från nationella befolkningsundersökningar. Under de senaste tio åren visar resultat från nationella representativa undersökningar en minskning av självrapporterade erfarenheter av utsatthet för våld och hot om våld, med en nedgång från 17 procent

2005 till 6 procent 2015 bland homosexuella och en nedgång från 25 procent 2005 till 16 procent 2015 bland bisexuella (Hatzenbuehler, Bränström & Pachankis, 2017).

Öppenhet med sexuell läggning och könsidentitet

Sverige har i dag ett relativt öppet klimat kring sexuell läggning, könsidentitet och könsuttryck. Det accepterande klimatet och den relativt icke-diskriminerande lagstiftningen är sannolikt orsaken till att många homo- och bisexuella kan vara öppna med sin sexuella läggning. Studier har visat att omkring 80 procent av homosexuella män, 84 procent av lesbiska kvinnor och 53 procent av bisexuella i Sverige är öppna med sin sexuella läggning inför åtminstone några människor i deras närhet (Pachankis & Bränström, 2018). Sverige skiljer sig här mycket från exempelvis östeuropeiska länder som Lettland, Litauen och Rumänien där bara omkring 20 procent av homo- och bisexuella är öppna med sin sexuella läggning.

Internationell migration

Under det senaste decenniet har stora grupper flyktingar och andra migranter kommit till Europa från övriga delar av världen. Sverige har tagit emot en relativt hög andel flyktingar och skyddsbehov på grund av sexuell läggning har varit ett skäl för att bevilja asylsökande uppehållstillstånd. Internationell migration har påverkat den demografiska sammansättningen bland homo- och bisexuella. Betydligt fler homo- och bisexuella i Sverige är i dag födda utanför Europa än för tio år sedan. Andelen homosexuella män och kvinnor födda utanför Europa var 19 procent 2015 jämfört med 6 procent 2005 (Hatzenbuehler m.fl., 2017). Många av de homo- och bisexuella som immigrerar till Sverige kommer från länder med mer diskriminerande lagstiftning och samhällen där acceptansen för homosexualitet är betydligt lägre än i den svenska befolkningen (Bränström & Pachankis, 2018b).

En nyligen genomförd studie av homo-, bisexuella och queera unga visade att de som immigrerat till Sverige från länder i Mellanöstern under de senaste fem åren oftare dolde sin sexuella identitet jämfört med svenskfödda homo-, bisexuella och queera män (Bränström & Pachankis, 2018b). Öppenheten med sexuell läggning bland migranterna ökade ju längre tid de bott i Sverige.

Bland de transpersoner som söker sig till sjukvården och genomgår en könsidentitetsutredning är drygt 11 procent födda utanför Europa vilket är en något högre andel än andelen födda utanför Europa i befolkningen i stort (Bränström & Pachankis, 2018c).

TILLGÅNG TILL SJUKVÅRD

Sverige har ett hälso- och sjukvårdssystem som omfattar alla som bor i landet och omfattar även de som söker asyl. Tanken är att alla som har behov av vård ska bli erbjudna den vård de behöver. Men för asylsökande gäller detta i huvudsak akutvård. Exempelvis omfattas inte könsbekräftande vård till asylsökande med diagnosen könsdysfori. Många länder har privata sjukförsäkringar som inte alltid omfattar hela befolkningen. I t.ex. USA, där en stor andel av forskningen kring hbtq-hälsa har genomförts, varierar tillgång till vård mycket beroende på vilket försäkringsskydd man har och personer som ingått äktenskap täcks ofta av make/makas sjukförsäkring. Det är därför svårt att bedöma relevansen av amerikanska forskningsresultat kring tillgång till vård för situationen i Sverige.

Transpersoner i Sverige har rätt till könsbekräftande vård om de så önskar. För att få tillgång till könsbekräftande vård krävs i dag en könsdysforidiagnos. För att få en sådan diagnos behöver man genomgå en könsidentitetsutredning. För att förbättra vården och minska regionala skillnader i tillgång och

kvalitet på vård har Socialstyrelsen utformat nationella kunskapsstöd för vård till unga (Socialstyrelsen, 2015a) och vuxna transpersoner (Socialstyrelsen, 2015b).

Sveriges regering tillsatte 1 december 2016 en särskild utredare som fick i uppdrag att sammanställa en kartläggning kring situationen för transpersoner i Sverige och föreslå insatser som kunde bidra till förbättrade livsvillkor och ett tryggare livsutrymme för transpersoner. Utredningen presenterade sitt förslag på en lång rad åtgärder i november 2017 (Statens offentliga utredningar, 2017), bland annat:

- Bättre kunskap om hbtq-personers levnadsvillkor i vården och i samhället i stort
- Åtgärder för att korta köer till könsbekräftande vård och för att göra vården mer jämlik
- En utredning om möjligheten till ett tredje juridiskt kön
- Stärkt stöd till hbtq-familjer
- Bättre kunskap om transpersoners situation på arbetsmarknaden
- Bättre inkludering av transpersoner i enkäter och undersökningar
- Mer kunskap kring levnadsvillkoren för personer med intersexvariation
- Förbättrat arbete för asylsökande hbtq-personer

3. Forskning kring hälsa och livsvillkor bland hbtq-personer

Under aids-epidemin på 1980- och 1990-talen uppmärksammades sexuella minoriteters hälsa och specifikt hälsan bland män inom gruppen sexuella minoriteter.

Huvuddelen av forskningen beskrev den kraftigt ökade risk för hivinfektion som drabbade homo-, bisexuella och andra män som har sex med män (MSM) både i Sverige och i resten av världen. Men under denna period presenterades även studier som visade på den ökade risken för psykisk ohälsa i hbtq-gruppen som hade sin grund i stigma och diskriminering (D'augelli, 1989; Garnets, Herek & Levy, 1990). Under det senaste decenniet har forskning kring skillnader i hälsa och levnadsvillkor baserade på sexuell läggning och könsidentitet ökat kraftigt och kvaliteten på studierna har förbättrats. De flesta studier har undersökt hälsa och sexuell läggning men allt fler studier beskriver även hälsosituationen och livsvillkoren för transpersoner. I följande avsnitt sammanfattas den kunskap som redovisas i de översiktsartiklar som identifierats i den internationella forskningen i huvudsak från de senaste fem åren (mellan 2012 och 2017). För detaljerad beskrivning av sökstrategi och gallring av artiklar, se bilaga 2.

ÄR DET SKILLNAD I HÄLSA OCH LIVSVILLKOR MELLAN HBTQ-PERSONER OCH DEN ÖVRIGA BEFOLKNINGEN?

Det finns i dag en stor mängd studier som visar att unga hbtq-personer har en ökad risk för ohälsa jämfört med unga heterosexuella och cispersoner. Resultaten från dessa studier har sammanfattats i ett flertal litteraturöversikter (Adelson, Stroeh & Ng, 2016; Blondeel m.fl., 2016; Connolly, Zervos, Barone, Johnson & Joseph, 2016; Dhejne, Van Vlerken, Heylens & Arcelus, 2016; King m.fl., 2008b; Lick, Durso & Johnson, 2013; Oost, Livingston, Gleason & Cochran, 2016; Ploderl & Tremblay, 2015; Russell & Fish, 2016a; Semlyen, King, Varney & Hagger-Johnson, 2016; Williams, Connolly, Pepler & Craig, 2005). Tidiga studier genomfördes i små icke-representativa urval och byggde på självskattningar av hälsa, men under de senaste åren har studier av bättre kvalitet genomförts i representativa urval av befolkningen och med mer objektiva mått på ohälsa. Studierna visar genomgående att homo- och bisexuella har betydligt högre risk för vissa hälsoproblem än heterosexuella, och transpersoner har betydligt högre risk för ohälsa än cispersoner. Mest forskning finns kring skillnader i psykisk hälsa bland unga homo- och bisexuella, men fler och fler studier visar även en ökad risk för vissa fysiska symtom och sjukdomar (se nedan).

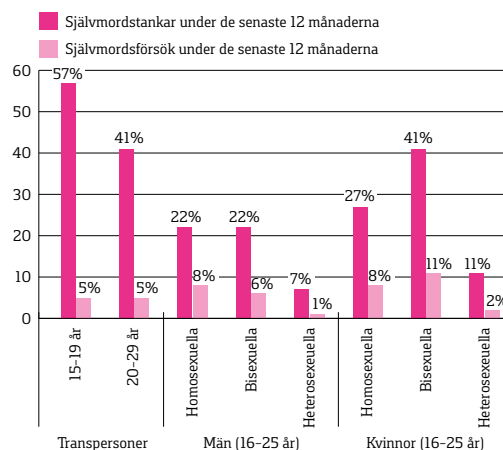
PSYKISK HÄLSA BLAND HBTQ-PERSONER

Det finns i dag en stor mängd studier från olika delar av världen som tydligt visar att unga hbtq-personer har en ökad risk för psykisk ohälsa, i synnerhet depression, ångest och självmordsbeteende, jämfört med unga heterosexuella (Adelson m.fl., 2016; Blais, Bergeron, Duford, Boislard & Hebert, 2015; Lucassen, Stasiak, Samra, Frampton & Merry, 2017; Russell & Fish, 2016b; Semlyen m.fl., 2016).

Eftersom frågor om sexuell läggning och transefarenhet tagits med i hälsokartläggningar i Sverige under de senaste 10–15 åren finns i dag en bättre bild av situationen i dessa grupper. Resultaten från representativa undersökningar visar att jämfört med heterosexuella unga har unga hbtq-personer ungefär dubbelt så stor risk för depression, ångestproblematik och missbruksproblematik (Bränström, 2017; Bränström, Hatzenbuehler, Tinghög & Pachankis, 2018). Transpersoner som söker sig till vården och får diagnosen könsdysfori har fem till sex gånger så hög sannolikhet att vårdas för depression och ångestproblematik (Bränström & Pachankis, 2018c). Den ökade risken för depression och ångest minskar dock mer och mer ju längre tid som går efter genomförd könsbekräftande vård (Bränström & Pachankis, 2018c). Unga hbtq-personer har också en kraftigt ökad risk för självmordstankar och självmordsbeteende (Blais m.fl., 2015; King m.fl., 2008a; McNeil, Ellis & Eccles, 2017; Miranda-Mendizabal m.fl., 2017; Zeluf m.fl.).

I figur 4 presenteras resultat kring självrapporterade uppgifter om självmordstankar och självmordsförsök från den nationella folkhälsoenkät som Folkhälsomyndigheten årligen genomför i Sverige sedan 2005, Hälsa på lika villkor (Bränström, van der Star & Pachankis, 2018), och uppgifter från en kartläggning bland transpersoner i Sverige (Folkhälsomyndigheten, 2015). I figuren framgår tydligt att alla hbtq-grupper har en kraftigt ökad risk att rapportera erfarenheter av självmordstankar och självmordsförsök under de senaste 12 månaderna. Särskilt hög risk rapporteras av unga transpersoner och bisexuella kvinnor.

Figur 4. Andel hbtq-personer som rapporterar självmordstankar och självmordsförsök under de senaste 12 månaderna



Källa: Folkhälsomyndighetens nationella folkhälsoenkät (2010–2015) och rapporten "Hälsan och hälsans bestämningsfaktorer för transpersoner". Not: Uppgiften kring självmordsförsök under de senaste 12 månaderna bland transpersoner är ett genomsnitt för samtliga åldrar 15–94 år.

Förutom att bättre beskriva den ökade risken för psykisk ohälsa bland hbtq-personer, har de senaste årens forskning kunnat visa att orsaken till dessa stora skillnader jämfört med heterosexuella och cispersoner åtminstone delvis kan förklaras av hbtq-personers ökade utsatthet för stigmarelaterad stress som till exempel diskriminering, våld, stress kring att inte kunna vara öppen med sin sexuella identitet eller könsidentitet och förväntningar av att bli avvisad på grund av sin sexuella identitet eller könsidentitet (Bränström, 2017; Bränström & Pachankis, 2018e; Hatzenbuehler m.fl., 2017; Hatzenbuehler & Pachankis, 2016c; White Hughto m.fl., 2015; Zeluf m.fl.). En genomgång av forskning kring risk- och skyddsfaktorer för hälsa bland hbtq-personer presenteras i kapitel 4.

FYSISK HÄLSA BLAND HBTQ-PERSONER

Det har länge funnits en stor avsaknad av studier kring hbtq-personers fysiska hälsa. Av de 4 miljoner forskningsstudier kring fysisk hälsa som publicerades mellan 1980 och 1999, rapporterade enbart 0,1 procent om hälsoeffekter bland hbtq-personer. Lägst andel studier

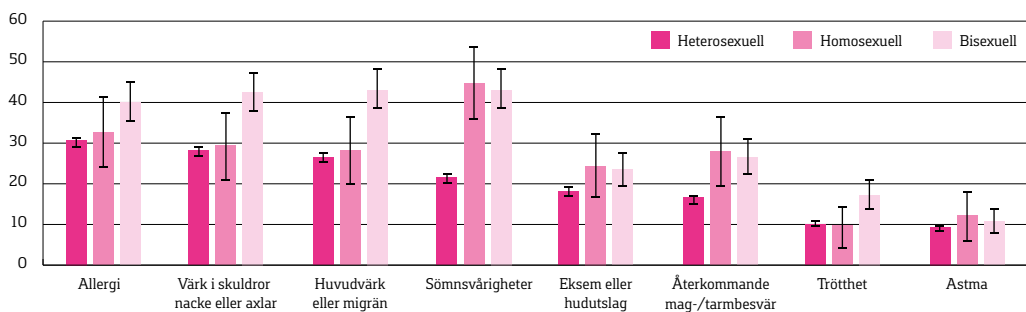
redovisade resultat kring hälsan bland transpersoner (Boehmer, 2002). Men under senare år har frågor kring sexuell läggning och transidentitet börjat ställas i representativa hälsokartläggningar och kunskapen kring hbtq-personers specifika hälsosituation har ökat.

De senaste årens forskning har visat att hbtq-personer rapporterar sämre allmän hälsa och nedsatt funktionsförmåga än heterosexuella och cispersoner (Bränström, Hatzenbuehler & Pachankis, 2016; Cochran & Mays, 2007; Folkhälsomyndigheten, 2015; Lick m.fl., 2013). Ökad risk för specifika hälsoproblem har också rapporterats. Homo- och bisexuella män har en kraftigt ökad risk för hivinfektion (Bränström & Pachankis, 2018f; Cochran & Mays, 2007) och andra sexuellt överförbara infektioner (Blondeel m.fl., 2016). Internationella studier bland transpersoner visar också att de har en ökad risk för hivinfektion (Blondeel m.fl., 2016), men om transpersoner i Sverige också har en ökad risk för hiv är mer oklart. Homo- och bisexuella, i synnerhet kvinnor, rapporterar oftare att de har astma (Diamant & Wold, 2003; Heck & Jacobson, 2006). Mer begränsat stöd finns också för att homo- och bisexuella har en ökad risk för diabetes (Lick m.fl., 2013) och att homo- och bisexuella män har en ökad risk för infektionsrelaterade cancerformer (Boehmer, Cooley & Clark, 2012). Enstaka studier har rapporterat att homo- och bisexuella kvinnor har ökad risk för bröstcancer men dessa

studier har inte varit av tillräckligt god kvalitet för att med säkerhet påvisa en sådan ökad risk (Blondeel m.fl., 2016). På samma sätt finns det otillräckligt med studier för att med säkerhet påvisa en ökad risk för hjärt- och kärlsjuklighet bland hbtq-personer (Caceres, Brody & Chyun, 2016). Men vissa studier har funnit indikationer på ökad risk för hjärt- och kärlsjukdomar kopplade till användning av tobak, alkohol, droger, psykisk ohälsa och övervikt bland homo- och bisexuella kvinnor (Caceres m.fl., 2017). På likande sätt visar en studie från Sverige att homo- och bisexuella män och kvinnor har en ökad risk att drabbas av sjukdomar som är möjliga att förebygga genom god tillgång till rätt sjukvård och preventiva åtgärder jämfört med heterosexuella (Bränström, Hatzenbuehler, Pachankis & Link, 2016).

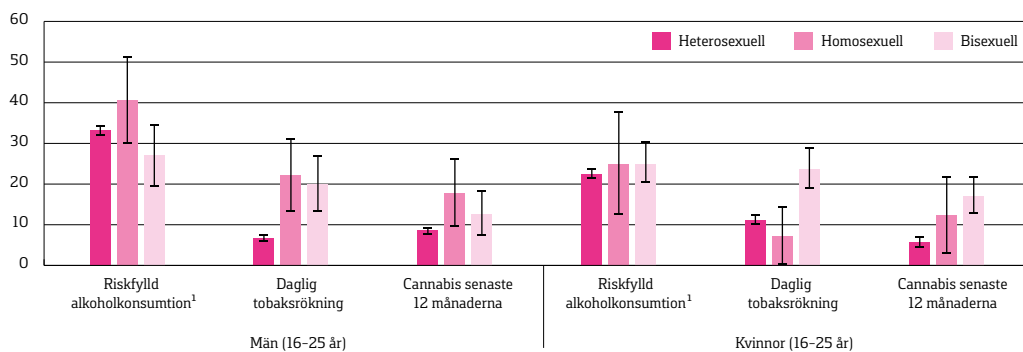
I figur 5, presenteras resultat kring självrapporterade uppgifter om fysiska symptom från den nationella folkhälsoenkät som Folkhälsomyndigheten årligen genomför i Sverige sedan 2005, Hälsa på lika villkor. Av figuren framgår att bisexuella oftare än heterosexuella rapporterar besvär med allergi, värk i skuldror, nacke eller axlar, huvudvärk eller migrän, sömnsvårigheter, eksem eller hudutslag, återkommande mag-/tarmbesvär och trötthet. Bland homosexuella var det vanligare med sömnsvårigheter och återkommande mag-/tarmbesvär (figur 5).

Figur 5. Andel personer som rapporterar olika typer av fysiska symptom i hälsokartläggningar



Källa: Folkhälsomyndighetens nationella folkhälsoenkät (2008-2015)

Figur 6. Andel personer som rapporterar riskfylld alkoholkonsumtion, daglig tobaksrökning och användning av cannabis under de senaste 12 månaderna



Källa: Folkhälsomyndighetens nationella folkhälsoenkät (2008-2015)

HÄLSORELATERAT BETEENDE

Det finns forskning som tyder på att vissa hälsorelaterade riskbeteenden är vanligare bland hbtq-personer än bland heterosexuella och cispersoner (Blosnich, Lee & Horn, 2013; Bourne & Weatherburn, 2017). Starkast stöd för en ökad risk bland hbtq-personer finns för användning av alkohol, droger och tobaksrökning (Blosnich m.fl., 2013; Bourne & Weatherburn, 2017; Bränström & Pachankis, 2018; Goldbach, Tanner-Smith, Bagwell & Dunlap, 2014). I figur 6 presenteras självrapporterad alkoholkonsumtion, tobaksrökning och användning av cannabis bland unga (16-24 år) i Folkhälsomyndighetens nationella folkhälsoenkät uppdelat på sexuell läggning. Av figuren framgår att det framför allt är homosexuella män och bisexuella kvinnor som mer ofta rapporterar daglig tobaksrökning och att homo-/bisexuella män och bisexuella kvinnor mer ofta rapporterar användning av cannabis.

Vissa studier i framför allt USA har funnit en ökad risk för övervikt bland homo- och bisexuella kvinnor (Eliason m.fl., 2015) och ökad risk för missnöje med sin vikt och muskelmassa hos homosexuella män (Frederick & Essayli, 2016).

Det finns även vissa indikationer på att transpersoner har en förhöjd risk för ätstörningar (Åhman, 2017).

Det finns inget övertygande stöd för att homo- och bisexuella skulle vara mindre fysiskt aktiva än heterosexuella och cispersoner (Hasson m.fl., 2017). Tvärtom verkar homo- och bisexuella oftare uppfylla rekommenderad nivå av fysisk aktivitet. Det finns dock vissa indikationer på att transpersoner i Sverige är mer stillasittande och mindre fysiskt aktiva än befolkningen i övrigt (Folkhälsomyndigheten, 2015).

UTBILDNING OCH ARBETE

Det finns begränsat med forskning kring unga hbtq-personers erfarenheter av högre utbildning och karriärmöjligheter samt upplevelse av arbetslivet (Dispenza, Brown & Chastain, 2016). Hur dessa delar av livet upplevs påverkas med största sannolikhet mycket av hur stigmatiserande den miljö är som hbtq-personen befinner sig i. Som beskrivs mer utförligt i kapitel 4, utsätts hbtq-personer ofta för mobbning i skolan, och mobbning har kopplats till ökad risk för skolk, sämre skolresultat och lägre

¹ Not: Riskfylld alkoholkonsumtion = genomsnittlig alkoholkonsumtion över motsvarande 14 standardglas för män per vecka eller 9 standardglas för kvinnor per vecka eller konsumtion över fyra standardglas vid ett och samma tillfälle.

sannolikhet för att studera vidare på universitet (Dispenza m.fl., 2016). Dessa studier kommer i huvudsak från Nordamerika och det är oklart hur relevanta resultaten är för situationen i Sverige. I Sverige har homo- och bisexuella generellt sett högre utbildning men lägre genomsnittlig inkomst jämfört med heterosexuella (Bränström, Hatzenbuehler & Pachankis, 2016).

Även diskriminering på arbetsplatsen har rapporterats bland hbtq-personer (Badgett, Lau, Sears & Ho, 2007; Dispenza m.fl., 2016) men hur den specifika situationen ser ut i Sverige är mer oklart. En svensk rapport från 2004 visade dock att enbart ungefär hälften av homo- och bisexuella män och kvinnor var öppna med sin sexuella läggning på arbetsplatsen, och att fördomar och diskriminering kopplat till sexuell läggning förekommer (Bildt, 2004). En studie har även visat att både homosexuella män och kvinnor i vissa fall diskrimineras vid nyanställning (Ahmed, Andersson & Hammarstedt, 2013). I synnerhet diskriminerades homosexuella män som söker anställning till ett mansdominerat arbete och homosexuella kvinnor som söker anställning till ett kvinnodominerat arbete. Transpersoners upplevelse av utbildning, arbete och karriär är inte tillräckligt studerat (Hafford-Letchfield, Pezzella, Cole & Manning, 2017).

I Sverige finns lagar som ska skydda mot diskriminering i skolan och på arbetsplatser men mer kunskap behövs kring vilka effekter dessa har på hbtq-personers upplevelse av utbildnings- och arbetsmiljön. Mer kunskap kring hur dessa lagar följs behövs också.

FAMILJELIV, RELATIONER OCH VARDAGSLIV

Många barn växer i dag upp i familjer med hbtq-föräldrar. Den forskning som finns på området visar att dessa barn förefaller utvecklas och fungera på samma sätt och lika bra som barn som växer upp i familjer med mer traditionella föräldrakonstellationer (Webster & Telingator, 2016). För att minska eventuella hinder för tillgång till vård och bra bemötande i skolmiljön är det viktigt med hbtq-kompetens och att personal inom sjukvård och skola har kunskap om specifika begrepp, språkbruk, förståelse för olika typer av familjebildningar och kännedom om de specifika utmaningar som dessa familjer eventuellt möter.

För transpersoner som väljer att få könsbekräftande vård finns flera möjligheter till fertilitetsbevarande åtgärder (De Roo, Tilleman, T'Sjoen & De Sutter, 2016). Det är viktigt att transpersoner tydligt informeras om dessa valmöjligheter och dess konsekvenser innan könsbekräftande behandling påbörjas och genomförs.

Även om vissa mindre riktade studier i icke-representativa urval genomförts så behövs mer kunskap kring situationen för hbtq-familjer i Sverige. I vissa intervjustudier har både barn till hbtq-föräldrar och hbtq-föräldrar själva fått uttrycka sina upplevelser av bemötande från personal i barnhälsovård, förskolor och skolor (Ankarblom & Gudmundsson, 2014; Everum & Viebke, 2010; Streib-Brzic m.fl., 2011).

Det finns visst forskningsstöd för att utsatthet för socialt stigma påverkar nära relationer på ett negativt sätt (Doyle & Molix, 2015). Särskilt negativ inverkan på nära relationers kvalitet verkar internaliserade former av stigma ha, så som internaliserad homofobi.



4. Risk och skyddsfaktorer för hälsa bland unga hbtq-personer

De skillnader i hälsa och livsomständigheter som beskrivits i föregående kapitel har många möjliga förklaringar. I takt med att kunskapen vuxit kring hbtq-personers ökade risk för ohälsa, har forskningsfältet mer och mer fokuserat på att förstå orsakerna till dessa ökade risker.

Den ökade risken för vissa sjukdomar bland hbtq-personer kan till viss del förklaras med underliggande biologiska mekanismer. Till exempel är analsex vanligt bland homosexuella män och att vara den mottagande partnern i analsex är också en riskfaktor för hivinfektion och analcancer (Boehmer m.fl., 2012).

Förutom de möjliga biologiska förklaringarna till skillnader i hälsa finns ett växande stöd för att den ökade risken för fysisk och psykisk ohälsa bland hbtq-personer har sin grund i den utsatthet för stigmarelaterad stress – också kallad minoritetsstress – som hbtq-personer utsätts för jämfört med heterosexuella och cispersoner. I följande avsnitt presenteras teorier kring stigma och minoritetsstress som förklaringsmekanismer till unga hbtq-personers ökade risk för ohälsa. Först sammanställs det forskningsstöd som i dag finns kring att stigma på individuell, interpersonell och strukturell nivå bidrar till ohälsa bland hbtq-personer. Därefter presenteras en teoretisk modell kring stigma, minoritetsstress och ett antal kognitiva,

känslomässiga, interpersonella och fysiologiska processer som påverkas av utsatthet för stigma. Det forskningsstöd som finns för hur dessa processer på olika sätt kan leda till ökad risk för ohälsa bland hbtq-personer presenteras.

TEORIER KRING STIGMA OCH MINORITETSSTRESS

Stigma kan definieras på flera sätt men beskrivs ofta som ett urskiljande av vissa grupper som:

- a) etiketteras,
- b) tillskrivs negativa och stereotypa utmärkande drag,
- c) separeras i ”vi” och ”dom” och
- d) utsätts för diskriminering i olika grad (Link & Phelan, 2001).

Processen för hur vissa grupper stigmatiseras bygger på en obalans i tillgång till makt. Separeringen av specifika grupper, etiketteringen, tillskrivningen av negativa stereotypa drag, och diskrimineringen sker i ett sammanhang av ojämlig tillgång till resurser och makt, vilket tillåter stigmatiseringen att ske (Link & Phelan, 2001).

Det finns i dag ett växande forskningsstöd för att den ökade risken för ohälsa hos hbtq-personer åtminstone delvis kan förklaras av den ökade utsatthet för stigmarelaterad stress som hbtq-personer utsätts för jämfört med heterosexuella och cispersoner. Modellen kring minoritetsstress utvecklades ursprungligen för att förklara skillnader i psykisk hälsa baserade på sexuell läggning (Meyer, 2003), men har de senaste åren utvidgats för att underlätta förståelse kring skillnader i fysisk hälsa och sexuell läggning (Lick m.fl., 2013) och för att förstå den ökade risken för ohälsa bland transpersoner (Operario, Yang, Reisner, Iwamoto & Nemoto, 2014; White Hughto m.fl., 2015). Enligt minoritetsstress-teorin utsätts hbtq-personer för specifika stressrelaterade upplevelser (t.ex. diskriminering, våld, hot, social isolering och stress kring att inte kunna

vara öppen med sin sexuella läggning eller könsidentitet) som är unika och kopplade till hbtq-personens sexuella identitet eller könsidentitet. Utsatthet för dessa stressrelaterade upplevelser byggs upp under uppväxten och om sätten att hantera denna stress inte räcker till så leder den till psykisk ohälsa (Meyer, 2003). Alltmer forskning tyder på att utsatthet för diskriminering och våld delvis eller helt kan förklara skillnader i psykisk hälsa bland hbtq-personer (Bränström, 2017; Mays & Cochran, 2001).

Minoritetsstress kan också ge möjliga förklaringar till skillnader i fysisk hälsa bland hbtq-personer. Utsatthet för minoritetsstress skulle kunna ge upphov till både psykologiska stressreaktioner (t.ex. nedsatt psykiskt välbefinnande) och fysiologiska stressreaktioner som påverkar sympatiska nervsystemet, stressaxeln eller hypothalamic-pituitary-axeln (som reglerar hormonutsöndring i hypotalamus, hypofysen och binjurebarken) och inflammatoriska markörer för stress (Hatzenbuehler, McLaughlin & Slopen, 2013; Hatzenbuehler, Slopen & McLaughlin, 2014).

HUR KAN STIGMA KRING HBTQ-IDENTITET PÅVERKA HÄLSA?

Minoritetsstresssteorin bygger på att hbtq-personer utsätts för stigmarelaterad stress kopplad till deras identitet, vilket leder till stressreaktioner som på sikt leder till ohälsa. Stigma kan finnas på olika nivåer och kan delas upp i strukturella och interpersonella former av stigma. Nedan presenteras en genomgång av det forskningsstöd som finns för att risk- och skyddsfaktorer på dessa olika nivåer påverkar unga hbtq-personers hälsa.

STRUKTURELLA RISKFAKTORER

Trots de stora förändringar som skett under de senaste åren är hbtq-personer i vissa fall utsatta för diskriminerande lagstiftning och skillnader i rättigheter. Den typen av stigma som sker på

samhällsnivå brukar beskrivas som strukturellt stigma. Många av de områden där hbtq-personer tidigare utsattes för diskriminerande lagstiftning – t.ex. vad gäller äktenskap, adoption och skydd mot diskriminering på arbetsplatser och skola – har förbättrats under senare år. Men fortfarande behövs förbättringar vad gäller transpersoners rätt att byta juridiskt kön. Det finns även ett uttalat behov av att se över reglerna kring assisterad befruktning och föräldraskap så att de bättre anpassas till hbtq-personers villkor (Riksförbundet för sexuellt likaberättigande (RFSL), 2017). Möjligheten att registrera ett annat kön än man eller kvinna har också föreslagits som en åtgärd som skulle förbättra livskvaliteten för många människor som identifierar sig som ickebinära (Statens offentliga utredningar, 2017).

Förutom diskriminerande lagstiftning påverkas stigmatiseringen av hbtq-personer av negativa kulturella attityder mot individer som bryter mot normer kring sexualitet och könstillhörighet. (Hatzenbuehler, 2017; Hatzenbuehler & Pachankis, 2016b; Poteat & Russell, 2013).

Hälsa- och sjukvården kan också vara en källa till stress för hbtq-personer på strukturell nivå. Förväntan att bli diskriminerad eller inte respektfullt bemött i sjukvården kan vara ett skäl till att undvika vård, inte vara öppen med sexuell läggning eller könsidentitet inför sjukvårdspersonal och att inte erhålla fullgod vård (Mattocks m.fl., 2015). För att kunna erbjuda ett gott bemötande och en god vård är det viktigt att sjukvårdspersonal har rätt kompetens för att möta hbtq-patienter. Hur hbtq-patienter i Sverige bemöts inom sjukvården i dag och hur bemötande och jämlik vård kan främjas är områden som behöver utforskas mer.

Som beskrevs i kapitel 2 har stora förändringar skett i Sverige på strukturell nivå, i synnerhet kring diskriminerande lagstiftning och befolkningens attityder till hbtq-personer (Flores & Park, 2018). Dessa förändringar har även gått

att koppla till minskad psykisk ohälsa bland homosexuella kvinnor och män (Hatzenbuehler m.fl., 2017).

INTERPERSONELLA RISKFAKTORER

Förutom de strukturella formerna av stigma som beskrivs ovan påverkar stigma hbtq-personers liv på interpersonell nivå. Interpersonella former av stigma handlar om diskriminering och fördomsfulla handlingar riktade från en person till en annan. Det avser handlingar och situationer där den stigmatiserade och den icke-stigmatiserade interagerar. Interpersonella former av stigma som unga hbtq-personer ofta rapporterar är utsatthet för diskriminering, våld och mobbning, men även mer indirekta former av uttryck för stigma förekommer, så som att bli avvisad eller osynliggjord på grund av sexuell läggning eller transidentitet.

Utsatthet för våld, diskriminering och mobbning

Diskriminering och våld är kopplat till psykisk ohälsa och kan till viss del också förklara den ökade risken för ohälsa som rapporteras bland hbtq-personer (Bränström, 2017; Mays & Cochran, 2001). Det saknas i dag tillräcklig kunskap om den exakta förekomsten av utsatthet för olika typ av våld bland hbtq-personer och i vilka sammanhang våldet sker samt vilka konsekvenser det får (Blondeel m.fl., 2018; Nationellt centrum för kvinnofrid, 2018). Kartläggningar i Sverige visar att utsatthet för våld är vanligt förekommande bland unga hbtq-personer, inklusive våld från en partner och sexuellt våld, och att denna utsatthet har negativa effekter på psykisk hälsa, självmordstankar, självmordsförsök och hälsorelaterat riskbeteende (Bränström, 2017; Bränström & Pachankis, 2018e; Bränström, Hatzenbuehler, van der Star, m.fl., 2018; Donahue, Langstrom, Lundstrom, Lichtenstein & Forsman, 2017; Nationellt centrum för kvinnofrid, 2018; Zeluf m.fl. 2016; Priebe & Svedin, 2012). En nyligen genomförd översikt visar på stora luckor i

kunskapen kring våld bland hbtq-personer i Sverige (Nationellt centrum för kvinnofrid, 2018). Bisexuella kvinnor och hbtq-personer som växer upp i en hederskontext förefaller vara extra utsatta, men mer forskning behövs för att bättre beskriva omfattning och orsaker till olika typer av våld bland hbtq-personer. Konsekvenser av diskriminering och stigmatiserande attityder för hbtq-personers möjligheter till att söka hjälp vid utsatthet för våld behöver bättre belysas.

Många studier rapporterar att mobbning är vanligt bland unga hbtq-personer (Bell, Breland & Ott, 2013; Earnshaw, Bogart, Poteat, Reisner & Schuster, 2016). Mobbning definieras ofta som ett beteende som är oönskat (dvs. personen som utsätts vill att det ska sluta), aggressivt (dvs. att beteendet genomförs med avsikt att sära), inträffar upprepade gånger eller riskerar att ske upprepade gånger och att beteendet uppstår i en situation av ojämn maktbalans (dvs. en reell eller upplevd möjlighet hos förövaren att kontrollera offrets beteende eller upplevelser). Obalansen i makt kan ha sin grund i ett övertag vad gäller fysisk styrka, popularitet eller status (Earnshaw m.fl., 2016).

De allra flesta studier kring mobbning bland hbtq-personer har genomförts i USA (Earnshaw m.fl., 2016; Maniglio, 2017; Poteat & Russell, 2013). Enligt de kartläggningar som publicerats rapporterar de allra flesta hbtq-personer någon form av mobbning. I en omfattande kartläggning av unga hbtq-personer (13–20 år) i USA (Earnshaw m.fl., 2016), var den vanligaste formen av mobbning som rapporterades att bli utsatt för olika former av verbala förolämpningar och hot om våld (92 procent). Att bli utsatt för olika typer av fysiskt våld, som slag och sparkar, var också vanligt förekommande (45 procent). Många unga hbtq-personer rapporterade också utsatthet för ryktes-spridning, mobbning på nätet och erfarenheter av att bli socialt isolerade (90 procent).

Forskning kring utsatthet för våld och annan typ av mobbning (både i verkliga livet och på nätet) visar att unga hbtq-personer har en ökad risk för att bli utsatta (Aboujaoude, Savage, Starcevic & Salame, 2015; Earnshaw m.fl., 2016; Olsen, Kann, Vivolo-Kantor, Kinchen & McManus, 2014; Pham & Adesman, 2015; Schneider, O'donnell, Stueve & Coulter, 2012; Toomey & Russell, 2016). Den ökade risken verkar vara något högre för pojkar jämfört med flickor. Det finns relativt lite studier kring vilka unga hbtq-personer som är mest utsatta för mobbning (Earnshaw m.fl., 2016). Men viss forskning visar på att de som är öppna med sin sexuella läggning eller transidentitet för vänner och skolpersonal är mer utsatta än de som inte är öppna. Orsakssambandet är dock inte helt klart eftersom det är möjligt att mobbade hbtq-personer är mer benägna att berätta om sin sexuella läggning för personal och andra vuxna. Sexuell läggning eller transidentitet kan också vara svårare att hålla gömd om man blir mobbad för att vara hbtq-person.

Omfattningen av olika typer av mobbning bland unga hbtq-personer i Sverige är i dag oklar på grund av avsaknaden av systematisk insamling av information kring detta och att man inte ställer frågor kring sexuell läggning och könsidentitet i kartläggningar av ungas livssituation. En indikation på omfattningen av mobbning bland unga i Sverige kommer från en undersökning 2012 genomförd av European Union Agency for Fundamental Rights (FRA) bland hbtq-personer 18 år och äldre. I undersökningen ställdes frågan: "Under din skoltid när du var yngre än 18 år, hur ofta fick du höra nedsättande kommentarer eller uppleva negativt beteende i skolan på grund av att du var homo-, bisexuell, eller transperson?" Bland transpersoner svarade 62 procent att de ofta eller hela tiden upplevde detta under sin skoltid (Bränström & Pachankis, 2018a). Andelen transpersoner som uppgav att de blivit mobbade i skolan var betydligt högre bland dem som var öppna med sin transidentitet (80 procent)

jämfört med dem som inte var öppna (58 procent). Bland homo- och bisexuella män och kvinnor uppgav 70 procent att de ofta eller hela tiden utsattes för nedsättande kommentarer eller upplevde negativt beteende under sin skoltid på grund av sin sexuella läggning (Bränström & Pachankis, 2018a). Även bland homo- och bisexuella uppgav de som var öppna med sin sexuella läggning i skolan att de var något mer utsatta för mobbning än de som inte var öppna, men skillnaden var inte lika påtaglig som för transpersoner. Bland bisexuella var det 54 procent som uppgav att de blivit mobbade i skolan på grund av sin sexuella läggning. Andelen var betydligt högre bland de bisexuella som varit öppna med sin sexuella läggning i skolan (72 procent) jämfört med de som inte var öppna med sin sexuella läggning (49 procent).

Konsekvenser av mobbning och utsatthet för våld

Mobbning och utsatthet för våld har allvarliga negativa konsekvenser för hbtq-personer och studier har visat en koppling mellan utsatthet för mobbning och psykisk hälsa, fysisk hälsa och hälsorelaterat riskbeteende (Blais m.fl., 2015; Collier, van Beusekom, Bos & Sandfort, 2013; Earnshaw m.fl., 2016). Det finns forskning som tyder på att mobbning delvis ligger till grund för den ökade risk för självmordstankar och självmordsförsök som rapporteras bland hbtq-personer (Earnshaw m.fl., 2016; Hong, Kral & Sterzing, 2015; Schneider m.fl., 2012; Zeluf m.fl.). Mobbing och utsatthet för våld har också visat sig vara kopplat till depressions-symptom, ångestproblematik, lågt självförtroende och sämre livskvalitet (Bränström, 2017; Bränström & Pachankis, 2018a; Earnshaw m.fl., 2016; Hall, 2017b; Hong m.fl., 2015). Förutom de konkreta fysiska skador som kan uppstå när unga hbtq-personer utsätts för mobbning och våld, t.ex. sår, blåmärken och brutna ben, visar forskning att mobbning kan öka risken för en rad fysiska symtom så som: magsmärtor, huvudvärk, dålig aptit, sömnbesvär och minskad allmän hälsa jämfört med

unga som inte blir mobbade (Earnshaw m.fl., 2016). Det finns också visst stöd för att hbtq-personer som utsätts för mobbning på grund av sin sexuella läggning eller könsidentitet har en ökad risk för hälsorelaterat beteende som till exempel rökning, alkohol- och droganvändning (Earnshaw m.fl., 2016; Maniglio, 2017).

Negativa konsekvenser av att berätta om sin hbtq-identitet

Andra riskfaktorer som presenterats i forskningslitteraturen handlar om reaktioner och konsekvenser av att berätta om sin hbtq-identitet. Forskning har till exempel visat att erfarenheter av dåliga reaktioner på att berätta om sin identitet för andra och att bli avvisad av föräldrar på grund av sin sexuella identitet, ökar risk för alkohol- och droganvändning och psykisk ohälsa (Blais m.fl., 2015; Goldbach m.fl., 2014; Hall, 2017b; Katz-Wise, Rosario & Tsappis, 2016). Övervägningar kring att berätta om sin sexuella läggning eller könsidentitet i olika sociala sammanhang kan leda till stress och ökad risk för psykisk ohälsa (Hall, 2017b). Studier kring föräldrars reaktioner på icke-heterosexuell läggning tyder på att även föräldrar som initialt är negativa och avvisande blir mer accepterande med tiden (Katz-Wise m.fl., 2016). Det är dock oklart om samma mönster finns vad gäller könsidentitet.

Skyddande faktorer

I forskningslitteraturen i dag rapporteras påtagligt mycket mindre kring skyddande faktorer bland unga hbtq-personer. Men vissa skyddande faktorer har ändå identifierats. Att berätta om sin sexuella identitet för andra kan öka möjligheterna att söka och få socialt stöd i vissa sammanhang (Larson, Chastain, Hoyt & Ayzenberg, 2015) och socialt stöd från vänner och familj kan fungera som en skyddsfaktor för psykisk ohälsa bland unga hbtq-personer (Freitas, Coimbra & Fontaine, 2017; Goldbach, Fisher & Dunlap, 2015; Hall, 2017b; Zeluf m.fl.). Andra skyddande faktorer som presenterats i forskningslitteraturen är en positiv hbtq-

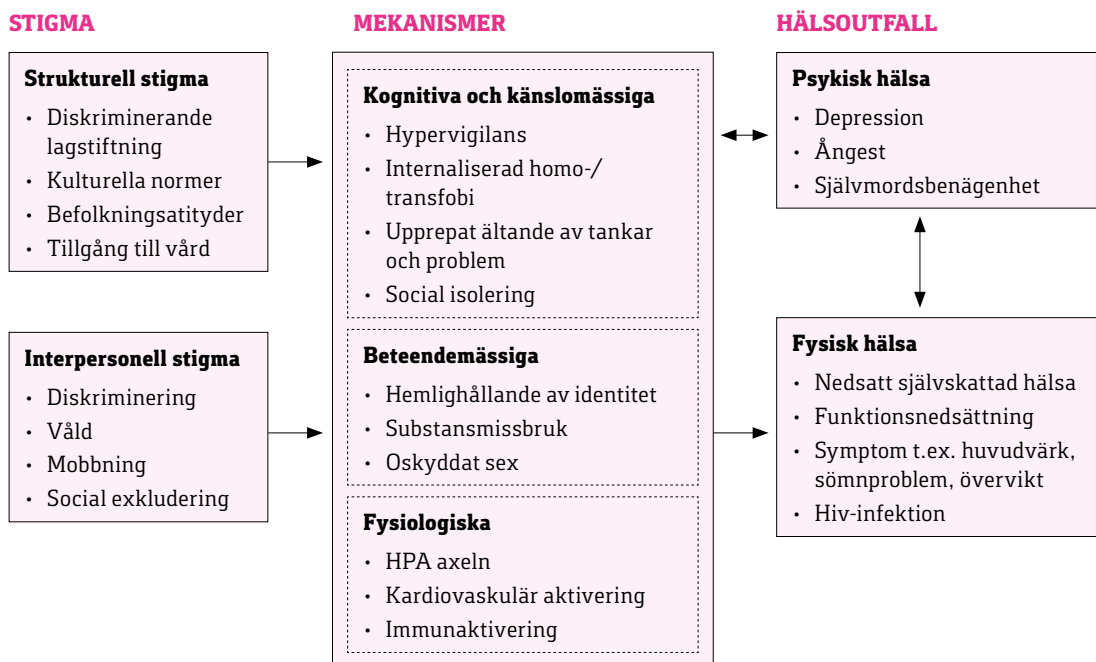
identitet, positiva erfarenheter av att ”komma ut” (dvs. berätta om sin hbtq-identitet för andra) och självförtroende (Freitas m.fl., 2017; Hall, 2017b; Katz-Wise m.fl., 2016). Att känna samhörighet i skolan och i familjer och att känna sig trygg i skolan är andra skyddande faktorer som rapporterats (Blais m.fl., 2015).

MEKANISMER SOM KOPPLAR SAMMAN MINORITETSSTRESS OCH HÄLSA

Ovan beskrivs olika risk- och skyddsfaktorer på strukturell och interpersonell nivå som har identifierats och kopplats till hälsosituationen för hbtq-personer. Men kopplingen mellan dessa faktorer är inte självklart direkt. Olika processer på individuell nivå påverkar hur risk- och skyddsfaktorer leder till olika hälsokonsekvenser. Dessutom finns kopplingar mellan psykisk och fysisk hälsa och hur fysiska symptom upplevs (Watson & Pennebaker, 1989). De relativt stora skillnaderna i psykisk hälsa som identifierats mellan hbtq-personer jämfört med heterosexuella och cispersoner kan i viss mån tänkas förklara skillnader i fysisk hälsa. Psykisk hälsa är också kopplad till hälsorelaterat beteende som t.ex. rökning och alkoholanvändning som bidrar till skillnader i fysisk hälsa baserad på sexuell läggning (Bränström & Pachankis, 2018e).

Följande avsnitt försöker mer ingående beskriva de komplexa mekanismerna kring hur olika risk- och skyddsfaktorer påverkar hälsa hos hbtq-personer. En modell kring hur stigma påverkar hälsa och potentiella mekanismer presenteras i figur 7.

Figur 7. Modell över hur stigma påverkar hälsa bland hbtq-personer



Modell över hur stigma på olika nivåer påverkar hälsa bland hbtq-personer och potentiella mekanismer som leder till nedsatt psykisk och fysisk hälsa genom stigma.

KOGNITIVA OCH KÄNSLOMÄSSIGA PROCESSER

Ett antal specifika processer kring tankar och känslor har beskrivits som kopplade till utsatthet för minoritetsstress och stigma kring hbtq-identitet: hypervigilans (det vill säga en kraftig vakenhet och ökad uppmärksamhet på tänkbara hot) kring att bli avvisad, internaliserad homofobi/transfobi, ensamhet och upprepat ältande av tankar och problem.

Hypervigilans och förväntan kring att bli avvisad på grund av hbtq-identitet

Det finns i dag forskning som tydligt visar att utsatthet för stigma leder till en ökad uppmärksamhet och ett överdrivet sökande efter tecken (hypervigilans) kring att bli avvisad (Crocker, Major & Steele, 1998). Förväntan och hypervigilans kring att bli avvisad på grund av stigma är en process genom vilken en stigmatiserad individ lär sig att förvänta sig att bli avvisad även i framtiden baserat på tidigare erfarenheter

av fördomar och diskriminering mot den egna gruppen (Mendoza-Denton, Downey, Purdie, Davis & Pietrzak, 2002). Känslighet för att bli avvisad av andra är extra påtaglig under ungdomsåren och kan påverka psykiskt välbefinnande även i vuxenlivet (Lev-Wiesel, Nuttman-Shwartz & Sternberg, 2006). Den ökade uppmärksamheten kan skydda mot att utsättas för stigma men har också negativa konsekvenser. En förhöjd oro kring att bli socialt avvisad kan leda till ett undvikande beteende som kan skada möjligheterna att skapa och bevara sociala relationer. Det finns relativt få studier som tittat på hälsoeffekter av förväntan att bli avvisad bland unga hbtq-personer, men ett fåtal studier har visat att förväntan att bli avvisad ökar risken för hälsorelaterade riskbeteenden (Pachankis, Hatzenbuehler & Starks, 2014; Wang & Pachankis, 2016) och psykisk ohälsa (Feinstein,

Goldfried & Davila, 2012). Den förhöjda uppmärksamheten kring sociala hot kan också få negativa fysiologiska stressreaktioner (Slavich, O'Donovan, Epel & Kemeny, 2010; Slavich, Way, Eisenberger & Taylor, 2010). Studier bland hivpositiva homosexuella män har visat att förväntan att bli avvisad är kopplad till sämre behandlingseffekter och högre dödlighet (Cole, Kemeny, Fahey, Zack & Naliboff, 2003; Cole, Kemeny & Taylor, 1997).

Internaliserad homofobi och transfobi

Internaliserad homofobi och transfobi innebär att samhällets negativa attityder till homo-, bisexuell- eller transpersoner internaliseras, görs till ens egna och riktas mot en själv eller mot andra hbtq-personer (Newcomb & Mustanski, 2010). Det har visat sig att den typen av negativ självbild har koppling till sämre hälsa bland hbtq-personer (Blais m.fl., 2015; Hatzenbuehler & Pachankis, 2016a). Forskning har visat ett samband mellan internaliserad homofobi och alkohol- och droganvändning (Goldbach m.fl., 2015; Goldbach m.fl., 2014), sexuellt risktagande (Rosario, Schrimshaw & Hunter, 2006) och depression (Hall, 2017b). Studier har också visat att det finns en koppling mellan internaliserad transfobi och självmordsförsök (Perez-Brumer, Hatzenbuehler, Oldenburg & Bockting, 2015). Utsatthet för minoritetsstress kan alltså leda till negativa känslor om sig själv och hbtq-individer i stort som i sin tur leder till skadliga sätt att hantera stress och sämre fysisk och psykisk hälsa.

Ensamhet och social isolering

Minoritetsstress kan öka känslor av ensamhet bland hbtq-personer. Känsla av ensamhet förefaller vara extra starkt kopplad till erfarenheter av att bli avvisad av familj och vänner på grund av sin sexuella läggning eller könsidentitet (Katz-Wise m.fl., 2016; Ryan, Russell, Huebner, Diaz & Sanchez, 2010). Social isolering och ensamhet är vanligare hos hbtq-personer än heterosexuella och cispersoner (Bränström & Pachankis, 2018e). Social isolering har stark

anknytning till psykisk ohälsa (Bränström, 2017) men också till användning av alkohol, droger och rökning (Bränström & Pachankis, 2018e). Den ökade förekomsten av social isolering kan också till viss del förklara den ökade risken för psykisk ohälsa och missbruk bland homo- och bisexuella (Bränström, 2017; Bränström m.fl., 2017). Ensamhet har också kopplats till fysiologiska processer som högt blodtryck, ökad aktivering av HPA-axeln och påverkan på immunförsvaret (Hawkey & Cacioppo, 2010). Det finns i dag starkt stöd för att ensamhet och social isolering ökar risken för ohälsa och förtida död (Holt-Lunstad, Smith, Baker, Harris & Stephenson, 2015). Utsatthet för minoritetsstress kan alltså leda till ensamhet och social isolering som i sin tur leder till sämre hälsa och ökad risk för förtida död.

Upprepat ältande av tankar och problem

Att regelbundet utsättas för minoritetsstress kan leda till att hbtq-personer utvecklar dåliga sätt att hantera känslor, upplevelser och problem, till exempel upprepat ältande. Forskning har visat att unga hbtq-personer är mer benägna att upprepat fokusera på och älta problem, tankar och orsaker till nedstämdhet (Hatzenbuehler, McLaughlin & Nolen-Hoeksema, 2008; Hatzenbuehler, Nolen-Hoeksema & Dovidio, 2009). Det upprepade ältandet har också kopplats till utsatthet för minoritetsstress hos unga hbtq-personer (Hatzenbuehler m.fl., 2009). I en amerikansk studie fann man att unga homo- och bisexuella var mer benägna att älta tankar och problem de dagar de också blivit utsatta för stigmatiserande behandling kopplad till sin sexuella läggning. Det upprepade ältandet ledde i sin tur till ökad nedstämdhet (Hatzenbuehler m.fl., 2009). Vissa studier har också sett ett samband mellan ältande av tankar och problem och ökad fysiologisk stress (Gevirtz, Jepsen, Weits & Correll, 2000; Roger & Najarian, 1998). På längre sikt kan det här sättet att hantera känslor på därför få negativa hälsokonsekvenser.

BETEENDERELATERADE PROCESSER

Förutom processer kopplade till tankar och känslor kan minoritetsstress påverka hbtq-personers sätt att agera och bete sig. I forskningen har man framför allt identifierat tre viktiga beteendemässiga processer som har betydelse för hbtq-personers hälsa och livssituation: 1) hur öppen man är med sexuell läggning och transidentitet, 2) missbruk av olika substanser och 3) sexuellt risktagande.

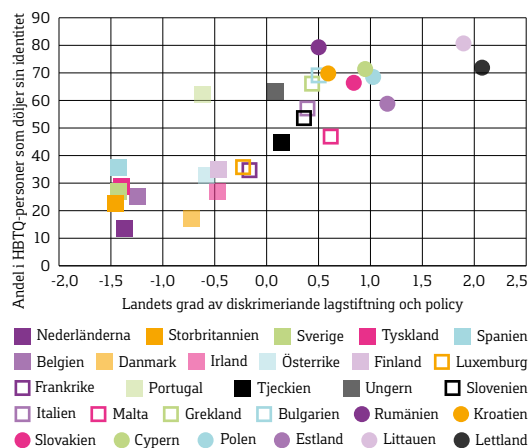
Öppenhet med sexuell läggning och transidentitet

Utsatthet för olika former av stigma kan även leda till att hbtq-personer döljer eller undviker att avslöja sin sexuella identitet eller transidentitet. Stress kring att inte vara öppen med sin sexuella läggning eller transidentitet har kopplats till negativa hälsoutfall (Pachankis, 2007). Det finns relativt gott forskningsstöd för att stress kring att inte vara öppen med sin sexuella läggning är kopplad till högre risk för psykisk ohälsa (Hall, 2017b; Hatzenbuehler & Pachankis, 2016c) och andra negativa effekter (Ragins, Singh & Cornwell, 2007). Däremot är forskningsstödet för positiva effekter av öppenhet kring sexuell läggning mer varierat (Hall, 2017a). I vissa studier ser man en koppling mellan minskad risk för psykisk ohälsa och öppenhet med sexuell läggning. I andra studier ser man inget signifikant samband. Det är troligt att effekten av att vara öppen respektive att inte vara öppen beror på det sociala sammanhang och det samhälle man lever i. Mer generellt har forskning kring de psykologiska effekterna av hemlighållande visat att hemlighållandet i sig inte behöver få negativa effekter; hemlighållande kan däremot vara skadligt om det leder till undvikande beteenden och dåliga sätt att hantera känslor på (Larson m.fl., 2015). Att inte vara öppen med sin sexuella identitet eller könsidentitet kan vara skyddande mot utsatthet för diskriminering och våld (Pachankis & Bränström, 2018), men kan också göra det svårare att söka och få socialt stöd från familj, vänner, andra hbtq-personer och sjukvård. Det

finns viss forskning som visar att öppenhet med sexuell läggning i en situation där man saknar socialt stöd är kopplad till högre risk för depressionssymtom (van der Star, Pachankis, Bränström, 2018).

I studier där situationen i olika europeiska länder jämförts, framkommer att det psykiska välbefinnandet bland hbtq-personer i EU:s olika länder i stor utsträckning kan förklaras av hur öppna hbtq-individer kan vara med sin sexuella läggning eller transidentitet i det land där de bor (Bränström, Karlin & Pachankis, 2018; Pachankis & Bränström, 2018). Studierna visar också att öppenhet med sexuell läggning och transidentitet ökar risken för utsatthet för diskriminering och våld, och att sambandet mellan öppenhet och utsatthet för diskriminering är störst i länder med hög grad av stigma. En illustration av kopplingen mellan ett lands stigmatiserande lagstiftning och andelen hbtq-personer som döljer sin identitet för de flesta personer i sina liv presenteras i figur 8.

Figur 8. Andel hbtq-personer som döljer sin hbtq-identitet



Andel hbtq-personer som döljer sin hbtq-identitet för de flesta personer i sina liv i olika länder i Europa. På x-axeln presenteras ett mått på varje lands diskriminerande lagstiftning och policy, där ett högre värde innebär mer stigmatiserande lagstiftning.

Brist på öppenhet kan också leda till specifika problem för transpersoner. Transpersoner som inte är öppna med sin transidentitet har svårt att få tillgång till könsbekräftande vård om de

skulle vilja få sådan. Att få könsbekräftande vård tidigt i livet kan minska risken för utsatthet för diskriminering och stigma (Hatzenbuehler & Pachankis, 2016c; White Hughto m.fl., 2015). Att inte kunna vara öppen med sin bakgrund som transperson efter könsbekräftande vård kan leda till inadekvat medicinsk behandling och otillräcklig förebyggande vård (Alegria, 2011; Samuel & Zaritsky, 2008).

Missbruk

Det är vanligare att homo- och bisexuella rapporterar daglig tobaksrökning, riskfylld alkoholanvändning och användning av droger jämfört med heterosexuella cispersoner (Bränström & Pachankis, 2018e; Lindstrom, Axelsson, Moden & Rosvall, 2014). Forskning visar också att missbruk av beroendeframkallande substanser är kopplat till hbtq-personers utsatthet för olika former av minoritetsstress i form av diskriminering, våld och social isolering (Bränström & Pachankis, 2018e; Goldbach m.fl., 2014; Newcomb, Heinz, Birkett & Mustanski, 2014; Newcomb, Heinz & Mustanski, 2012). I en studie bland homosexuella män såg man att internaliserad homofobi, förväntan att bli avvisad och upplevelse av diskriminering hade koppling till en ökad risk för missbruk (Hatzenbuehler, Nolen-Hoeksema & Erickson, 2008). Hur missbruk av substanser ser ut bland transpersoner behöver undersökas bättre, men det finns indikationer på att det även i denna grupp är vanligare (Newcomb m.fl., 2012). Det finns en växande mängd studier som tyder på att utsatthet för minoritetsstress ligger till grund för ökad risk för missbruk bland hbtq-personer.

Sexuellt risktagande

Homosexuella män i Sverige har mer än 150 gånger så hög risk för hivinfektion som heterosexuella män har, och bisexuella män har 16 gånger så hög risk (Bränström & Pachankis, 2018f). Oskyddat analsex är den vanligaste smittvägen bland män som har sex med män. I amerikanska studier har man sett att kunskap

kring smittvägar och tillgång till testning och adekvat vård är sämre bland homo- och bisexuella män som bor i områden med högre grad av stigma mot hbtq-personer (Oldenburg m.fl., 2015). Internaliserad homofobi, förväntan att bli avvisad och undvikande av att avslöja sin sexuella identitet har visat sig ha koppling till sexuellt risktagande i en rad studier (Hatzenbuehler, Nolen-Hoeksema, m.fl., 2008; Pachankis, Hatzenbuehler, Hickson, m.fl., 2015; Wang & Pachankis, 2016). Hur väl detta kan översättas till svenska förhållanden är oklart.

FYSIOLOGISKA PROCESSER

Det finns i dag ett relativt omfattande forskningsstöd från både djur- och människostudier som demonstrerat att psykosocial stress kan påverka nervsystemet, det hormonella/endokrina systemet och immunsystemets funktion, och på det sättet leda till ohälsa. Eftersom hbtq-personer i många fall utsätts för högre grad av stress kopplad till sexuell läggning och/eller könsidentitet, är det viktigt att förstå de fysiologiska processer som gör att stressen påverkar kroppsliga funktioner och därigenom på sikt leder till nedsatt hälsa. Trots att forskning kring hur psykosocial stress påverkar fysiologiska processer ökat de senare åren, är det fortfarande mycket oklart exakt hur minoritetsstress påverkar fysiologiska processer bland hbtq-personer. De mest troliga system som påverkas av minoritetsstress är beskrivna nedan.

HPA-axeln

HPA-axeln reglerar hormonutsöndring i hypotalamus, hypofysen och binjurebarken. Vid utsatthet för sociala hot och psykosocial stress initierar detta system utsöndring av stresshormonet kortisol (Dickerson & Kemeny, 2004). Utsatthet för kronisk stress har visat sig leda till negativa förändringar i HPA-axelns funktion, med ökad risk för hjärt- och kärlsjukdomar och diabetes som följd (Lundberg, 2005). Nästan all forskning kring hälsoeffekterna av sambanden mellan social stress, HPA-axelns

funktion och hälsa saknar information specifikt för hbtq-personer, men visst stöd finns för att funktionen på HPA-axeln påverkas av minoritetsstress. I en studie av homo- och bisexuella män fann man högre utsöndring av kortisol under en arbetsdag bland de som var öppna med sin sexuella läggning på jobbet jämfört med de som inte var öppna med sin sexuella läggning (Huebner & Davis, 2005). Resultaten tolkades som att de som var öppna med sin sexuella läggning hade en ökad risk för att utsättas för diskriminering och stigmatiserande behandling kopplad till sexuell läggning, vilket ledde till rädsla för social avvisning och därmed till ett kortisolpåslag. I en annan studie, där homo- och bisexuella utsattes för ett stresstest (i form av en påhittad anställningsintervju med kritiska bedömare), fann man ett ökat kortisolpåslag bland homo- och bisexuella kvinnor jämfört med heterosexuella kvinnor (Juster m. fl., 2015). Däremot fann man lägre nivåer av kortisol bland homo- och bisexuella män jämfört med heterosexuella. Dessa preliminära studier ger visst stöd för att HPA-axelns funktion kan vara förändrad hos hbtq-personer på grund av den ökade utsattheten för minoritetsstress. Men mer kunskap behövs för att bättre förstå dessa samband.

Kardiovaskulär sjuklighet

Social och psykologisk stress som exempelvis minoritetsstress kan påverka funktionen hos det autonoma nervsystemet och leda till sämre reglering av puls och blodtryck (Hjortskov m. fl., 2004; Kirschbaum, Pirke & Hellhammer, 1993). Sämre reglering av puls och blodtryck i samband med stress har visat sig ha koppling till en ökad risk för hjärt- och kärlsjukdom (Bongard, Al'Absi & Lovallo, 2012). Få studier har tittat specifikt på dessa mekanismer hos hbtq-personer, men en befolkningsbaserad studie i USA fann högre andel riskfaktorer för hjärt- och kärlsjukdom bland unga homo- och bisexuella män än hos unga heterosexuella män (Hatzenbuehler m.fl., 2013).

Immunfunktion

Immunsystemet kan också vara en länk genom vilken minoritetsstress leder till sämre hälsa hos hbtq-personer. Det finns i dag en stor mängd studier som visar att social stress leder till ökad inflammationsreaktion i kroppen (Marsland, Walsh, Lockwood & John-Henderson, 2017; Steptoe, Hamer & Chida, 2007). Det finns stöd för att både akut social stress (som framkallas i experimentella situationer) och kronisk stress (till exempel hög arbetsrelaterad stress eller vid vård av sjuk anhörig) leder till sämre funktion hos immunsystemet (Segerstrom & Miller, 2004). Få studier har tittat specifikt på dessa mekanismer hos hbtq-personer, men viss forskning på hbtq-personer finns kring de immunologiska effekterna av att inte vara öppen med sin sexuella läggning. Forskningen har visat att hivpositiva män som dolde sin sexuella läggning hade högre risk att drabbas av andra infektionssjukdomar, högre risk för cancer och ökad risk för förtida död (Cole, Kemeny, Taylor & Visscher, 1996). Denna ökade sjuklighet kunde inte förklaras av sociodemografiska, beteendemässiga eller psykologiska skillnader. Däremot förklarades den ökade sjukligheten av sämre funktion hos immunsystemet. Det behövs betydligt mer studier för att veta vilken roll immunsystemet har i den ökade risk för ohälsa som rapporteras bland hbtq-personer.

5. Kön, socioekonomi, etnicitet och funktionsnedsättning

Begreppet hbtq betecknar en mycket blandad grupp individer som skiljer sig åt vad gäller bland annat biologiskt och socialt kön, ålder, etnicitet, kulturell bakgrund, socioekonomisk position och funktionsförmåga. Ett viktigt område för framtida forskning är att förstå hur dessa faktorer påverkar hälsa och livsvillkor i gruppen, hur olika identiteter samverkar och att hitta särskilt sårbara grupper inom hbtq-gruppen. Det behövs mer forskning som har ett intersektionellt perspektiv och som tar hänsyn till effekten av multipla sociala identiteter och konsekvenserna av kön, klass, etnicitet, hudfärg, funktionsvariation och ålder i samverkan med sexuell läggning och könsidentitet. I avsnittet nedan beskrivs några av de grupper som särskilt lyfts fram i forskningslitteraturen.

HBTQ-PERSONER OCH ETNISK MINORITETSSTATUS

En stor del av forskningen kring etnisk minoritetsstatus och hbtq-identitet har genomförts i USA och har fokuserat på konsekvenserna av dubbel minoritetsstatus som både färgad (dvs. "youth of color" eller "black") och hbtq (Toomey, Huynh, Jones, Lee & Revels-Macalinao, 2017). Flest studier har gjorts på homo- och

bisexuella män eller män som har sex med män, och handlar om sexuell hälsa (Wade & Harper, 2017). Det finns färre studier bland kvinnor och transpersoner. Resultaten från dessa amerikanska studier måste förstås i dess kulturella sammanhang och relevansen av resultaten för svenska förhållanden är oklara. Studierna har visat att hbtq-personer som också tillhör en etnisk minoritetsgrupp kan uppleva stigmatisering och diskriminering som både har koppling till deras hbtq-identitet och etniska identitet (Toomey m.fl., 2017), samt specifik diskriminering på grund av hbtq-identitet och heterosexism inom sin etniska minoritetsgrupp och rasism i relation till andra hbtq-personer (Balsam, Molina, Beadnell, Simoni & Walters, 2011).

Det har visat sig att unga med dubbel minoritetsstatus har högre risk för sexuellt risktagande, tobaksrökning och sämre tillgång till information kring hiv (Toomey m.fl., 2017). Man har inte funnit några skillnader i alkohol-användning bland unga hbtq-personer med och utan etnisk minoritetsstatus, däremot lägre förekomst av användning av droger bland de med etnisk minoritetsstatus. Studier som tittat på psykisk hälsa bland unga hbtq-personer med etnisk minoritetsstatus jämfört med hbtq-personer som tillhör den etniska majoriteten visar skiftande resultat (Toomey m.fl., 2017). Vissa studier har funnit högre grad av psykisk ohälsa bland de med etnisk minoritetsstatus, andra har funnit bättre psykisk hälsa bland etniska minoriteter och ytterligare andra studier finner ingen skillnad i psykisk hälsa mellan grupperna (Toomey m.fl., 2017).

Sammantaget tyder den internationella forskningen på att det är viktigt att uppmärksamma etnisk minoritetsstatus i kombination med hbtq-identitet för att bättre förstå livssituationen för unga hbtq-personer (Toomey m.fl., 2017; Wade & Harper, 2017). Många studier har fokuserat på risktagande och på skyddande faktorer bland unga hbtq-personer som också har en etnisk minoritetsstatus.

Det behövs mer kunskap om betydelsen av etnisk minoritetsstatus bland unga hbtq-personer i Sverige. Som beskrivs i kapitel 2 är betydligt fler homo- och bisexuella i Sverige födda utanför Europa i dag än för tio år sedan. Andelen homosexuella män och kvinnor födda utanför Europa var 19 procent 2015 jämfört med 6 procent 2005 (Hatzenbuehler m.fl., 2017). Många av de homo- och bisexuella som immigrerar till Sverige kommer från länder med mer diskriminerande lagstiftning och samhällen där acceptansen för homosexualitet är betydligt lägre än i den svenska befolkningen (Bränström & Pachankis, 2018b; Flores & Park, 2018). För de hbtq-personer som kommer till Sverige som flyktingar behöver den specifika situationen också belysas för att möjliggöra ett gott mottagande och underlätta integrering i samhället (United Nations High Commissioner for Refugees, 2015). Det behövs även mer forskning i Sverige kring situationen för hbtq-personer som är andra generationens invandrare och som ofta har rötter i kulturer med mer diskriminerande lagstiftning och lägre acceptans för hbtq-identitet (Flores & Park, 2018).

BISEXUELLA

Många studier slår ihop gruppen homosexuella och bisexuella i redovisningar av resultat. I de studier som kartlagt psykisk ohälsa och redovisat situationen för homosexuella och bisexuella separat, framgår att bisexuella unga kvinnor genomgående verkar ha betydligt högre risk för psykisk ohälsa än både heterosexuella och homosexuella kvinnor (Bränström, 2017; Bränström, Hatzenbuehler, Tinghög, m.fl., 2018). Unga bisexuella kvinnor är också mer utsatta för våld, hot och social isolering jämfört med heterosexuella kvinnor. Även den unika situationen för bisexuella män har uppmärksamats, i synnerhet i relation till sexuell hälsa (Jeffries, 2014). Det är inte fullständigt kartlagt varför både hälsosituationen och riskfaktorerna ser olika ut för homo- och bisexuella.

Förklaringar som har presenterats handlar dels om att bisexualitet är mindre synligt i samhället och att bisexuella mer sällan är öppna med sin sexuella läggning, dels om att bisexuella kan ha svårare att känna sig helt inkluderade i hbtq-gruppen. Mer kunskap behövs för att bättre förstå livssituationen för bisexuella och de faktorer som specifikt påverkar bisexuellas hälsa.

HBTQ OCH SOCIOEKONOMISK POSITION

Det finns i dag starkt vetenskapligt stöd för att socioekonomisk tillhörighet, oftast definierad utifrån inkomst och utbildningsnivå, är kopplad till hälsa, sjuklighet och överlevnad (Adler m.fl., 1994; Link & Phelan, 1995). Att individer med bättre socioekonomiska förutsättningar har bättre hälsa har ofta förklarats med att individer med högre inkomst och längre utbildning har bättre tillgång till god vård, hälsofrämjande kunskaper och social trygghet. Andra förklaringar beskriver hur personer med socioekonomiskt utsatt position har färre resurser att tillgå för att hantera stress i livet (Gallo & Matthews, 2003). Personer i socioekonomiskt utsatt situation utsätts för mer stress och har sämre möjligheter att bygga upp en reservkapacitet, både ekonomiskt och socialt, som kan underlätta hantering av stressande händelser i framtiden.

I forskning kring hbtq-personers hälsosituation används socioekonomiska faktorer ofta enbart som kontrollvariabler i analyserna (McGarrity, 2014). Det finns dock anledning att undersöka vilka eventuella specifika effekter som inkomst och utbildning skulle kunna ha på hbtq-personers utsatthet för social stress och dess inverkan på hbtq-personers förmåga att hantera den stress man utsätts för. Modellen kring minoritetsstress som presenterats tidigare tar inte hänsyn till eventuella skillnader i utsatthet för stress och skillnader i förmåga att hantera stress mellan olika socioekonomiska grupper. Som exempel på skillnader mellan hög och låg

socioekonomisk status visade en studie att öppenhet med sin sexuella läggning hade ett samband med god hälsa bland homo- och bisexuella män med hög socioekonomisk status. För homo- och bisexuella män med låg socioekonomisk status visade sig däremot ett omvänt samband råda; för dem hängde öppenhet med den sexuella läggningen tvärtom samman med dålig hälsa (McGarrity, 2014). Framtida forskning bör titta mer på hur konsekvenserna av en ekonomisk utsatt situation i kombination med hbtq-specifik minoritetsstress påverkar hälsa (McGarrity, 2014).

I Sverige visar nationella undersökningar att framförallt homosexuella män och kvinnor har högre utbildning och lägre inkomst än heterosexuella (Bränström & Pachankis, 2018e). Den högre graden av utbildning har förklarats med att homosexuella är mer motiverade att skaffa sig en högre utbildning för att undvika arbetarklassyrken som ses som mindre accepterade, och på det sättet slippa utsatthet för diskriminering (Black, Sanders & Taylor, 2007; Pachankis & Hatzenbuehler, 2013). Homosexuella skaffar heller inte lika ofta barn under den period i livet då de flesta utbildar sig.

Även om vissa delar av hbtq-gruppen har högre utbildning (i synnerhet homosexuella) så behövs mer kunskaper om livssituationen för socialt utsatta hbtq-personer.

HEMLÖSA HBTQ-PERSONER

En stor del av de hemlösa i Nordamerika är unga (Cronley & Evans, 2017) och bland dessa är hbtq-personer överrepresenterade (Ecker, 2016; Keuroghlian, Shtasel & Bassuk, 2014; Ream & Forge, 2014). Jämfört med hemlösa unga heterosexuella förefaller unga hemlösa hbtq-personer ha större risk för en lång rad hälsorelaterade utfall så som psykisk ohälsa, självmordsförsök, missbruk, sexuellt risktagande, våld, diskriminering, dåliga relationer till familj och sämre socialt stöd (Ecker, 2016). Transpersoner verkar vara extra utsatta för dessa risker (Keuroghlian m.fl., 2014). Det är dock svårt att genomföra studier av god kvalitet bland hemlösa. Därför är det svårt att veta hur representativa dessa resultat är och det är svårt att med säkerhet svara på vad den högre risken för hbtq-personer att hamna i hemlöshet beror på. Hur relevanta de studier som gjorts i Nordamerika är för svenska förhållanden är oklart. Det behövs mer kunskap både kring omfattningen av hemlöshet bland unga hbtq-personer och hur åtgärder för att minska hemlöshet bör utformas.



6. Vård, prevention och behandling för att förbättra hälsan bland hbtq-personer

De flesta unga hbtq-personer är både fysiskt och psykiskt friska. Men för att erbjuda en jämlik vård på lika villkor behöver hälso- och sjukvården ha kunskap om de specifika behov som finns inom gruppen och de specifika utmaningar som unga hbtq-personer möter. Den kraftigt ökade risken för psykisk ohälsa, självmord och hiv bland unga hbtq-personer kräver, förutom en ökad kunskapsuppbyggnad kring orsakerna till dessa skillnader, utveckling av effektiva metoder för att förebygga och behandla psykisk ohälsa inom gruppen. Transpersoner som söker könsbekräftande vård har specifika vårdbehov och sjukvården behöver en beredskap för att möta dessa.

Trots att det finns ett tydligt behov av evidensbaserad vård, prevention och behandling specifikt utformad för hbtq-personer, finns i dag få sådana program på grund av otillräckligt forskningsstöd (Fisher & Mustanski, 2014; Folkhälsomyndigheten, 2018). I följande avsnitt beskrivs forskning kring riktad psykologisk behandling för psykisk ohälsa bland hbtq-personer, hbtq-personers bemötande i vården, könsbekräftande vård och behovet av att inkludera ett hbtq-perspektiv i det hälso-förebyggande arbetet.

RIKTAD PSYKOLOGISK BEHANDLING FÖR PSYKISK OHÄLSA BLAND HBTQ-PERSONER

Trots den förhöjda risken för psykisk ohälsa bland hbtq-personer har kunskapen kring mekanismerna bakom denna ökade risk fram till nyligen varit relativt begränsad. Men det finns i dag en rad studier som pekar på flera troliga mekanismer som kan förklara hbtq-personers ökade risk för psykisk ohälsa, och som beskriver hur utsatthet för stigmarelaterad stress är kopplad till stressrelaterad psykisk ohälsa (Bränström, 2017; Hatzenbuehler & Pachankis, 2016a). Som beskrivs mer detaljerat i kapitel 4, leder stigma kring hbtq-identitet till nedsatt psykisk hälsa genom olika psykosociala mekanismer som har sin källa i stress kring diskriminering, våld, döljande av identitet och förväntningar på att bli avvisad (Meyer, 2003). Dessa processer som påbörjas under tonåren kan få djupgående psykologiska effekter som påverkar risken för psykisk ohälsa genom hela livet (Hatzenbuehler & Pachankis, 2016c; Pachankis, 2007; Pachankis & Hatzenbuehler, 2013). Huvuddelen av forskningen som beskriver dessa mekanismer har genomförts bland homo- och bisexuella men den forskning som finns pekar på att liknande mekanismer även ligger bakom transpersoners ökade risk för psykisk ohälsa (Oost m.fl., 2016; White Hughto m.fl., 2015; Zeluf m.fl.).

Vissa av de mekanismer som ligger bakom hbtq-personers ökade risk för psykisk ohälsa är universella riskfaktorer för psykopatologi, så som dåligt anpassade sätt att bearbeta känslor, upprepat åltande av tankar och problem, social isolering och negativa grundantaganden, som är mer vanligt förekommande bland hbtq-personer jämfört med heterosexuella och cispersoner (Hatzenbuehler, 2009). Men det finns i dag effektiva evidensbaserade psykologiska behandlingar för att minska flera av dessa universella riskfaktorer, så som kognitiv beteendeterapi (Elliott, Watson, Goldman & Greenberg, 2004; Farchione m.fl., 2012).

Andra mekanismer som ökar risk för psykisk ohälsa är specifika för hbtq-personer, till

exempel stress kring att inte kunna vara öppen med sin hbtq-identitet, förväntningar på att bli avvisad och internalisering av samhällets negativa attityder (Pachankis, 2015). Eftersom dessa mekanismer är specifika för hbtq-personer, kräver de sannolikt specifikt anpassade behandlingsstrategier för att på ett effektivt sätt kunna motverkas. Forskning kring effektiva psykologiska behandlingar för att minska psykisk ohälsa specifikt bland hbtq-personer är fortfarande mycket begränsad (Chaudoir, Wang & Pachankis, 2017; Folkhälsomyndigheten, 2018). I översikt redovisas enbart en randomiserad kontrollerad studie. Studien, som visade lovande resultat, undersökte effekten av en behandling riktad mot homo- och bisexuella män och byggde på strategier för att bekräfta och stärka hbtq-identitet (Pachankis, Hatzenbuehler, Rendina, Safren & Parsons, 2015). Flera andra studier har tittat på effekten av hbtq-specifika psykologiska behandlingar men saknat jämförelsegrupp och haft kort uppföljningstid (Chaudoir m.fl., 2017; Folkhälsomyndigheten, 2018). De flesta hbtq-specifika psykologiska behandlingarna bygger på anpassade kognitiva beteendeterapeutiska (KBT) metoder. Dessa hbtq-specifika KBT-behandlingar avser att stärka förmågan att hantera minoritetsstress genom strategier så som: normalisering av minoritetsstressens negativa påverkan; underlättande av känslomedvetenhet, reglering och acceptans; minskning av undvikande; stärkande av självförtroende i kommunikation; omstrukturering av tankar relaterat till minoritetsstress; bekräftande av unika styrkor och stärkande av ett sunt, belönande uttryck för sexualitet (Pachankis, 2014). De studier som genomförts visar på goda effekter av dessa hbtq-specifika behandlingsmetoder både i att förbättra psykisk hälsa och minska hälso-relaterat riskbeteende (Pachankis, Hatzenbuehler, Rendina, m.fl., 2015).

I Sverige saknas i dag evidensbaserad psykologisk behandling specifikt riktad till hbtq-personer. Unga hbtq-personer är en sårbar grupp för

psykisk ohälsa och det behövs mer forskning kring och utveckling av effektiva psykologiska metoder för denna grupp.

BEMÖTANDE I VÅRDEN

Ett gott bemötande och en jämlik vård på lika villkor kräver att vårdpersonal har kunskaper om unga hbtq-personers livssituation och specifika villkor (Hadland, Yehia & Makadon, 2016; Silberholz, Brodie, Spector & Pattishall, 2017). Som beskrivs i kapitel 3 har vissa hbtq-personer ökad risk för till exempel depression, ångest, hiv, andra sexuella överförbara sjukdomar, ätstörningar, missbruk och ökad risk för att bli utsatt för våld och diskriminering. Det finns risk att hbtq-personer undviker att söka vård på grund av risken att bemötas på ett kränkande sätt eller på grund av rädsla för att avslöja sexuell läggning eller könsidentitet. Det finns också risk att hbtq-personer erbjuds felaktig, inadekvat eller otillräcklig vård på grund av att man inte känner sig bekväm med att vara öppen med sin sexuella läggning eller könsidentitet inför vårdpersonal (Hafeez, Zeshan, Tahir, Jahan & Naveed, 2017). Det är också av betydelse för bemötandet att sjukvårdspersonal är bekanta med det språkbruk som unga hbtq-personer använder kring sexuell läggning och könsidentitet (Hadland m.fl., 2016). Många unga tycker inte att begreppen homo-, bisexuella eller transpersoner på ett bra sätt fångar deras identiteter. Vissa unga identifierar sig i stället som *queera* som är ett paraplybegrepp som omfattar alla med icke-heterosexuell läggning och icke-cispersoner. Andra unga identifierar sig som till exempel pansexuell, icke-binär eller gender queer (se ordlistan på sidan 12–13 för definitioner).

I en omfattande enkätundersökning 2012 ställdes frågor kring öppenhet med sexuell läggning och transidentitet inför sjukvårdspersonal. Den visade att bland unga hbtq-personer (16–25 år) i Sverige var enbart 53 procent av homosexuella män, 29 procent av bisexuella

män, 64 procent av homosexuella kvinnor, 47 procent av bisexuella kvinnor och 48 procent av transpersoner alltid eller oftast öppna med sin sexuella läggning eller transidentitet inför vårdpersonal (Bränström & Pachankis, 2018d). I undersökningen var det få unga homo- och bisexuella som upplevde att deras specifika behov ignorerades av sjukvårdspersonal. Däremot angav 17 procent av de unga transpersoner som deltog i undersökningen att de upplevt att deras specifika behov ignorerades eller inte togs hänsyn till i vården (Bränström & Pachankis, 2018d).

I Sverige erbjuder RFSL utbildning i hbtq-kompetens för sjuk- och hälsovårdspersonal och utfärdar så kallade hbtq-certifieringar av verksamheter. Många ungdomsmottagningar, vårdcentraler och skol-/elevhälsomottagningar har genomgått dessa utbildningar. Målsättningen med hbtq-certifieringen är att skapa en arbetsmiljö fri från diskriminering där personalen kan erbjuda ett hbtq-kompetent bemötande. Effekterna av arbetet med hbtq-certifiering på hbtq-personers upplevelse av bemötande och kvalitet på den vård de erbjuds är otillräckligt utforskat.

KÖNSBEKRÄFTANDE VÅRD

En del transpersoner vill få könsbekräftande vård, som till exempel hormonbehandling eller kirurgi. Internationellt sett har ett stort antal artiklar som beskriver rekommenderade behandlingar publicerats (Cartaya & Lopez, 2017; Conard, 2017; Meriggiola & Gava, 2015; Shumer & Spack, 2013; Unger, 2014; Vance, Ehrensaft & Rosenthal, 2014). Dessa studier betonar vikten av att erbjuda trygga och välkomnande miljöer, ett gott bemötande och att vårdpersonal har rätt kompetens. I Sverige har Socialstyrelsen utformat rekommendationer kring behandling av unga transpersoner som önskar könsbekräftande vård (Socialstyrelsen, 2015a). I rekommendationerna betonas vikten av att vården genomförs med hjälp av multidiscipli-

plinära team som anpassas efter den enskilda transpersonens behov. Dessa team kan bestå av många olika professioner, så som psykiater, psykolog, socionom, endokrinolog, logoped, foniatr, hudterapeut, gynekolog eller androlog, sexolog och plastikkirurg. I rekommendationerna betonas också vikten av att erbjuda psykosocialt stöd under utredning och behandling. En översikt av internationella studier visade visst stöd för att den psykiska hälsan förbättrades hos transpersoner som genomgått könsbekräftande vård (Dhejne m.fl., 2016). Starkast stöd kommer från en nyligen genomförd studie bland transpersoner i Sverige som sökt vård för könsbekräftande behandling (Bränström & Pachankis, 2018c). Studien visar att den ökade risken för depression och ångest som gruppen har, minskar mer och mer ju längre tid som går efter genomförd könsbekräftande behandling (Bränström & Pachankis, 2018c). Det behövs dock mer kunskap kring långtidseffekterna av könsbekräftande vård för transpersoner. Effekten av vård i enlighet med Socialstyrelsens rekommendationer, med en kombination av könsbekräftande vård och psykosocialt stöd som publicerades 2015, är otillräckligt utforskat.

I Sverige har ett flertal intervjustudier genomförts bland transpersoner med erfarenhet av könsbekräftande vård och transpersoner som önskar få könsbekräftande vård (Linander, Alm, Goicolea & Harryson, 2017; Linander, Alm, Hammarström & Harryson, 2017; Statens offentliga utredningar, 2017; Vogelsang, Milton, Ericsson & Strömberg, 2016). Dessa studier identifierar flera brister i tillgång till vård och bemötande. Långa väntetider för att få tillgång till könsbekräftande vård och avsaknad av kunskap och stöd förefaller i synnerhet vara vanligt förekommande problem (Linander, Alm, Hammarström, m.fl., 2017). För att få tillgång till könsbekräftande vård beskriver vissa transpersoner att de själva tvingas ta huvudansvar för sin behandlingsprocess. De beskriver också vården som präglad av konfor-

ma normer kring kön och att det inom vården råder en syn på kön som något binärt och stabilt (Linander, Alm, Goicolea, m.fl., 2017). I Statens offentliga utredningars rapport ”Transpersoner i Sverige – Förslag för stärkt ställning och bättre levnadsvillkor” som presenterades i november 2017, specificeras ett antal förslag på åtgärder för att förbättra kvaliteten och tillgängligheten till könsbekräftande vård (Statens offentliga utredningar, 2017).

SUICIDPREVENTION

Som beskrivs i kapitel 3 har hbtq-personer en högre risk för självmordsbeteende än heterosexuella och cispersoner. Trots begränsat vetenskapligt stöd, finns det studier som visar att vissa insatser för att skapa en tryggare miljö i skolan minskar risk för självmordsbeteende bland hbtq-personer. Sådana insatser kan till exempel vara att specifikt inkludera hbtq-identitet i skolans antimobbningspolicy och att skapa stödgrupper (t.ex. så kallade ”gay/straight alliances”) (Folkhälsomyndigheten, 2018).

Givet den kraftigt ökade risken för självmordstankar och självmordsförsök bland unga hbtq-personer jämfört med heterosexuella och cispersoner krävs, förutom en ökad kunskapsuppbyggnad kring orsakerna till dessa skillnader, utveckling av effektiva metoder för att förebygga självmord inom gruppen. Det nationella suicidpreventiva arbetet bör även ta hänsyn till den kraftigt ökade risken bland hbtq-personer.

HIVPREVENTION

Jämfört med andra länder är den inhemska spridningen av hiv i Sverige låg och ligger på en stabil nivå. 2016 var Sverige ett av de första länderna i världen som nådde upp till UNAIDS:s mål att 90 procent av de som bär på hiv ska känna till sin diagnos, att 90 procent av de med en känd hivdiagnos ska få behandling och att 90 procent av dessa ska ha en väl fungerande behandling som innebär omätbara virusnivåer i blodet. Trots detta rapporteras mellan 400 och

500 nya fall av hivinfektion i Sverige årligen (Folkhälsomyndigheten, 2017). Drygt hälften av de som diagnostiseras med hiv i Sverige och uppger Sverige som smittland har smittas via sex mellan män.

Översiktsartiklar kring forskning om hivförebyggande arbete visar att få interventioner är riktade specifikt till gruppen homo- och bisexuella män eller män som har sex med män (MSM) (Folkhälsomyndigheten, 2018; Harper & Riplinger, 2013; Hergenrather, Emmanuel, Durant & Rhodes, 2016). Det finns dock stöd för att hälsoinriktade kommunikationskampanjer som vänder sig till MSM har viss effekt på sexuellt risktagande (Friedman, Kachur, Noar & McFarlane, 2016). Det är anmärkningsvärt att så få interventioner specifikt riktade till homo- och bisexuella män har studerats, givet den kraftigt ökade risken att drabbas jämfört med andra grupper (Bränström & Pachankis, 2018f). En rad specifika riskfaktorer för hiv i denna grupp har också identifierats, så som depression, ångest, social isolering och internaliserad homofobi. Dessa faktorer bör man ta hänsyn till i utformandet av interventioner (Mustanski, Newcomb, Du Bois, Garcia & Grov, 2011). Det finns i dag otillräcklig kunskap om hiv och risken för hiv bland transpersoner i Sverige.

Givet den kraftigt ökade risken för hiv bland homo- och bisexuella och MSM behövs bättre kunskaper kring effekten av åtgärder riktade specifikt mot denna grupp. Effekten av att erbjuda riskgrupper preventiva åtgärder, så som postexpositionsprofylax (PEP) och preexpositionsprofylax (PrEP), bör studeras även i ett svenskt sammanhang (Delany-Moretlwe m.fl., 2015; Hergenrather m.fl., 2016; Pettifor m.fl., 2015). De möjligheter som mobiltelefoner, internet och sociala medier erbjuder för att nå grupper som annars är svåra att nå med förebyggande åtgärder bör utforskas (Condran, Gahagan & Isfeld-Kiely, 2017; Hergenrather m.fl., 2016).

7. Kunskapsluckor och rekommendationer

Ett övergripande syfte med denna rapport har varit att lyfta fram kunskapsluckor och peka på områden som behöver undersökas bättre. I följande avsnitt presenteras författarens rekommendationer kring hur framtida forskning kan förbättra vår kunskap och förståelse för unga hbtq-personers hälsa och livsvillkor.

UTMANINGAR FÖR FORSKNINGEN

Det finns en rad utmaningar med att forska om hbtq-personer. Vissa av utmaningarna är unika för forskningen på denna grupp medan andra är gemensamma för all forskning som genomförs på minoritetsgrupper. En utmaning för forskning är att sexuell läggning och könsidentitet omfattar en bred grupp individer med många olika identiteter. Därför är det svårt att tydligt definiera, operationalisera och avgränsa hbtq-gruppen och dess subgrupper. Vissa personer kan känna tveksamhet kring att svara på frågor om könsidentitet och samkönade sexuella erfarenheter.

Mycket av den forskning som genomförts kring hbtq-personers hälsa har genomförts i urval som inte är slumpmässiga och det är ofta oklart hur representativa dessa personer är för den grupp de ska representera. En risk är att de som intervjuas eller svarar på frågor i dessa urval är mer öppna med sin identitet och är mer verbala kring sina åsikter. Trots denna brist har forskningen ökat vår kunskap på området, inte minst i att förstå samband mellan olika faktorer

som påverkar hälsa och livsvillkor för hbtq-personer. Vissa grupper är också extra små och svåra att nå och där kan denna typ av studie vara det enda sättet att få information.

Det finns i dag stora datamaterial med information kring hälsa och livsvillkor bland hbtq-personer. Dessa källor till information bör utnyttjas för att ta fram bättre och mer representativa beskrivningar av hälsosituationen för hbtq-personer. Frågor kring hbtq-identitet bör också användas i samtliga befolkningsundersökningar i Sverige.

KUNSKAPSLUCKOR KRING HÄLSOSITUATIONEN OCH LIVSVILLKOREN BLAND HBTQ-PERSONER

Med hjälp av i synnerhet Folkhälsomyndighetens nationella folkhälsoenkät har hälsosituationen bland de som identifierar sig som homo- eller bisexuella i Sverige kunnat kartläggas relativt väl. Däremot finns inte tillräckligt med kunskap om hälsosituationen för de med annan sexuell identitet än homo-, bisexuell eller heterosexuell. Det finns heller inte tillräckligt med kunskap om hälsosituationen för olika subgrupper inom transpersongruppen. Mer forskning behövs därför i vissa subgrupper inom hbtq-gruppen, i synnerhet de med annan sexuell identitet än homo-, bisexuell eller heterosexuell (t.ex. queer) och bland transpersoner. Studier av dessa grupper bör i möjligaste mån genomföras i representativa urval av befolkningen.

De allra flesta studier bland hbtq-personer har varit tvärsnittsstudier eller intervjuer genomförda vid ett tillfälle. För att bättre förstå hälsosituationen, livsvillkoren och faktorer som påverkar dessa behövs studier med ett livsloppsperspektiv och longitudinell design som följer personer över tid. Denna typ av studie skulle ge unik ny kunskap kring hur hälsosituationen för hbtq-personer förändras över tid och påverkas av förändrade livsomständigheter. Denna typ av studie kan åstadkommas antingen via uppbyggnad av nya kohortundersökningar med hbtq-personer och följa dessa över tid, eller

genom att inkludera frågor kring sexuell läggning och könsidentitet i större befintliga kohortstudier.

Det saknas även studier av vissa aspekter av hälsa och livssituation för hbtq-personer i Sverige. Få studier har till exempel undersökt situationen för hbtq-personer i skolan, i högre utbildning och på arbetsplatser. På dessa områden behövs mer kunskap. Ett sätt att få bättre kunskaper om hur situationen för hbtq-personer ser ut inom dessa områden är att inkludera frågor kring sexuell läggning och könsidentitet i skolundersökningar och undersökningar som kartlägger arbetsmiljö.

KUNSKAPSLUCKOR KRING RISK- OCH SKYDDSAKTORER FÖR HÄLSA BLAND HBTQ-PERSONER

Majoriteten av studier kring risk och skydds-faktorer bland hbtq-personer har varit tvär-snittsstudier och det är därför svårt att uttala sig om orsakssamband. För att öka kunskapen kring risk- och skydds-faktorer för unga hbtq-personers hälsa behövs fler studier med mer rigorös studiedesign, allra helst longitudinella studier i representativa urval av befolkningen, där hälsa och livsvillkor följs med både själv-rapporterade och objektiva mått på risk- och skydds-faktorer. De flesta studier kring risk- och skydds-faktorer och mekanismerna bakom den ökade risken för ohälsa bland hbtq-personer har genomförts i Nordamerika. Det behövs mer forskning som tar hänsyn till situationen i Sverige.

För att få bättre förståelse för vad som påverkar hbtq-personers hälsa och livsvillkor behöver hänsyn tas till faktorer på många nivåer. Sociala, strukturella och individuella bestä-mningsfaktorer behöver studeras, samt hur normer kring kön och sexuell läggning påverkar hbtq-personers livsvillkor. Mycket av tidigare forskning har fokuserat på riskfaktorer bland hbtq-personer. Framtida studier behöver fokusera mer på styrkor och på vilka olika sätt hbtq-individer hanterar utmaningar.

Mer kunskap kring styrkor och skydds-faktorer kan ge viktig information som kan ligga till grund för interventioner som syftar till att förbättra vård, prevention och behandling riktad till hbtq-personer. Bättre definitioner och välvaliderade mått på minoritetsstress och andra risk- och skydds-faktorer bland hbtq-personer behöver också utvecklas.

KUNSKAPSLUCKOR KRING VÅRD, PREVENTION OCH BEHANDLING FÖR ATT FÖRBÄTTRA HBTQ-PERSONERS HÄLSA

Det behövs forskning kring effektiva metoder för att minska ojämlikhet i hälsa bland hbtq-personer jämfört med heterosexuella och cispersoner. Metoder behöver både utvecklas och utvärderas. Det behövs i synnerhet inter-ventioner som riktar sig till särskilt utsatta grupper och mest angeläget är interventioner för att minska psykisk ohälsa, självmordsrisk och risk för hiv.

För att minska den kraftigt ökade risken för psykisk ohälsa behöver man utveckla och utvärdera interventioner som syftar till att förebygga och effektivt behandla psykisk ohälsa bland hbtq-personer. Det finns i dag kunskap om centrala mekanismer för ohälsa som är specifika för hbtq-personer och förslag på behandlingsstrategier för att påverka dessa, se kapitel 4. Det behövs dock randomiserade kontrollerade studier som undersöker effekten av hbtq-specifik psykologisk behandling. Dessa studier behöver också utformas på ett sätt som gör det möjligt att säga för vem (det vill säga vilka subgrupper av hbtq-individer) och under vilka omständigheter som dessa behandlingar är effektiva. Även studier av mer generellt inriktad psykologisk behandling behöver inkludera mått på sexuell läggning och könsidentitet för att kunna ta reda på om dessa behandlingar fungerar även för hbtq-personer. Det nationella suicidpreventiva arbetet måste anpassas för att möta den kraftigt ökade risken bland hbtq-personer.

Det behövs mer kunskap om hur vården för unga transpersoner på bästa sätt bör utformas och vilka effekter vården har för transpersoners hälsa, välbefinnande och livsvillkor. Det behövs mer kunskap kring långtidseffekterna av könsbekräftande vård för transpersoner.

PERSPEKTIV I FORSKNINGEN

Man bör genomgående i forskning kring hbtq-personers hälsa ta hänsyn till att hbtq-identitet enbart är en faktor bland många som påverkar individers hälsa och livsvillkor. För att få en bättre och mer djupgående förståelse för hbtq-personers situation behöver man analysera andra aspekter, så som etnisk och kulturell bakgrund, socioekonomi och regionala skillnader. Forskning bör ha ett intersektionellt perspektiv och ta hänsyn till effekten av multipla sociala identiteter och konsekvenserna av kön, klass, etnisk och kulturell bakgrund, hudfärg, funktionsvariation och ålder i samverkan med sexuell läggning och könsidentitet.

Forskning behöver också bedrivas på specifika grupper av hbtq-personer. Även om vissa delar av hbtq-gruppen har högre utbildning (i synnerhet homosexuella), behövs mer kunskaper om socialt utsatta och hemlösa hbtq-personers livssituation. Det behövs mer kunskap om betydelsen av etnisk minoritetsstatus bland unga hbtq-personer i Sverige. Den specifika situationen för de hbtq-personer som kommer till Sverige som flyktingar behöver också belysas för att möjliggöra ett gott mottagande och underlätta integrering i samhället.

Det är betydelsefullt med ett mångfaldsperspektiv i all forskning som berör människor. Därför bör forskningsfinansiärer uppmuntra sökande att specifikt överväga och motivera inkludering eller exkludering av hbtq-personer i sin forskning.

PERSONER MED INTERSEXVARIATION

Det finns mycket begränsad forskning kring hälsa och livsvillkor för personer med intersexvariationer och de översiktsartiklar som identifierades i vår litteratursökning drar slutsatsen att mer kunskap behövs (Beale & Creighton, 2016; Tishelman, Shumer & Nahata, 2017). Eftersom gruppen består av individer med stor spridning i typ av intersexvariation är det svårt att ge generella rekommendationer kring vård och vårdbehov. Det behövs mer kunskap ur ett livsloppsperspektiv kring vård, vårdbehov och livssituation hos personer med intersexvariation. Men på grund av det begränsade antalet individer som omfattas, är det möjligt att det krävs internationella forskningsansatser på detta område.

Kunskapsluckor och författarens rekommendationer

- Frågor kring hbtq-identitet bör användas i samtliga befolkningsundersökningar i Sverige.
- Frågor kring hbtq-identitet bör ingå i hälso-kartläggningar i skolan och i arbetslivet.
- Medvetenhet kring unga hbtq-personers ökade utsatthet för riskfaktorer och ohälsa måste uppmärksammas i ungdomsforskning och ett hbtq-perspektiv bör alltid ingå som en del i sådan forskning.
- För att öka kunskapen kring risk och skyddsfaktorer för unga hbtq-personers hälsa behövs longitudinella studier i representativa urval av befolkningen där hälsa och livsvillkor följs med både självrapporterade och objektiva mått. Eftersom huvuddelen av den forskning som genomförts kring orsaker till ökad risk för ohälsa bland hbtq-personer genomförts i Nordamerika, behövs fördjupade studier anpassade för svenska förhållanden.
- Det behövs mer kunskap kring styrkor och skyddsfaktorer hos hbtq-personer. Sådan kunskap kan sedan ligga till grund för interventioner med syfte att förbättra vård, prevention och behandling riktad till hbtq-personer.
- Mer studier kring levnadsvillkor bland hbtq-personer behövs, i synnerhet situationen för hbtq-personer i skolan, i högre utbildning och på arbetsplatser.
- Mer forskning behövs i vissa subgrupper inom hbtq-gruppen, i synnerhet de med annan sexuell identitet än homo-, bisexuell eller heterosexuell (t.ex. queer eller asexuell) och bland transpersoner.
- Mer forskning behövs kring utsatthet för våld bland hbtq-personer och dess orsaker, inklusive våld från en partner, sexuellt våld och hedersrelaterat våld, med särskilt fokus på situationen för transpersoner och bisexuella kvinnor.
- För att minska den kraftigt ökade risken för psykisk ohälsa behöver interventioner som syftar till att förebygga och effektivt behandla psykisk ohälsa bland hbtq-personer utvecklas och utvärderas.
- Det behövs randomiserade kontrollerade studier som undersöker effekten av hbtq-specifik psykologisk behandling.
- Det nationella suicidpreventiva arbetet måste anpassas för att möta den kraftigt ökade risken bland hbtq-personer.
- Det behövs mer forskning som har ett intersektionellt perspektiv och som tar hänsyn till effekten av multipla sociala identiteter och konsekvenserna av kön, klass, etnicitet, hudfärg, funktionsvariation och ålder i samverkan med sexuell läggning och könsidentitet.
- Det behövs mer kunskap om hur vården för unga transpersoner på bästa sätt bör utformas och vilka effekter vården har för transpersoners hälsa, välbefinnande och livsvillkor.
- Det behövs mer kunskap kring långtidseffekterna av könsbekräftande vård för transpersoner.
- Forskning behöver också göras i specifika grupper av hbtq-personer, t.ex. socialt utsatta och nyanlända.
- Mer kunskap behövs kring vård, vårdbehov och livssituation för personer med intersexvariation.
- Forskningsfinansiärer bör uppmuntra sökande att specifikt överväga och motivera inkludering eller exkludering av hbtq-personer i sin forskning.

Referenser

- Aboujaoude, Savage, Starcevic & Salame. (2015). Cyberbullying: Review of an Old Problem Gone Viral. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 57(1), 10-18.
- Adelson, Stroeh & Ng. (2016). Development and mental health of lesbian, gay, bisexual, or transgender youth in pediatric practice. *Pediatric Clinics*, 63(6), 971-983.
- Adler, Boyce, Chesney, Cohen, Folkman, Kahn & Syme. (1994). Socioeconomic status and health: the challenge of the gradient. *American Psychologist*, 49(1), 15.
- Ahmed, Andersson & Hammarstedt. (2013). Are gay men and lesbians discriminated against in the hiring process? *Southern Economic Journal*, 79(3), 565-585.
- Åhman. (2017). *Linjer mot lycka – en kunskapsfördjupning rörande transpersoner med åstörningar*. (Kandidat), Stockholms universitet, Stockholm.
- Alegria. (2011). Transgender identity and health care: Implications for psychosocial and physical evaluation. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 23(4), 175-182.
- Ankarblom & Gudmundsson. (2014). *Samkönade föräldrars upplevelse av bemötandet på barnavårdscentralen*. Lunds universitet, Lund, Sverige.
- Bäckström, Edgardh Beckman & Pettersson. (2004). *Religious Change in Northern Europe.: The Case of Sweden*. Verbum, Stockholm.
- Badgett, Lau, Sears & Ho. (2007). *Bias in the Workplace: Consistent Evidence of Sexual Orientation and Gender Identity Discrimination*. Retrieved from Williams Institute, UCLA School of Law, CA, USA.
- Balsam, Molina, Beadnell, Simoni & Walters. (2011). Measuring multiple minority stress: the LGBT People of Color Microaggressions Scale. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 17(2), 163.
- Beale & Creighton. (2016). Long-term health issues related to disorders or differences in sex development/intersex. *Maturitas*, 94, 143-148.
- Bell, Breland & Ott. (2013). Adolescent and Young Adult Male Health: A Review. *Pediatrics*, 132(3), 535-546.
- Bildt. (2004). *Fackmedlemmars uppfattningar om diskriminering på grund av sexuell läggning på arbetsplatsen*. Arbetslivsinstitutet, Stockholm, Sweden.
- Black, Sanders & Taylor. (2007). The economics of lesbian and gay families. *Journal of economic perspectives*, 21(2), 53-70.
- Blais, Bergeron, Duford, Boislard & Hebert. (2015). Health Outcomes of Sexual-Minority Youth in Canada: An Overview. *Adolescencia & saude*, 12(3), 53-73.
- Blondeel, de Vasconcelos, García-Moreno, Stephenson, Temmerman & Toskin. (2018). Violence motivated by perception of sexual orientation and gender identity: a systematic review. *Bulletin of the World Health Organisation*, 96(1), 29-41L.
- Blondeel, Say, Chou, Toskin, Khosla, Scolaro & Temmerman. (2016). Evidence and knowledge gaps on the disease burden in sexual and gender minorities: a review of systematic reviews. *International Journal for Equity in Health*, 15(1), 16.
- Blosnich, Lee & Horn. (2013). A systematic review of the aetiology of tobacco disparities for sexual minorities. *Tobacco Control*, 22(2), 66-73.
- Boehmer. (2002). Twenty years of public health research: Inclusion of lesbian, gay, bisexual, and transgender populations. *American Journal of Public Health*, 92(7), 1125-1130.
- Boehmer, Cooley & Clark. (2012). Cancer and men who have sex with men: a systematic review. *The Lancet Oncology*, 13(12), e545-e553.
- Bongard, Al'Absi & Lovallo. (2012). How motivation affects cardiovascular response: Mechanisms and applications. In G. H. E. Gendolla (Ed.), *Cardiovascular reactivity and health* (pp. 223-241). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bourne & Weatherburn. (2017). Substance use among men who have sex with men: patterns, motivations, impacts and intervention development need. *Sexually Transmitted Infections*, 93(5), 342-346.

- Brottsförebyggande rådet. (2017). Hatbrottsstatistik. Från Hemsida: <https://www.bra.se/statistik/statistiska-undersokningar/hatbrottsstatistik.html>
- Bränström. (2017). Minority stress factors as mediators of sexual orientation disparities in mental health treatment: a longitudinal population-based study. *J Epidemiol Community Health*, 71(5), 446-452.
- Bränström, Hatzenbuehler & Pachankis. (2016). Sexual orientation disparities in physical health: Age effects in a population-based study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(2), 289-301.
- Bränström, Hatzenbuehler, Pachankis & Link. (2016). Sexual orientation disparities in preventable disease: A fundamental cause perspective. *American Journal of Public Health*, 06(6), 1109-1115.
- Bränström, Hatzenbuehler, Tinghög & Pachankis. (2018). Sexual orientation differences in outpatient psychiatric treatment and antidepressant usage: evidence from a population-based study of siblings. *European Journal of Epidemiology*, May 15, Epub ahead of print.
- Bränström, Hatzenbuehler, van der Star & Pachankis. (2018). Sexual orientation disparities in suicidality: Age and gender effects in a population-based nationwide study in Sweden. *Manuscript in preparation*.
- Bränström, Karlin & Pachankis. (2018). The role of country-level structural stigma on transgender identity concealment, discrimination, and life-satisfaction across Europe. *Manuscript in preparation*.
- Bränström & Pachankis. (2018a). Bullying and school victimization among lesbian, gay, bisexual, and transgender youth in 28 European countries: the impact of discriminatory legislation and population attitudes. *Manuscript in preparation*.
- Bränström & Pachankis. (2018b). Mental health and stigma-related stress among Middle Eastern gay and bisexual migrants in Sweden. *Manuscript in preparation*.
- Bränström & Pachankis. (2018c). Reduction in mental health treatment utilization among transgender individuals after gender-affirming surgeries: A total population study. *Manuscript in preparation*.
- Bränström & Pachankis. (2018d). The role of country-level structural stigma on sexual orientation concealment and discrimination in health care settings across Europe. *Manuscript in preparation*.
- Bränström & Pachankis. (2018e). Sexual Orientation Disparities in the Co-Occurrence of Substance Use and Psychological Distress: A National Population-Based Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 4(53), 403-415.
- Bränström & Pachankis. (2018f). Validating the syndemic threat surrounding sexual minority men's health in a population-based study. *JAIDS*, 78(4), 376-382.
- Bränström & van der Star. (2013). All inclusive Public Health--what about LGBT populations? *Eur J Public Health*, 23(3), 353-354.
- Caceres, Brody & Chyun. (2016). Recommendations for cardiovascular disease research with lesbian, gay and bisexual adults. *Journal of Clinical Nursing*, 25(23-24), 3728-3742.
- Caceres, Brody, Luscombe, Primiano, Marusca, Sitts & Chyun. (2017). A Systematic Review of Cardiovascular Disease in Sexual Minorities. *American Journal of Public Health*, 107(4), E13-E21.
- Cartaya & Lopez. (2017). Gender dysphoria in youth: a review of recent literature. *Current opinion in endocrinology, diabetes, and obesity*, 25(1):44-48.
- Chaudoir, Wang & Pachankis. (2017). What Reduces Sexual Minority Stress? A Review of the Intervention "Toolkit". *Journal of Social Issues*, 73(3), 586-617.
- Cochran & Mays. (2007). Physical health complaints among lesbians, gay men, and bisexual and homosexually experienced heterosexual individuals: results from the California Quality of Life Survey. *Am J Public Health*, 97(11), 2048-2055.
- Cole, Kemeny, Fahey, Zack & Naliboff. (2003). Psychological risk factors for HIV pathogenesis: mediation by the autonomic nervous system. *Biological Psychiatry*, 54(12), 1444-1456.
- Cole, Kemeny & Taylor. (1997). Social identity and physical health: accelerated HIV progression in rejection-sensitive gay men. *J Pers Soc Psychol*, 72(2), 320-335.
- Cole, Kemeny, Taylor & Visscher. (1996). Elevated physical health risk among gay men who conceal their homosexual identity. *Health Psychology*, 15(4), 243.

- Collier, van Beusekom, Bos & Sandfort. (2013). Sexual orientation and gender identity/expression related peer victimization in adolescence: a systematic review of associated psychosocial and health outcomes. *Journal of Sex Research*, 50(3-4), 299-317.
- Conard. (2017). Supporting and caring for transgender and gender nonconforming youth in the urology practice. *Journal of pediatric urology*, 13(3), 300-304.
- Condran, Gahagan & Isfeld-Kiely. (2017). A scoping review of social media as a platform for multi-level sexual health promotion interventions. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 26(1), 26-37.
- Connolly, Zervos, Barone, Johnson & Joseph. (2016). The Mental Health of Transgender Youth: Advances in Understanding. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 59(5), 489-495.
- Crocker, Major & Steele. (1998). Social stigma. In D. Gilbert, S.-T. Fiske & G. Lindzey (Eds.), *The handbook of social psychology* (pp. 504- 553). Boston, MA: McGraw- Hill.
- Cronley & Evans. (2017). Studies of resilience among youth experiencing homelessness: A systematic review. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 27(4), 291-310.
- D'augelli. (1989). Lesbians' and gay men's experiences of discrimination and harassment in a university community. *American journal of community psychology*, 17(3), 317-321.
- De Roo, Tilleman, T'Sjoen & De Sutter. (2016). Fertility options in transgender people. *International review of psychiatry (Abingdon, England)*, 28(1), 112-119.
- Delany-Moretlwe, Cowan, Busza, Bolton-Moore, Kelley & Fairlie. (2015). Providing comprehensive health services for young key populations: needs, barriers and gaps. *Journal of the International AIDS Society*, 18(2 Suppl 1), 19833.
- Dhejne, Van Vlerken, Heylens & Arcelus. (2016). Mental health and gender dysphoria: a review of the literature. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 44-57.
- Diamant & Wold. (2003). Sexual orientation and variation in physical and mental health status among women. *Journal of Women's Health*, 12(1), 41-49.
- Dickerson & Kemeny. (2004). Acute stressors and cortisol responses: a theoretical integration and synthesis of laboratory research. *Psychological Bulletin*, 130(3), 355.
- Dispenza, Brown & Chastain. (2016). Minority Stress Across the Career-Lifespan Trajectory. *Journal of Career Development*, 43(2), 103-115.
- Donahue, Langstrom, Lundstrom, Lichtenstein & Forsman. (2017). Familial Factors, Victimization, and Psychological Health Among Sexual Minority Adolescents in Sweden. *American Journal of Public Health*, 107(2), 322-328.
- Doyle & Molix. (2015). Social stigma and sexual minorities' romantic relationship functioning: A meta-analytic review. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 41(10), 1363-1381.
- Earnshaw, Bogart, Poteat, Reisner & Schuster. (2016). Bullying among lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. *Pediatric Clinics*, 63(6), 999-1010.
- Ecker. (2016). Queer, young, and homeless: A review of the literature. *Child & Youth Services*, 37(4), 325-361.
- Eliason, Ingraham, Fogel, McElroy, Lorvick, Mauery & Haynes. (2015). A systematic review of the literature on weight in sexual minority women. *Women's health issues : official publication of the Jacobs Institute of Women's Health*, 25(2), 162-175.
- Elliott, Watson, Goldman & Greenberg. (2004). *Learning emotion-focused therapy: The process-experiential approach to change*: American Psychological Association.
- European Commission. (2006). *Eurobarometer 66: Public opinion in the European union*. Brussels, Belgium.
- European Commission. (2015). *Special Eurobarometer 437: "Discrimination in the EU in 2015"*. Brussels, Belgium.
- Everum & Viebke. (2010). "Regnbågsfamiljer" – att stå utanför sambällets normer. Malmö högskola, Malmö, Sverige.
- Farchione, Fairholme, Ellard, Boisseau, Thompson-Hollands, Carl, . . . Barlow. (2012). Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: a randomized controlled trial. *Behavior therapy*, 43(3), 666-678.

- Feinstein, Goldfried & Davila. (2012). The relationship between experiences of discrimination and mental health among lesbians and gay men: An examination of internalized homonegativity and rejection sensitivity as potential mechanisms. *J Consult Clin Psychol*, 80(5), 917-927.
- Fisher & Mustanski. (2014). Reducing Health Disparities and Enhancing the Responsible Conduct of Research Involving LGBT Youth. *The Hastings Center report*, 44 Suppl 4, S28-31.
- Flores & Park. (2018). *Polarized progress: Social acceptance of LGBT people in 141 countries, 1981 to 2014*. Retrieved from Los Angeles, USA.
- Folkhälsomyndigheten. (2014). *Utvecklingen av hälsan och hälsans bestämningsfaktorer bland homo- och bisexuella personer – Resultat från nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor*. Stockholm, Sweden.
- Folkhälsomyndigheten. (2015). *Hälsan och hälsans bestämningsfaktorer för transpersoner – En rapport om hälsoläget bland transpersoner i Sverige*. Stockholm, Sweden.
- Folkhälsomyndigheten. (2017). HIVinfektion. Från hemsida: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/sjukdomsstatistik/hivinfektion/>
- Folkhälsomyndigheten. (2018). *Metoder för att främja en god hälsa bland hbtq-personer: resultat från en kartläggande litteraturöversikt*. Stockholm, Sweden.
- Frederick & Essayli. (2016). Male Body Image: The Roles of Sexual Orientation and Body Mass Index Across Five National US Studies. *Psychology of Men & Masculinity*, 17(4), 336-351.
- Freitas, Coimbra & Fontaine. (2017). Resilience in LGB youths: A systematic review of protection mechanisms. *Paideia*, 27(66), 69-79.
- Friedman, Kachur, Noar & McFarlane. (2016). Health Communication and Social Marketing Campaigns for Sexually Transmitted Disease Prevention and Control: What Is the Evidence of their Effectiveness? *Sexually Transmitted Diseases*, 43, S83-S101.
- Gallo & Matthews. (2003). Understanding the association between socioeconomic status and physical health: do negative emotions play a role? *Psychological Bulletin*, 129(1), 10.
- Garnets, Herek & Levy. (1990). Violence and victimization of lesbians and gay men: Mental health consequences. *J Interpers Violence*, 5(3), 366-383.
- Goldbach, Fisher & Dunlap. (2015). Traumatic Experiences and Drug Use by LGB Adolescents: A Critical Review of Minority Stress. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 15(1), 90-113.
- Goldbach, Tanner-Smith, Bagwell & Dunlap. (2014). Minority stress and substance use in sexual minority adolescents: a meta-analysis. *Prevention science: the official journal of the Society for Prevention Research*, 15(3), 350-363.
- Hadland, Yehia & Makadon. (2016). Caring for Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Questioning Youth in Inclusive and Affirmative Environments. *Pediatric Clinics of North America*, 63(6), 955-+.
- Hafeez, Zeshan, Tahir, Jahan & Naveed. (2017). Health Care Disparities Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth: A Literature Review. *Cureus*, 9(4), e1184.
- Hafford-Letchfield, Pezzella, Cole & Manning. (2017). Transgender students in post-compulsory education: A systematic review. *International Journal of Educational Research*, 86, 1-12.
- Hall. (2017a). The Effectiveness of Policy Interventions for School Bullying: A Systematic Review. *Journal of the Society for Social Work and Research*, 8(1), 45-69.
- Hall. (2017b). Psychosocial Risk and Protective Factors for Depression Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Queer Youth: A Systematic Review. *Journal of Homosexuality*, 1-54.
- Harper & Riplinger. (2013). HIV Prevention Interventions for Adolescents and Young Adults: What About the Needs of Gay and Bisexual Males? *AIDS and behavior*, 17(3), 1082-1095.
- Hasson, Brown, Dorn, Barkley, Torgan, Whitt-Glover, . . . Keith. (2017). Achieving Equity in Physical Activity Participation: ACSM Experience and Next Steps. *Medicine and science in sports and exercise*, 49(4), 848-858.
- Hatzenbuehler. (2009). How does sexual minority stigma "get under the skin"? A psychological mediation framework. *Psychol Bull*, 135(5), 707-730.

- Hatzenbuehler. (2017). Advancing Research on Structural Stigma and Sexual Orientation Disparities in Mental Health Among Youth. *Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 46(3), 463-475.
- Hatzenbuehler, Bränström & Pachankis. (2017). Societal-level explanations for reductions in sexual orientation mental health disparities: Results from a ten-year, population-based study in Sweden. *Stigma and Health*, 3(1), 16-26.
- Hatzenbuehler, McLaughlin & Nolen-Hoeksema. (2008). Emotion regulation and internalizing symptoms in a longitudinal study of sexual minority and heterosexual adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*, 49(12), 1270-1278.
- Hatzenbuehler, McLaughlin & Slopen. (2013). Sexual orientation disparities in cardiovascular biomarkers among young adults. *Am J Prev Med*, 44(6), 612-621.
- Hatzenbuehler, Nolen-Hoeksema & Dovidio. (2009). How does stigma "get under the skin"?: the mediating role of emotion regulation. *Psychol Sci*, 20(10), 1282-1289.
- Hatzenbuehler, Nolen-Hoeksema & Erickson. (2008). Minority stress predictors of HIV risk behavior, substance use, and depressive symptoms: results from a prospective study of bereaved gay men. *Health Psychology*, 27(4), 455.
- Hatzenbuehler & Pachankis. (2016a). Stigma and minority stress as social determinants of health among lesbian, gay, bisexual, and transgender Youth. *Pediatric Clinics*, 63(6), 985-997.
- Hatzenbuehler & Pachankis. (2016b). Stigma and Minority Stress as Social Determinants of Health Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth: Research Evidence and Clinical Implications. *Pediatric Clinics of North America*, 63(6), 985-997.
- Hatzenbuehler & Pachankis. (2016c). Stigma and Minority Stress as Social Determinants of Health Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth: Research Evidence and Clinical Implications. *Pediatr Clin North Am*, 63(6), 985-997.
- Hatzenbuehler, Slopen & McLaughlin. (2014). Stressful life events, sexual orientation, and cardio-metabolic risk among young adults in the United States. *Health Psychol*, 33(10), 1185-1194.
- Hawkey & Cacioppo. (2010). Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of behavioral medicine*, 40(2), 218-227.
- Heck & Jacobson. (2006). Asthma diagnosis among individuals in same-sex relationships. *J Asthma*, 43(8), 579-584.
- Hergenrather, Emmanuel, Durant & Rhodes. (2016). Enhancing HIV prevention among young men who have sex with men: A systematic review of HIV behavioral interventions for young gay and bisexual men. *Aids Education and Prevention*, 28(3), 252-271.
- Hjortskov, Rissén, Blangsted, Fallentin, Lundberg & Søgaard. (2004). The effect of mental stress on heart rate variability and blood pressure during computer work. *European journal of applied physiology*, 92(1-2), 84-89.
- Holt-Lunstad, Smith, Baker, Harris & Stephenson. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 227-237.
- Hong, Kral & Sterzing. (2015). Pathways From Bullying Perpetration, Victimization, and Bully Victimization to Suicidality Among School-Aged Youth: A Review of the Potential Mediators and a Call for Further Investigation. *Trauma Violence & Abuse*, 16(4), 379-390.
- Hooghe & Meeusen. (2013). Is Same-Sex Marriage Legislation Related to Attitudes Toward Homosexuality? Trends in Tolerance of Homosexuality in European Countries Between 2002 and 2010. *Sex Res Soc Policy*, 10, 258-268.
- Huebner & Davis. (2005). Gay and bisexual men who disclose their sexual orientations in the workplace have higher workday levels of salivary cortisol and negative affect. *Annals of Behavioral Medicine*, 30(3), 260-267.
- Jeffries. (2014). Beyond the Bisexual Bridge Sexual Health Among US Men Who Have Sex with Men and Women. *American Journal of Preventive Medicine*, 47(3), 320-329.

- Juster, Hatzenbuehler, Mendrek, Pfaus, Smith, Johnson, . . . Sindi. (2015). Sexual orientation modulates endocrine stress reactivity. *Biol Psychiatry*, 77(7), 668-676.
- Katz-Wise, Rosario & Tsappis. (2016). LGBT Youth and Family Acceptance. *Pediatric Clinics of North America*, 63(6), 1011.
- Keuroghlian, Shtasel & Bassuk. (2014). Out on the street: a public health and policy agenda for lesbian, gay, bisexual, and transgender youth who are homeless. *The American journal of orthopsychiatry*, 84(1), 66-72.
- King, Semlyen, Tai, Killaspy, Osborn, Popelyuk & Nazareth. (2008a). A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry*, 8(1), 70.
- King, Semlyen, Tai, Killaspy, Osborn, Popelyuk & Nazareth. (2008b). A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC psychiatry*, 8, 70.
- Kirschbaum, Pirke & Hellhammer. (1993). The 'Trier Social Stress Test'—a tool for investigating psychobiological stress responses in a laboratory setting. *Neuropsychobiology*, 28(1-2), 76-81.
- Larson, Chastain, Hoyt & Ayzenberg. (2015). Self-concealment: Integrative review and working model. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 34(8), 705-729.
- Lev-Wiesel, Nuttman-Shwartz & Sternberg. (2006). Peer rejection during adolescence: Psychological long-term effects—A brief report. *Journal of Loss and Trauma*, 11(2), 131-142.
- Lick, Durso & Johnson. (2013). Minority stress and physical health among sexual minorities. *Perspectives on Psychological Science*, 8, 521-548.
- Linander, Alm, Goicolea & Harryson. (2017). 'It was like I had to fit into a category': Care-seekers' experiences of gender regulation in the Swedish trans-specific healthcare. *Health*, 1:1363459317708824.
- Linander, Alm, Hammarström & Harryson. (2017). Negotiating the (bio) medical gaze—Experiences of trans-specific healthcare in Sweden. *Social Science & Medicine*, 174, 9-16.
- Lindstrom, Axelsson, Moden & Rosvall. (2014). Sexual orientation, social capital and daily tobacco smoking: a population-based study. *BMC Public Health*, 14, 565. doi:10.1186/1471-2458-14-565
- Link & Phelan. (1995). Social conditions as fundamental causes of disease. *J Health Soc Behav, Spec No*, 80-94.
- Link & Phelan. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385.
- Lucassen, Stasiak, Samra, Frampton & Merry. (2017). Sexual minority youth and depressive symptoms or depressive disorder: A systematic review and meta-analysis of population-based studies. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 51(8), 774-787.
- Lundberg. (2005). Stress hormones in health and illness: the roles of work and gender. *Psychoneuroendocrinology*, 30(10), 1017-1021.
- Lundgren, Isung, Rinder, Dhejne, Arver, Holm & Farnebo. (2016). Moving transgender care forward within public health organizations: Inclusion of facial feminizing surgery in the Swedish National Treatment Recommendations. *Arch Sex Behav*, 45(8), 1879.
- Maniglio. (2017). Bullying and Other Forms of Peer Victimization in Adolescence and Alcohol Use. *Trauma Violence & Abuse*, 18(4), 457-473.
- Marsland, Walsh, Lockwood & John-Henderson. (2017). The effects of acute psychological stress on circulating and stimulated inflammatory markers: a systematic review and meta-analysis. *Brain, behavior, and immunity*, 64, 208-219.
- Mattocks, Sullivan, Bertrand, Kinney, Sherman & Gustason. (2015). Perceived stigma, discrimination, and disclosure of sexual orientation among a sample of lesbian veterans receiving care in the Department of Veterans Affairs. *LGBT Health*, 2(2), 147-153.
- Mays & Cochran. (2001). Mental health correlates of perceived discrimination among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *Am J Public Health*, 91(11), 1869-1876.
- McGarrity. (2014). Socioeconomic status as context for minority stress and health disparities among lesbian, gay, and bisexual individuals. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 1(4), 383.

- McNeil, Ellis & Eccles. (2017). Suicide in trans populations: A systematic review of prevalence and correlates. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 4(3), 341.
- Mendoza-Denton, Downey, Purdie, Davis & Pietrzak. (2002). Sensitivity to status-based rejection: implications for African American students' college experience. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(4), 896.
- Meriggiola & Gava. (2015). Endocrine care of transpeople part I. A review of cross-sex hormonal treatments, outcomes and adverse effects in transmen. *Clinical endocrinology*, 83(5), 597-606.
- Meyer. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychol Bull*, 129(5), 674-697.
- Miranda-Mendizabal, Castellvi, Pares-Badell, Almenara, Alonso, Blasco, . . . Alonso. (2017). Sexual orientation and suicidal behaviour in adolescents and young adults: systematic review and meta-analysis. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 211(2), 77-87.
- Mustanski, Newcomb, Du Bois, Garcia & Grov. (2011). HIV in young men who have sex with men: a review of epidemiology, risk and protective factors, and interventions. *J Sex Res*, 48(2-3), 218-253.
- Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor. (2015). *Öppna skolan! Om hbtq-normer och inkludering i årskurs 7-9 och gymnasiet* (2015). Stockholm.
- Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor. (2016). *Stödande och stärkande – Unga hbtq-personers röster om identitetsstärkande och hälsofrämjande faktorer*. Stockholm.
- Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor. (2017a). *Bredda normen – unga hbtq-personers röster om skola och arbetsliv*. Retrieved from Stockholm.
- Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor. (2017b). *Fokus 17 - Unga hbtq-personer – Etablering i arbetslivet*. Retrieved from Stockholm.
- Nationellt centrum för kvinnofrid. (2018). *Väld mot hbtw-personer – en forsknings- och kunskapsöversikt*. Retrieved from Uppsala.
- Newcomb, Heinz, Birkett & Mustanski. (2014). A longitudinal examination of risk and protective factors for cigarette smoking among lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. *Journal of Adolescent Health*, 54(5), 558-564.
- Newcomb, Heinz & Mustanski. (2012). Examining risk and protective factors for alcohol use in lesbian, gay, bisexual, and transgender youth: a longitudinal multilevel analysis. *J Stud Alcohol Drugs*, 73(5), 783-793.
- Newcomb & Mustanski. (2010). Internalized homophobia and internalizing mental health problems: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*, 30(8), 1019-1029.
- Norwegian National Science Data Services. (2002-2017). *ESS Round 1-8: European Social Survey Round 1-8 Data*.
- Oldenburg, Perez-Brumer, Hatzenbuehler, Krakower, Novak, Mimiaga & Mayer. (2015). State-level structural sexual stigma and HIV prevention in a national online sample of HIV-uninfected men who have sex with men in the United States. *AIDS (London, England)*, 29(7), 837.
- Olsen, Kann, Vivolo-Kantor, Kinchen & McManus. (2014). School violence and bullying among sexual minority high school students, 2009-2011. *Journal of Adolescent Health*, 55(3), 432-438.
- Oost, Livingston, Gleason & Cochran. (2016). Gender performance stress and risk for psychopathology: Looking beyond sexual orientation. *Journal of LGBT Youth*, 13(3), 231-248.
- Operario, Yang, Reisner, Iwamoto & Nemoto. (2014). Stigma and the syndemic of HIV-related health risk behaviors in a diverse sample of transgender women. *Journal of Community Psychology*, 42(5), 544-557.
- Pachankis. (2007). The psychological implications of concealing a stigma: a cognitive-affective-behavioral model. *Psychol Bull*, 133(2), 328-345.
- Pachankis. (2014). Uncovering Clinical Principles and Techniques to Address Minority Stress, Mental Health, and Related Health Risks Among Gay and Bisexual Men. *Clin Psychol (New York)*, 21(4), 313-330.

- Pachankis. (2015). A transdiagnostic minority stress treatment approach for gay and bisexual men's syndemic health conditions. *Arch Sex Behav*, 44(7), 1843-1860.
- Pachankis & Bränström. (2018). Hidden from happiness: structural stigma, sexual orientation concealment, and life satisfaction across 28 countries. *Journal of consulting and clinical psychology*, 5(86), 403-415.
- Pachankis & Hatzenbuehler. (2013). The social development of contingent self-worth in sexual minority young men: An empirical investigation of the "Best Little Boy in the World" hypothesis. *Basic and Applied Social Psychology*, 35(2), 176-190.
- Pachankis, Hatzenbuehler, Hickson, Weatherburn, Berg, Marcus & Schmidt. (2015). Hidden from health: structural stigma, sexual orientation concealment, and HIV across 38 countries in the European MSM Internet Survey. *AIDS*, 29(10), 1239-1246.
- Pachankis, Hatzenbuehler, Rendina, Safren & Parsons. (2015). LGB-affirmative cognitive-behavioral therapy for young adult gay and bisexual men: A randomized controlled trial of a transdiagnostic minority stress approach. *J Consult Clin Psychol*, 83(5), 875-889.
- Pachankis, Hatzenbuehler & Starks. (2014). The influence of structural stigma and rejection sensitivity on young sexual minority men's daily tobacco and alcohol use. *Soc Sci Med*, 103, 67-75.
- Perez-Brumer, Hatzenbuehler, Oldenburg & Bockting. (2015). Individual-and structural-level risk factors for suicide attempts among transgender adults. *Behavioral Medicine*, 41(3), 164-171.
- Pettifor, Nguyen, Celum, Cowan, Go & Hightow-Weidman. (2015). Tailored combination prevention packages and PrEP for young key populations. *Journal of the International AIDS Society*, 18, 8-22.
- Pham & Adesman. (2015). Teen victimization: prevalence and consequences of traditional and cyberbullying. *Current Opinion in Pediatrics*, 27(6), 748-756.
- Ploderl & Tremblay. (2015). Mental health of sexual minorities. A systematic review. *International review of psychiatry (Abingdon, England)*, 27(5), 367-385.
- Poteat & Russell. (2013). Understanding Homophobic Behavior and Its Implications for Policy and Practice. *Theory into Practice*, 52(4), 264-271.
- Priebe & Svedin. (2012). Online or off-line victimisation and psychological well-being: a comparison of sexual-minority and heterosexual youth. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 21(10), 569-582.
- Ragins, Singh & Cornwell. (2007). Making the invisible visible: Fear and disclosure of sexual orientation at work. *Journal of Applied Psychology*, 92(4), 1103.
- Ream & Forge. (2014). Homeless Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Youth in New York City: Insights from the Field. *Child Welfare*, 93(2), 7-22.
- Regeringskansliet. (2014). *En strategi för lika rättigheter och möjligheter oavsett sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck. Eng.: "A strategy for equal rights and opportunities regardless of sexual orientation, gender identity, or gender expression"*. Stockholm, Sweden.
- Riksförbundet för sexuellt likaberättigande (RFSL). (2017). RFSL välkomnar rättslig prövning om föräldraskap. Retrieved from <https://www.rfsl.se/aktuellt/valkommen-rattslig-provning-foraldraskap-sarende/>
- Riksförbundet för sexuellt likaberättigande (RFSL). (2015). LGBT history: "HBT-historia". Retrieved from <http://www.rfsl.se>
- Roger & Najarian. (1998). The relationship between emotional rumination and cortisol secretion under stress. *Personality and Individual Differences*, 24(4), 531-538.
- Rosario, Schrimshaw & Hunter. (2006). A model of sexual risk behaviors among young gay and bisexual men: Longitudinal associations of mental health, substance abuse, sexual abuse, and the coming-out process. *AIDS Education & Prevention*, 18(5), 444-460.

- Russell & Fish. (2016a). Mental Health in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Youth. *Annual review of clinical psychology*, 12, 465-487.
- Russell & Fish. (2016b). Mental health in lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) youth. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12, 465-487.
- Ryan, Russell, Huebner, Diaz & Sanchez. (2010). Family acceptance in adolescence and the health of LGBT young adults. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*, 23(4), 205-213.
- Samuel & Zaritsky. (2008). Communicating effectively with transgender patients. *American family physician*, 78(5), 648, 650-648, 650.
- Savin-Williams & Cohen. (2015). Developmental trajectories and milestones of lesbian, gay, and bisexual young people. *International review of psychiatry (Abingdon, England)*, 27(5), 357-366.
- Schneider, O'donnell, Stueve & Coulter. (2012). Cyberbullying, school bullying, and psychological distress: A regional census of high school students. *American Journal of Public Health*, 102(1), 171-177.
- Segerstrom & Miller. (2004). Psychological stress and the human immune system: a meta-analytic study of 30 years of inquiry. *Psychological bulletin*, 130(4), 601.
- Semlyen, King, Varney & Hagger-Johnson. (2016). Sexual orientation and symptoms of common mental disorder or low wellbeing: combined meta-analysis of 12 UK population health surveys. *BMC psychiatry*, 16, 67.
- Shumer & Spack. (2013). Current management of gender identity disorder in childhood and adolescence: guidelines, barriers and areas of controversy. *Current opinion in endocrinology, diabetes, and obesity*, 20(1), 69-73.
- Silberholz, Brodie, Spector & Pattishall. (2017). Disparities in access to care in marginalized populations. *Current Opinion in Pediatrics*, 29(6), 718-727.
- Slavich, O'Donovan, Epel & Kemeny. (2010). Black sheep get the blues: a psychobiological model of social rejection and depression. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35(1), 39-45.
- Slavich, Way, Eisenberger & Taylor. (2010). Neural sensitivity to social rejection is associated with inflammatory responses to social stress. *Proceedings of the national academy of sciences*, 107(33), 14817-14822.
- Socialstyrelsen. (2015a). *God vård av barn och ungdomar med könsdysfori*. Retrieved from Stockholm: Socialstyrelsen. (2015b). *God vård av vuxna med könsdysfori*. Retrieved from Stockholm.
- Socialstyrelsen. (2017). Utvecklingen av diagnosen könsdysfori i Sverige. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Statens offentliga utredningar. (2017). *Transpersoner i Sverige: Förslag för stärkt ställning och bättre levnadsvillkor*. Retrieved from Stockholm.
- Steptoe, Hamer & Chida. (2007). The effects of acute psychological stress on circulating inflammatory factors in humans: a review and meta-analysis. *Brain, behavior, and immunity*, 21(7), 901-912.
- Streib-Brzic, Quadflieg, Schmitt, Gustavson, Pan, Sobocan, . . . Bercht. (2011). *School is Out?! Comparative Study 'Experiences of Children from Rainbow Families in School' conducted in Germany, Sweden, and Slovenia*. Retrieved from Lund, Sweden.
- Svensk författningssamling: Lag (1999:133) om förbud mot diskriminering i arbetslivet på grund av sexuell läggning, (1999).
- Svensk författningssamling: Lag (2002:800) om ändring i brottsbalken kring hatbrott, (2003).
- Svensk författningssamling: Lag (2009:253) om ändring i äktenskapsbalken (1987:230), (2009).
- Tishelman, Shumer & Nahata. (2017). Disorders of Sex Development: Pediatric Psychology and the Genital Exam. *Journal of Pediatric Psychology*, 42(5), 530-543.
- Toomey, Huynh, Jones, Lee & Revels-Macalino. (2017). Sexual minority youth of color: A content analysis and critical review of the literature. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 21(1), 3-31.
- Toomey & Russell. (2016). The Role of Sexual Orientation in School-Based Victimization: A Meta-Analysis. *Youth & society*, 48(2), 176-201.
- Unger. (2014). Gynecologic care for transgender youth. *Current opinion in obstetrics & gynecology*, 26(5), 347-354.

United Nations High Commissioner for Refugees. (2015). *Protection persons with diverse sexual orientations and gender identities: a global report on UNHCR's efforts to protect lesbian, gay, bisexual, transgender, and intersex asylum-seekers and refugees*. Retrieved from Geneva.

Van den Berg, Bos, Derks, Ganzevoort, Jovanović, Korte & Sremac. (2014). Religion, homosexuality, and contested social orders in the Netherlands, the Western Balkans, and Sweden. *Religion in times of crisis*, 116-134.

Vance, Ehrensaft & Rosenthal. (2014). Psychological and medical care of gender nonconforming youth. *Pediatrics*, 134(6), 1184-1192.

Vogelsang, Milton, Ericsson & Strömberg. (2016). 'wouldn't it be easier if you continued to be a guy?' –a qualitative interview study of transsexual persons' experiences of encounters with healthcare professionals. *Journal of clinical nursing*, 25(23-24), 3577-3588.

Wade & Harper. (2017). Young Black Gay/Bisexual and Other Men Who Have Sex With Men: A Review and Content Analysis of Health-Focused Research Between 1988 and 2013. *American journal of men's health*, 11(5), 1388-1405.

Wang & Pachankis. (2016). Gay-related rejection sensitivity as a risk factor for condomless sex. *AIDS and Behavior*, 20(4), 763-767.

Watson & Pennebaker. (1989). Health complaints, stress, and distress: exploring the central role of negative affectivity. *Psychol Rev*, 96(2), 234-254.

Webster & Telingator. (2016). Lesbian, gay, bisexual, and transgender families. *Pediatric Clinics*, 63(6), 1107-1119.

White Hughto, Reisner & Pachankis. (2015). Transgender stigma and health: A critical review of stigma determinants, mechanisms, and interventions. *Soc Sci Med*, 147, 222-231.

Williams, Connolly, Pepler & Craig. (2005). Peer victimization, social support, and psychosocial adjustment of sexual minority adolescents. *J Youth Adolesc*, 34(5), 471-482.

Zeluf, Dhejne, Orre, Mannheimer, Deogan, Höijer, . . . Thorson. Targeted Victimization and Suicidality Among Trans People: A Web-Based Survey. *LGBT Health*.

BILAGOR

För bilagor se
www.forte.se/publikation/unga-hbtq





www.forte.se