



Folkhälsomyndigheten

Migration, sexuell hälsa och hiv- och STI-prevention

En kartläggning av unga migranternas sexuella och reproduktiva hälsa och rättigheter i Sverige



Migration, sexuell hälsa och hiv- och STI-prevention

En kartläggning av unga migranternas sexuella och reproduktiva hälsa
och rättigheter i Sverige

Bindningar och jäv

För Folkhälsomyndighetens egna experter och sakkunniga som medverkat i rapporter bedöms eventuella intressekonflikter och jäv inom ramen för anställningsförhållandet.

När det gäller externa experter och sakkunniga som deltar i Folkhälsomyndighetens arbete med rapporter kräver myndigheten att de lämnar skriftliga jävsdeklarationer för potentiella intressekonflikter eller jäv. Sådana omständigheter kan föreligga om en expert t.ex. fått eller får ekonomisk ersättning från en aktör med intressen i utgången av den fråga som myndigheten behandlar eller om det finns ett tidigare eller pågående ställningstagande eller engagemang i den aktuella frågan på ett sådant sätt att det uppkommer misstanke om att opartiskheten inte kan upprätthållas.

Folkhälsomyndigheten tar därefter ställning till om det finns några omständigheter som skulle försvåra en objektiv värdering av det framtagna materialet och därmed inverka på myndighetens möjligheter att agera sakligt och opartiskt. Bedömningen kan mynna ut i att experten kan anlitas för uppdraget alternativt att myndigheten föreslår vissa åtgärder beträffande expertens engagemang eller att experten inte bedöms kunna delta i det aktuella arbetet.

De externa experter som medverkat i framtagandet av denna rapport har inför arbetet i enlighet med Folkhälsomyndighetens krav lämnat en deklARATION av eventuella intressekonflikter och jäv. Folkhälsomyndigheten har därefter bedömt att det inte föreligger några omständigheter som skulle kunna äventyra myndighetens trovärdighet. Jävsdeklarationerna och eventuella kompletterande dokument utgör allmänna handlingar som normalt är offentliga. Handlingarna finns tillgängliga på Folkhälsomyndigheten.

Denna titel kan laddas ner från: www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material

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

© Folkhälsomyndigheten, 2020.

Artikelnummer: 19097

Om publikationen

Syftet med denna undersökning är att kartlägga unga migranternas sexuella och reproduktiva hälsa samt faktorer med betydelse för området SRHR och hiv-prevention. Utgångspunkten är den nationella strategin mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar. I strategin identifieras personer med ursprung i högendemiska områden som en av de mest utsatta grupperna, vilka ska prioriteras när det gäller förebyggande insatser.

Utöver denna rapport finns en sammanfattad version, som går att ladda ner från Folkhälsomyndighetens webbplats. Denna rapport och sammanfattningen kan användas som ett kunskapsunderlag inför framtida forskning och prioriteringar av förebyggande insatser inom området.

Målgruppen för rapporten är personer som möter målgruppen unga migranter, inom exempelvis hälso- och sjukvård, kommuner, landsting, myndigheter och civilsamhällets organisationer. Den vänder sig även till tjänstemän, beslutsfattare och forskare inom området.

Originalstudien och denna rapport har gjorts av forskarna Faustine K. Nkulu Kalengayi, Isabel Goicolea och Mazen Baroudi vid institutionen för epidemiologi och global hälsa vid Umeå universitet, under ledning av professor Anna-Karin Hurtig.

Denna rapport har gjorts på uppdrag av Folkhälsomyndigheten och i dialog med utredarna Klara Abrahamsson och Robert Jonzon vid enheten för sexuell hälsa och hivprevention. Ansvarig enhetschef har varit Louise Mannheimer.

Folkhälsomyndigheten

Britta Björkholm

Avdelningschef

Innehåll

Förkortningar	7
Begreppsanvändning	8
Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR)	8
Migrant, invandrare, personer med utländsk bakgrund och utrikes födda	9
Unga och unga vuxna	11
Bakgrund	12
Inledning	12
Människors rörlighet och migration: en växande utmaning	13
Kunskapsläget, folkhälsopolitik och insatser inom SRHR	15
Syfte	22
Metod	23
Studiedesign	23
Studiepopulation	23
Resultat	28
Respondenterna	28
Självskattad generell och sexuell hälsa	33
Osäkerhetskänsla, erfarenheter av fysiskt och sexuellt våld och upplevelser av diskriminering	35
Sexuell läggning, sexdebut och tillfredsställelse med sexlivet	40
Rätten att bestämma	44
Senaste sextillfället	50
Sex mot ens vilja	55
Sex mot ersättning	60
Sexuellt riskbeteende, attityder till kondomanvändning samt hiv- och STI-testning och diagnos	62
Tillgång till hälso- och sjukvård samt bemötande	72
Behov och informationskällor	80
Diskussion	89
Resultatdiskussion	89
Metoddiskussion	103

Referenser	106
Bilagor.....	114

Förkortningar

Icke-binär - Person som identifierar sig som varken kvinna eller man. Används ibland som ett paraplybegrepp för olika könsidentiteter.

EU/EES - Europeiska Unionen/ Europeiska Ekonomiska samarbetsområdet

FN - Förenta Nationerna

Hbtq - Homosexuella, bisexuella, transpersoner och queera

HVB - Hem för vård eller boende

Hiv - Humant immunbristvirus

Intersektionellt perspektiv - Ett perspektiv som kan synliggöra hur olika maktordningar och diskrimineringsgrunder påverkar och ibland förstärker varandra.

ICPD - FN:s konferens om befolkning och utveckling (International Conference on Population and Development)

IOM - Internationella organisationen för migration

MENA - Mellanöstern och Nordafrika (Middle East and North Africa region)

MSM - Män som har sex med män

PTSD - Posttraumatiskt stressyndrom

SRH - Sexuell och reproduktiv hälsa

SRHR - Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (Sexual and Reproductive Health and Rights)

SSA - Afrika söder om Sahara (Sub Saharan Africa)

STI - Sexuellt överförbara infektioner (sexually transmitted infections)

UMO - En webbplats för unga med information om kroppen, sexualitet, hälsa och relationer

UNAIDS - FN-organet UNAIDS (The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS)

UNHCR - FN:s flyktingorgan (United Nations High Commissioner for Refugees)

YOUMO - En webbplats på sex olika språk för unga med information om kroppen, sexualitet, hälsa och relationer

WHO - Världshälsoorganisationen (World Health Organization)

Begreppsanvändning

Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR)

Den globala förståelsen för sexuell hälsa och dess förhållande till reproduktiv hälsa har utvecklats över tiden (1). De befintliga definitionerna för begrepp utgår från internationella överenskommelser i handlingsprogrammet från FN:s internationella konferenser, speciellt FN:s konferens om befolkning och utveckling i Kairo 1994 (ICPD) och FN:s kvinnokonferens i Peking (2, 3). I ICPD-handlingsprogrammet (4) handlar *sexuell hälsa* om livskvalitet och personliga relationer, rådgivning och hälsovård. Det ingår i *reproduktiv hälsa* som definieras så här:

A state of complete physical, mental and social wellbeing and not merely the absence of disease or infirmity, in all matters relating to the reproductive system and to its functions and processes. Reproductive health therefore implies that people are able to have a satisfying and safe sex life and that they have the capacity to reproduce and the freedom to decide if, when and how often to do so. Implicit in this last condition are the right of men and women to be informed and to have access to safe, effective, affordable and acceptable methods of family planning of their choice, as well as other methods of their choice for regulation of fertility which are not against the law, and the right of access to appropriate health-care services that will enable women to go safely through pregnancy and childbirth and provide couples with the best chance of having a healthy infant. (3)

Kritiker hävdar dock att viktiga aspekter av sexualitet och sexuell hälsa som sträcker sig bortom reproduktion kan förbises när sexuell hälsa betraktas som en del av reproduktiv hälsa (4). Både *sexuell hälsa* och *reproduktiv hälsa* har sina unika aspekter trots att de också är sammankopplade, både konceptuellt och när det gäller att implementera program eller forskning (1). Därför definierar WHO (World Health Organization) begreppet *sexuell hälsa* på följande sätt:

A state of physical, emotional, mental and social well-being in relation to sexuality; it is not merely the absence of disease, dysfunction or infirmity. Sexual health requires a positive and respectful approach to sexuality and sexual relationships, as well as the possibility of having pleasurable and safe sexual experiences, free of coercion, discrimination and violence. For sexual health to be attained and maintained, the sexual rights of all persons must be respected, protected and fulfilled (5).

Även i Sveriges policy för det internationella arbetet med SRHR står det att sexualitet inte enbart syftar till att föda barn, och följaktligen används begreppen ”sexuell hälsa” och ”reproduktiv hälsa” separerat (6). På samma gång är det svårt att skilja (sexuell och reproduktiv) *hälsa* och *rättigheter* åt, eftersom de hänger ihop. Det är rättigheter som ska göra att individer kan uppnå bästa möjliga hälsa. Dessa rättigheter inkluderar rätten för alla människor att utöva kontroll över och besluta fritt och ansvarsfullt om frågor som rör deras sexualitet och deras sexuella och reproduktiva hälsa utan tvång, diskriminering och våld i enlighet med styrdokument kring mänskliga rättigheter (1, 5, 6). Det handlar bland annat om;

- rätt att välja partner
- rätt att säga ja eller nej till sex
- rätt att själv bestämma om och när man ska ha barn, och hur många, men även rätt till abort och rätt till relevant information för att kunna fatta dessa beslut
- rätt till sex- och samlevnadsundervisning
- rätt till information om sexualitet
- rätt till skydd mot sexuellt överförda infektioner
- rätt till att få skydd från sexuellt, köns- eller hedersrelaterat våld
- rätt till kroppslig och personlig integritet
- rätt till högsta uppnåeliga sexuella och reproduktiva hälsa samt tillgång till relaterad hälso- och sjukvård (1, 5).

Av den orsaken diskuteras både sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter under benämningen SRHR i Folkhälsomyndighetens och Socialstyrelsens rapport *Underlag till en nationell strategi för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter* (7). I underlaget betraktas hälsa och rättigheter som två delar av en helhet.

Begreppet SRHR föreslås som ett samlingsbegrepp som ska behandlas som en helhet i strategier, handlingsplaner och andra dokument som ligger till grund för det dagliga arbetet på både nationell och regional och lokal nivå. Dessutom föreslås ett rättighetsperspektiv eftersom sexuella och reproduktiva rättigheter erkänns som mänskliga rättigheter (7). I den här rapporten används samlingsbegreppet SRHR och nedanstående definitioner:

- *Sexuell hälsa* är ett tillstånd av fysiskt, emotionellt, mentalt och socialt välbefinnande relaterat till sexualitet, inte endast frånvaro av sjukdom, dysfunktion eller svaghet (handlar om livskvalitet och personliga relationer, om rådgivning och hälsovård).
- *Reproduktiv hälsa* är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande kring det reproduktiva systemet och alla dess funktioner, och inte bara frånvaro av sjukdom.
- *Sexuella rättigheter* innefattar rätten för alla människor att bestämma över sin egen kropp och sexualitet.
- *Reproduktiva rättigheter* omfattar den enskilda individens rätt att bestämma antalet barn och hur tätt dessa ska komma. (1, 5, 7)

Migrant, invandrare, personer med utländsk bakgrund och utrikes födda

Begreppet *migrant* används ofta inom litteraturen och i andra sammanhang, trots att det inte finns någon allmänt accepterad definition. Med migrant avses ofta en person som flyttar frivilligt utan medverkan av en externt tvingande faktor, om inte annat anges. I själva verket innefattar begreppet en stor och heterogen grupp av människor med olika bakgrunder som söker sig till andra länder av olika skäl.

Dessa omfattar asylsökande, anhöriginvandrare, papperslösa, arbetskraftsinvandrare och gäststudenter (8). FN:s flyktingorgan (UNHCR) skiljer dock migranter från flyktingar i sina definitioner och hävdar att det finns en juridisk skillnad mellan de två eftersom flyktingar speciellt definieras och skyddas i internationella konventioner och texter. Dessutom väljer migranter att flytta (frivilligt) medan flyktingar tvingas göra det (9). Den internationella organisationen för migrationen (IOM) definierar en migrant som någon som flyttar eller har flyttat över en internationell gräns eller inom en stat från sin hemvist, oavsett

- vilken juridisk status personen har
- om rörelsen är frivillig eller ofrivillig
- vad orsakerna till rörelsen är
- hur länge vistelsen varar (10).

Problemet med denna definition är att den inte skiljer på interna och internationella migranter.

I Sverige används även begreppen invandrare, person med utländsk bakgrund och utrikes födda. Med *invandrare* avses personer som har flyttat till Sverige och som är folkbokförda i landet (11). Även personer som återvänder till Sverige efter en tids utomlandsvistelse räknas som invandrare i befolkningsstatistiken. Kravet för att räknas som invandrare är att man har uppehållstillstånd eller uppehållsrätt (gäller inte nordiska medborgare), har för avsikt att stanna i Sverige i minst tolv månader och är folkbokförd i landet (12). Detta innebär att asylsökande och papperslösa inte räknas in i denna grupp. Ibland fungerar invandrare som ersättning för det negativt laddade ordet *utlänning*, och det har också kritiserats för att ordet kopplas samman med negativt laddade företeelser såsom segregation, diskriminering och utanförskap samt upprätthåller ett ”vi och dem”-tänkande i samhället.

I befolkningsstatistiken omfattar *personer med utländsk bakgrund* utrikes födda personer som själva flyttat, och personer som är födda i Sverige med minst en utrikes född förälder. En *utrikesfödd* är däremot en person som är född i ett annat land och sedan flyttat till Sverige, oavsett anledning (11). Det kan handla om en *asylsökande*, dvs. en person som är registrerad hos Migrationsverket och vars ansökan om asyl prövas i Sverige, eller ett *ensamkommande flyktingbarn*, dvs. en person som kommer till Sverige och som vid asylsökningstillfället är yngre än 18 år och saknar vårdnadshavare. Det finns också fler begrepp: En *flykting* har fått sin asylansökan beviljad av Migrationsverket eller Migrationsdomstolen eller fått uppehållstillstånd i ett tredje land. Det kan även gälla en *kvotflykting*, enligt FN:s flyktingkonvention, som därmed har rätt att bosätta sig i landet, eller en *alternativt skyddsbehövande*, dvs. en person som är beviljad uppehållstillstånd enligt EU:s gemensamma regler (13). En utrikesfödd kan också vara en *anhörig*, dvs. en person som beviljats uppehållstillstånd för att återförenas med någon familjemedlem som är bosatt i Sverige. *Utrikesfödda* omfattar även *studenter*, *arbetare* och *egenföretagare* som beviljas uppehållstillstånd för att studera eller arbeta i Sverige.

Här ingår även medborgare från andra nordiska länder som inte behöver ha tillstånd för att bosätta sig i Sverige samt EU/EES-medborgare och deras familjemedlemmar som har fått uppehållsrätt i enlighet med EES-avtalet (13).

Ett annat begrepp som förekommer är *papperslösa*, vilket avser människor som lever utan tillstånd i Sverige, utan att söka asyl eller som har fått avslag på sin asylansökan. Denna kategorisering har stor betydelse för rättigheter och tillgång till tjänster inklusive hälso- och sjukvård (lag 2008: 344 och lag 2013:407) (14, 15). Utifrån vistelsetid nämns ofta *nyanlända invandrare*, dvs. utrikes födda som har flyttat för en relativt kort tid sedan. Det är svårt att fastställa hur länge en person ska betraktas som nyanländ, men två år kan vara ett riktmärke (11). I den nationella strategin mot hiv och vissa andra smittsamma sjukdomar förekommer också begreppet *personer med ursprung från högendemiska områden*. Det avser personer från länder med hög förekomst av hivinfektion och andra sexuellt överförbara eller blodburna infektioner (16).

I den här rapporten används begreppet migrant som per definition täcker in alla utrikes födda och personer med utländsk bakgrund som har flyttat till Sverige oavsett anledning, vistelsetid eller rättslig status. Begreppet nyanlända i den här rapporten avser människor som flyttade till Sverige år 2015 eller senare.

Unga och unga vuxna

Gruppen unga och unga vuxna, och särskilt de som befinner sig i utsatta situationer, är en av de målgrupper som enligt den nationella strategin bör beaktas när man prioriterar och planerar förebyggande insatser (16). Folkhälsomyndigheten avgränsar gruppen till människor i åldern 15–29 år. Den svenska ungdomspolitiken riktar dock sig först och främst till åldersgruppen 13–25 år, men kan även gälla för andra åldersgrupper (17). Vidare betecknas gruppen i andra dokument och studier som personer 15–25 år (18). FN använder ofta begreppet ungdom (*youth*) för personer i åldern 15–24 år (19). Den här studien fokuserar på unga och unga vuxna migranter enligt Folkhälsomyndighetens avgränsning, dvs. migranter i åldrarna 16–29 år som har flyttat till Sverige från ett annat land, oavsett skäl och vistelsetid. Gruppen delas in i tre olika åldersgrupper: 16–19 år (tonåringar), 20–25 år (ungdomar) och 26–29 år (unga vuxna).

Bakgrund

Inledning

FN:s befolkningskonferens i Kairo 1994 beslutade om en handlingsplan som fastställde alla människors rätt till sin kropp och sexualitet. Planen antogs av 179 länder och markerade en ny syn på sexualitet och rättigheter (3). Vid FN:s fjärde kvinnokonferens i Peking 1995 antogs också en handlingsplan, då av 189 länder. Den bekräftar besluten som togs i Kairo, men fastslår också att kvinnors sexuella och reproduktiva hälsa och rättigheter (SRHR) är en förutsättning för jämställdhet och deltagande i samhällslivet (2). Sedan dess har frågan om internationell migration och dess relation till utveckling hela tiden funnits på dagordningen för det internationella samfundet (20). Målen för hållbar utveckling som ingår i Agenda 2030 innehåller flera migrationsrelaterade aspekter och fastslår att planerade och välhanterade migrationspolitiska åtgärder kan bidra till hållbar utveckling och tillväxt för alla samt minska ojämlikheten inom och mellan staterna (20-22). I både Agenda 2030 och Europaparlamentets resolution (2018/2642(RSP) uppmanas medlemsstaterna att uppmärksamma de migrationsrelaterade aspekterna som ingår i målen för hållbar utveckling och i FN:s två globala pakter om flyktingar och en säker, ordnad och reguljär migration. Vidare betonas vikten av att samla in och övervaka disaggregerade data om migration och flyktingar, med åtföljande migrationsspecifika indikatorer. Dessa data tycks nämligen vara avgörande för utformningen av politiken, som bör byggas på fakta och evidens snarare än på myter eller felaktiga uppfattningar (20, 21).

Folkhälsomyndigheten fick i början av 2016 uppdraget att verka för nationell samordning, kunskapsuppbyggnad och uppföljning inom sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR). Detta uppdrag är i linje med den nationella hivstrategin som inkluderar att öka jämlikheten och jämställdheten i sexuell hälsa, som en viktig del i arbetet med att begränsa spridningen av hiv och andra sexuellt överförda och blodburna infektioner samt begränsa konsekvenserna av dessa infektioner för samhället och enskilda personer (10).

Svensk lagstiftning stödjer både sexuella och reproduktiva rättigheter, och det finns flera andra nationella strategier som har direkt beröring på området SRHR. Syftet med SRHR är att förbättra de samhälleliga och sociala förutsättningarna för ökad sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter för individen. Utgångspunkten är det övergripande folkhälsopolitiska målet för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen (prop. 2002/03:35 Mål för folkhälsan). Detta mål uttrycks i Sveriges nationella strategi för lika rättigheter och möjligheter oavsett kön, sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck; jämställdhetspolitiken (femte delmål), i diskrimineringslagen (2008: 567) och i regeringens (senaste) proposition om god och jämlik hälsa (prop. 2017/18:249) (23-26). Allt detta har direkt koppling till SRHR-området. Målet är att skapa ett öppet och inkluderande samhälle där alla människors lika värde, rättigheter och möjligheter respekteras och där de grupper som är socialt och ekonomiskt mest utsatta får bättre villkor.

Den svenska SRHR-politiken omfattar ett antal sammanhängande frågor, nämligen jämställdhet, sexualundervisning, jämlikhet, rätt till preventivmedel och säkra aborter, mödravård och vård av nyfödda, tillgång till skydd mot STI och frihet från könsstympning, sexuellt och annat könsrelaterat våld och tvång. Men trots en positiv hälsoutveckling för befolkningen som helhet i Sverige finns skillnader i hälsa mellan olika grupper som tyder på att alla inte har samma förutsättningar i det svenska samhället. Det finns grupper, till exempel migranter, som är särskilt sårbara när det gäller sexuellt risktagande och sexuell riskutsatthet, inklusive kränkning av sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter. Detta kan öka risken för att smittas av hiv och andra STI. Den kunskap som redan på detta område visar att det behövs mer kunskap om hiv-och STI-prevention ur ett SRHR-perspektiv, som riktar sig till migranter och då särskilt om unga migranter.

Människors rörlighet och migration: en växande utmaning

Fakta om internationell migration

Globalisering och modern transport och teknologi har gjort det enklare och billigare för människor att flytta på jakt efter jobb, bättre möjligheter, utbildning, livskvalitet m.m. Samtidigt gör konflikter, fattigdom, förföljelse, ojämlikhet och brist på hållbar försörjning att människor tvingas lämna sina hemländer för att söka en bättre framtid (18). Antalet personer som bor i ett annat land än sitt födelseland, dvs. internationella migranter, har ökat snabbt runtom i världen under de senaste åren, och 2017 gällde det 258 miljoner personer, vilket är en ökning från 220 miljoner år 2010 och 173 miljoner år 2000 (20). Könsfördelningen bland dem var totalt sett jämn med 52 procent män och 48 procent kvinnor, och de flesta är i arbetsför ålder. År 2017 var 74 procent av alla internationella migranter i åldern 20–64 år och medianåldern var 39 år över hela världen. Globalt sett har medianåldern ökat, men i vissa regioner blir migrantbefolkningen faktiskt yngre (20).

En del människor flyttar frivilligt medan andra tvingas lämna sina hemländer och söka skydd i andra länder enligt FN:s flyktingkonvention. De förstnämnda omfattar migrantarbetare (arbetskraftsinvandrare), internationella studenter och anhörigmigranter, och de sistnämnda inkluderar flyktingar, asylsökande, ensamkommande barn och andra personer som behöver skydd (8). Påtvingad migration har också ökat drastiskt under de senaste åren och är en allvarlig utmaning för det globala systemet för humanitärt bistånd. Enligt uppgifter från FN:s flyktingorgan (UNHCR) har konflikter och våld runtom i världen tvingat mer än 68 miljoner individer att flytta (uppgift från slutet av 2017). Detta är den högsta nivån av påtvingad migration som någonsin uppmätts. Av dessa flyttade cirka en tredjedel (25 miljoner) över internationella gränser, varav mer än hälften var under 18 år (27). Andelen ungdomar bland flyktingarna tenderar att vara hög, eftersom de flesta tvångsflyttade människor härrör från länder med en relativt ung befolkning. Till exempel stod de så kallade ensamkommande flyktingbarnen för nästan 33 procent av alla som 2015 sökte asyl för första gången i EU:s 28 medlemsländer. Denna grupp representerar en särskild kategori av migranter vars

unika behov, rättigheter och utmaningar inte behandlas tillräckligt i den större debatten om migrationspolitik (19).

En översikt av migrationen till Sverige

I dagens alltmer globaliserade värld har internationell migration blivit en verklighet som berör nästan alla världens hörn, och Sverige är inget undantag (20). Sverige har dock varit både ett utvandrings- och ett invandringsland genom historien. Fram till 1930 var det färre som flyttade till Sverige än som flyttade bort. Under perioden 1850–1930 var det cirka 1,4 miljoner personer som lämnade landet på grund av bland annat hög arbetslöshet och brist på bostäder. De flyttade främst till Amerika. Sedan dess har Sverige varit ett invandringsland, men migrationen till Sverige har ändrat karaktär genom åren beroende på lagstiftning i Sverige och händelser i omvärlden (28). Efter andra världskriget fram till början av 1970-talet rådde en bättre ekonomi, och bristen på arbetskraft gynnade arbetskraftinvandring från övriga Norden och Europa. Därefter minskade arbetskraftinvandringen, främst pga. sämre tider för industrin och påföljande reglering av arbetskraftinvandringen som började i slutet av 1960-talet. Fram till 1990-talet ökade invandringen igen som en följd av att många människor sökte sig till Sverige för att fly undan krig och förtryck i till exempel Libanon, Iran, Chile och forna Jugoslavien (28). Under 2000-talet har migrationen till Sverige fortsatt öka, dels pga. krig i Irak, Afghanistan, Somalia och Syrien, och dels pga. arbetskraftsinvandring från utomeuropeiska länder och övriga länder i Europa – särskilt nya medlemsländer i EU (28).

År 2016 ökade migration till Sverige för femte året i rad och var den högsta som någonsin uppmätts. De vanligaste anledningarna för flytt för icke EU/EES-medborgare var flykt, anhöriginvandring, studier och arbete, beroende på födelseland. Men även många nordiska medborgare och EU-medborgare flyttade till Sverige det året för att arbeta eller studera (12). Människor som flyttar till Sverige (immigranter) är i genomsnitt yngre än de som lämnar (emigranter). År 2016 var minst hälften av dem 15–34 år och medelåldern var cirka 27 år, vilket är fem år yngre än medelåldern för de som lämnar Sverige (12). Könfördelningen var i stort sett jämn med undantag för vissa enskilda länder. Till exempel var det nästan dubbelt så många pojkar som flickor i åldersgruppen 15–19 år som flyttade till Sverige det året. Bland pojkar var närmare fyra av tio ensamkommande barn från Afghanistan, Syrien, Somalia och Eritrea. Närmare nio av tio afghanska pojkar var ensamkommande barn, jämfört med tre av tio syriska pojkar. Andelen ensamkommande flickor som flyttade till Sverige under 2016 var lägre (endast 13 procent bland flickorna) och vanligaste ursprungsländer var Syrien och Eritrea. Mer än hälften av flickorna från Eritrea var ensamkommande, men bland syriska flickor var det bara 9 procent som kom till Sverige utan föräldrar eller vårdnadshavare (12). Enligt uppgifterna från Migrationsverket ansökte mer än 35 000 ensamkommande barn om asyl under 2015, vilket motsvarade ungefär 25 procent av alla som sökte asyl samma år (29).

I dag består omkring en femtedel av Sveriges befolkning av människor som är födda i ett annat land, och de härrör från mer än 200 olika länder. Fram till december 2018 kom de flesta utrikes födda från Syrien, Irak, Iran, Afghanistan, Eritrea, Thailand och Somalia, när det gäller länder utanför Europa (30). Personer som främst flyttat av flyktingskäl från länder såsom Somalia, Eritrea och Afghanistan, har ofta en låg utbildningsnivå (31). Denna utveckling påverkar det svenska samhället på olika sätt, däribland folkhälsoläget. Ur ett rättighetsperspektiv är det angeläget att kartlägga och analysera hur migration påverkar enskildas SRH och möjligheterna att åtnjuta SRHR i Sverige.

Unga migranter: en särskilt utsatt grupp

Människans rörlighet har alltså fått ökad internationell uppmärksamhet under de senaste åren, men ungdomars och unga människors migration har varit relativt frånvarande från globala politiska debatter och nationella politiska åtgärder. Trots att de står för en betydande del av alla internationella migranter finns det lite forskning som fokuserar på unga migranter (19). Vissa tvingas eller väljer att flytta för att undgå tvångsgifte, rekrytering som barnsoldat, fattigdom, våld, arbetslöshet eller klimatförändringarnas effekter, medan andra flyttar för att studera utomlands, återförenas med sina familjer eller gifta sig (19, 20, 27). Oavsett skäl är unga migranter generellt mer utsatta än andra åldersgrupper för alla former av våld, övergrepp, utnyttjande och kränkningar av sina rättigheter (19, 32, 33). De som dessutom flyttar utan föräldrar eller vårdnadshavare har en ökad utsatthet, liksom de som avviker från normer om etnicitet, kön, könsidentitet och könsuttryck, funktionalitet och sexuell läggning (32, 34, 35). Vidare kan de drabbas av främlingsfientlighet, diskriminering och marginalisering för att de inte kan språket och de kulturella normerna, och inte vet vilka rättigheter de har i sitt nya hemland (32, 36).

Kunskapsläget, folkhälsopolitik och insatser inom SRHR

Kunskapsläget inom området unga migranter och SRHR

Den befintliga forskningen tydliggör att migrationssituationen innebär en ökad riskutsatthet och ökat risktagande när det gäller sexuell och reproduktiv hälsa (32, 37, 38). Tjejer och unga kvinnor anses vara mest utsatta för sexuellt, könsbaserat eller hedersrelaterat våld samt för kränkningar av sina mänskliga rättigheter i form av tidiga äktenskap och tvångäktenskap, sexuellt utnyttjande, våld i nära relationer och könsstympning (32, 33, 39). Detta bryter inte bara mot mänskliga rättigheterna utan får också förödande konsekvenser för kvinnors och flickors värdighet, psykiska och personliga välbefinnande, självkänsla, självständighet, sexuella relationer och reproduktiva hälsa (33, 40). Tjejer och unga kvinnor som befinner sig i en migrationssituation löper också större risk för sexuellt överförda infektioner och oönskade graviditeter eftersom de skyddar sig i lägre utsträckning och gör sin sexdebut tidigare än andra unga (33, 41-43). Deras kunskap om preventivmedel anses vara låg och bygger på myter snarare än fakta (41, 44, 45),

och de saknar också annan kunskap inom SRHR-området, exempelvis hur man får tillgång till information, stöd och vård när det gäller SRHR (32, 46-48).

Förutom migrationssituationen tros unga migranternas utsatthet och sårbarhet bero på en rad bidragande faktorer, exempelvis bristfällig utbildningsnivå (42, 49), religion (50), tabun, språkhinder och kulturella normer och attityder kring könsroller, sexualitet, preventivmedel och screening för exempelvis hiv och andra STI (41, 45, 51, 52). Samtidigt är unga migranter ofta en bortglömd grupp när det gäller insatser och forskning inom SRHR-området i mottagarländer (33, 53, 54).

Frågan om sexuellt utnyttjande av unga ensamkommande asylsökande i Europa har under de senaste åren fått stor internationell uppmärksamhet. Tonårspojkar står för en betydande del av dessa barn, både globalt och i Sverige, men de är sällan föremål för politiska diskussioner och ofta en förbisedd grupp när det gäller förebyggande insatser mot könsbaserat våld (55-57). Samhällets normer och värderingar kring maskulinitet och sexualitet bidrar till att manliga offer inte söker vård, hjälp eller stöd; dessutom pratas sällan om att även män kan vara utsatta för sexuella övergrepp, vilket leder till att många drar sig för att anmäla brott (32, 58). En vanlig föreställning är att män inte kan våldtas eftersom de förväntas vara starka, handlingskraftiga och dessutom alltid villiga till sex. Men sexuellt våld mot unga män och pojkar är vanligt förekommande (58, 59), särskilt i konflikttrubbade områden, under flykt vid påtvingad migration och även efter migration (55, 57, 58, 60). Vidare har diskussionen i Sverige om unga manliga migranter huvudsakligen handlat om deras kvinnosyn och olika incidenter där flickor och kvinnor trakasserats. Det hävdas att ensamkommande pojkar från Afghanistan tagit med sig en kvinnosyn som finns i hemlandet till Sverige, men man glömmer ofta att prata om den kultur eller tradition i Afghanistan som gör att pojkar blir måltavlor för mäns sexualitet. Den tillåter ett systematiskt sexuellt utnyttjande av pojkar trots att det är olagligt, och fenomenet kallas *bacha bazi* (61). Studier har också visat att män som flyr från diskriminering, våld och trakasserier pga. sin sexuella läggning, sitt könsuttryck eller sin könsidentitet, dvs. homo- och bisexuella migranter, är mer benägna att ha riskfyllda sexuella beteenden, speciellt sex mot ersättning. Tillgängliga tjänster tillgodoser sällan deras speciella behov när det gäller SRHR och STI- och hivprevention (53, 62, 63). Samtidigt är forskningen inom området begränsad (60) eftersom de få studier som finns fokuserar på tjejer och unga kvinnor (32).

Det aktuella kunskapsläget inom området i Sverige

Folkhälsomyndigheten har ansvar för att samordna arbetet för ungas sexuella och reproduktiva hälsa inom folkhälsomålområdena 7 (kontroll, inflytande och delaktighet) och 8 (en jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård) (23). Målområde 7 innefattar bland annat SRHR, mänskliga rättigheter och motverkan av diskriminering och annan kränkande behandling, frihet från hot och våld samt ett jämlikt deltagande i demokratiska processer och det civila samhället. Målområde 8 inriktar sig på tillgänglighet som motsvarar olika behov, vårdmöten

som är hälsofrämjande och skapar förutsättningar för jämlika insatser och resultat samt hälsofrämjande och förebyggande arbete (23).

I enlighet med dessa målområden har Folkhälsomyndigheten identifierat gruppen unga och unga vuxna som en av de mest utsatta, vars särskilda behov bör beaktas i förebyggande insatser (16). Även Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällsfrågor (MUCF) har uppdrag inom området ungas sexuella och reproduktiva rättigheter, enligt den ungdomspolitiska propositionen (prop. 2013/14:191) och Målområde 7.

Resultat från *Sexualitet och hälsa bland unga i Sverige* (UngKAB15, Ungdomsbarometern 2014) och MUCF:s ungdomsenkät 2015 visar att en stor andel unga har ett högt sexuellt risktagande, det vill säga har ofta oskyddat sex med en ny eller tillfällig partner. Samtidigt finns det skillnader i förutsättningarna för en god sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter inom gruppen utifrån kön, könsuttryck, sexuell läggning, ålder, funktionalitet, utbildningsnivå, vistelsetid och födelseland (18, 54, 64). Andelen tjejer som har erfarenhet av sexuellt våld eller sex mot sin vilja var stor, jämfört med andelen killar. Utifrån födelseland var det en hög andel unga med svensk bakgrund som hade erfarenhet av sex mot sin vilja, jämfört med unga med utländsk bakgrund. Däremot var det en stor andel unga med utländsk bakgrund som inte fick vara med vem de ville, jämfört med unga med svensk bakgrund. Inom gruppen utrikesfödda framkommer också skillnader utifrån vistelsetiden i Sverige. De som bott här i mer än 5 år uppgav i mycket större utsträckning att de får gifta sig med vem de vill, jämfört med de som vistats kortare tid i Sverige. Det var vidare vanligare bland unga med funktionsnedsättning att haft sex mot sin vilja, och dessutom fanns skillnader mellan unga hbtq-personer och heterosexuella samt unga transpersoner och cispersoner (18, 64, 65).

Unga och unga vuxna nås i olika utsträckning av samhällets förebyggande insatser inom SRHR-området. Flickor och unga kvinnor gör fler besök på ungdomsmottagningen i jämförelse med pojkar och unga män. De tar dessutom mer ansvar för preventivmedel och testning av STI (18, 54, 64). Resultat visar också att en större andel unga med svensk bakgrund sökte råd och stöd i frågor om preventivmedel och graviditet, jämfört med unga med utländsk bakgrund. Allt detta tyder på ett behov av riktade insatser eftersom gruppen inte är homogen, vilket resulterar i olika riskutsatthet och risktagande samt skillnader i tillgång och tillgänglighet till hälsofrämjande insatser. Folkhälsomyndigheten har därför identifierat riskutsatta och risktagande unga som bör prioriteras när det gäller förebyggande och främjande insatser inom hiv-prevention och sexuell hälsa. Det är framför allt hbtq-personer, unga män, unga inom social omsorgsvård, unga som missbrukar och nyanlända unga migranter (med ursprung i högendemiska områden) (16).

Nyanlända unga betraktas som särskilt utsatta, och ensamkommande unga som extra sårbara inom gruppen (48, 56, 66). Därför är de fokus för en stor del av den forskning och de insatser som rör SRHR, STI och hivprevention och unga migranter. Forskningen inom området är dock begränsad. Kunskapsläget inom

området stämmer med den internationella forskning som lyfter fram ökad sexuell riskutsatthet och större sexuellt risktagande under migrationen (37, 66). En del ensamkommande barn lever i ovisshet och mår psykisk dåligt pga. en utdragen asylprocess eller beslut om avslag. Andra har förlorat sina sociala nätverk och lever i ensamhet utan sina föräldrar, vårdnadshavare eller andra familjemedlemmar som kan ge vägledning och stöd under tonårstiden (37, 48, 66). En kartläggning av Länsstyrelsen i Stockholms län visar att flera barn som utsatts för människohandel (dvs. sexuellt utnyttjande, exempelvis prostitution) och sexuell exploatering var ensamkommande barn, och de konstateras därmed utgöra en riskgrupp när det gäller människohandel (57).

Det finns brist på särskilda insatser för utsatta grupper såsom hbtq-ungdomar och ensamkommande tjejer som är gravida eller redan har barn. Socialstyrelsen har också kartlagt ensamkommande barns och ungas behov, och sett att ensamkommande tjejers hälsobehov och sexuella och reproduktiva rättigheter inte uppmärksammas (56). Bilden kompliceras av en generell kunskapsbrist och stereotypa föreställningar bland yrkesverksamma som möter unga migranter (på Svenska för invandrare, skolor och boenden) i frågor om migration, prevention och SRHR (48, 54, 67).

Folkhälsopolitik inom området

Folkhälsomyndigheten är ansvarig för nationell samordning och kunskapsuppbyggnad inom SRHR i Sverige (68). Några län och regioner har utformat sina egna SRHR-strategier och driver egna verksamheter, projekt och utvecklingsarbeten i samverkan med myndigheter, ideella organisationer, föreningar och näringslivet, enligt underlag till den nationella strategin. Det saknas dock riktlinjer för vad dessa ska innehålla (7). Projekt och verksamheter finansieras av statsbidrag som fördelas av Folkhälsomyndigheten inom ramen för statsanslaget 2:4, som avser förebyggande insatser mot hiv och andra sexuellt överförda infektioner på nationell, regional och lokal nivå. Alla regionala nätverk är kopplade till Folkhälsomyndighetens hiv- och STI-förebyggande arbete i Sverige, vilket delvis förklarar varför många regionala och lokala handlingsplaner och styrdokument är mer konkreta i fråga om aktiviteter inom hiv- och STI-prevention än i fråga om att förebygga oönskade graviditeter, sexuellt våld och tvång. Ändå har de flesta landsting och regioner redan integrerat SRHR och STI-prevention i sitt arbete (7).

De handlingsplaner och styrdokument som innefattar både det hiv- och STI-preventiva arbetet och sexuell och reproduktiv hälsa utgår från de tidigare målområdena 7 (Gott skydd mot smittspridning) och 8 (Sexuell och reproduktiv hälsa) som bland annat innefattar arbete med hiv, STI, oönskade graviditeter, graviditeter, förlossning och mödrahälsovård. Det lokala arbetet inom dessa områden kan få stöd från *En förnyad folkhälsopolitik* (prop. 2007/08:110), *Nationell strategi mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar* (16) och den nationella handlingsplanen för klamydiaprevention. Insatserna består av både

hälsofrämjande och förebyggande aktiviteter som syftar till att främja sexuell hälsa (7), framför allt generella insatser på samhällsnivå:

- sex- och samlevnadsundervisning i kommunens skolor
- landstingsdrivna ungdomsmottagningar med preventivmedelsrådgivning, hiv- och STI-testning och möjlighet till vägledande samtal
- specialistmottagningar inom sexuell hälsa eller hud- och STI-kliniker inom hälso- och sjukvården
- arbetet på de lokala smittskydds enheterna (t.ex. testning och smittspårning) och mödrahälsovården
- lokala informationsinsatser och kampanjer
- tillgång till gratis kondomer för unga och unga vuxna
- snabbt omhändertagande vid oönskad graviditet (7).

Insatser riktade till unga och unga vuxna migranter i Sverige

Unga och unga vuxna migranter innefattar personer som kan tillhöra flera överlappande preventionsgrupper, exempelvis en ung MSM-migrant. Ur ett intersektionalitetsperspektiv är de inte ”bara” unga migranter eftersom deras eventuella sårbarhet beror på en rad olika faktorer såsom kön, könsuttryck, sexuell läggning, utbildningsnivå, etnicitet, eventuella funktionshinder, ålder, erfarenheter (riskbeteende och risksituationer) och vistelsetid. Dessa faktorer kan inte förstås isolerade från varandra och kan vara avgörande för personernas sexuella hälsa, behov av hälsofrämjande och förebyggande insatser samt positioner och möjligheter i samhället. Till exempel kan en ung hbtq-person med utländsk bakgrund som säljer sex tillhöra fyra olika preventionsgrupper som förebyggande insatser bör ta hänsyn till.

Nationellt, regionalt och lokalt finns viktiga insatser för nyanlända unga, speciellt ensamkommande, som ofta befinner sig i en mycket utsatt situation med risk för ohälsa, inte minst psykisk ohälsa, och dessutom saknar ofta kunskap om samhällets viktiga funktioner och tjänster (56). De övriga i gruppen omfattas av de generella insatserna på samhällsnivå. För nyanlända kompletteras generella insatser med de hälsoundersökning för hiv och andra sexuellt överförbara eller blodburna infektioner, som erbjuds nyanlända från högendemiska områden (16). Dessutom finns specifika utbildningsinsatser i sexualitet och hälsa för personal som möter nyanlända unga, och andra insatser som riktar sig till nyanlända unga för att öka deras kunskaper om kropp, sexualitet och rättigheter samt sexuell hälsa (16, 66, 67, 69). En sådan insats är den digitala plattformen *Youmo.se*, uppbyggd som en systemsajt till *UMO.se*, där unga nyanlända enkelt kan ta del av anpassad information om jämställdhet, hälsa, sexualitet, kroppen, psykisk hälsa och rättigheter och skyldigheter. Informationen finns på engelska och lätt svenska samt fyra andra språk (arabiska, dari, somali och tigrinja) (70). Ett annat exempel är *Newcomers youth*, ett projekt som drivits av RFSL för asylsökande, papperslösa och nyanlända hbtq-personer 15–25 år. Man erbjuder dem rådgivning, mötesplatser

och workshoppar med syftet att öka målgruppens psykiska och fysiska välmående (71). En del län har haft projekt som syftat till att göra ungdomsmottagningar mer tillgängliga eller projekt för att stötta personalen på boenden för ensamkommande ungdomar så att de ska kunna besvara nyanlända ungdomars frågor om sexuell hälsa (67). Det går dock inte att enbart fokusera på nyanlända unga, särskilt ensamkommande barn på HVB, eftersom man riskerar att förbise ensamkommande barn som placeras hos släktingar och andra utsatta unga och unga vuxna migranter (t.ex. hbtq-personer). Det är i nuläget svårt att få en heltäckande och övergripande bild av alla insatser som bedrivs.

Utgångspunkter för studien

Utgångspunkterna för studien är

- de folkhälsopolitiska målen och jämställdhetsmålen
- de globala utvecklingsmålen i Agenda 2030 som rör sexuell och reproduktiv hälsa
- rätten till hälsa som det vägledande perspektivet för hiv- och STI förebyggande insatser (22-24, 67).

Alla tre bygger på principer om allas lika värde, lika rättigheter och icke-diskriminering, och betonar vikten av jämlika villkor och förutsättningar för alla för att minska skillnader i hälsa.

För att uppnå bästa möjliga sexuella och reproduktiva hälsa måste allas sexuella och reproduktiva rättigheter respekteras, skyddas och uppfylls. Därför rekommenderar UNAIDS att SRHR ska integreras i det förebyggande arbetet mot hiv och STI, vilket därmed är och kommer att vara vägledande för arbetet i Sverige på detta område (7). De sexuella och reproduktiva rättigheterna ingår i de mänskliga rättigheterna, och migranter omfattas av dessa på samma grunder som den övriga befolkningen. Enligt grundprincipen om alla människors lika värde och mänskliga rättigheters odelbarhet ska varje människa kunna hävda dessa rättigheter utan risk för diskriminering, våld eller tvång (72).

Hälsans bestämningsfaktorer är ett samspel mellan strukturella, socioekonomiska och demografiska faktorer som avgör hur rätten till hälsan generellt uppfylls, och mer specifikt hur rätten till sexuell och reproduktiv hälsa uppfylls (73). SRHR innebär i praktiken att alla har rätt till kontroll över den egna kroppen och sexuell hälsa, reproduktiv frihet, frihet från övergrepp, frihet från medicinsk behandling och experiment utan eget godkännande samt ett hälsosystem som ger samma möjligheter för alla människor att uppnå bästa möjliga sexuella och reproduktiva hälsa på lika villkor (6, 7, 74).

FN:s kommitté för ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter arbetar för att var och en ska ha möjlighet att uppnå bästa möjliga hälsa, inklusive sexuella och reproduktiva hälsa. Enligt kommittén måste varje stat erbjuda *tillgång* till hälsorelaterade tjänster och resurser (t.ex. utbildad personal, vårdplatser, insatser och mediciner) som måste vara

- tillgängliga (fysiskt, ekonomiskt och informationsmässigt för alla inom ett land utan diskriminering)
- godtagbara (respekterar medicinsk etik och ser individens behov, inklusive kulturella aspekter och genusaspekter)
- av hög kvalitet (metoder, mediciner och utrustning är utformade utifrån vetenskap och beprövade metoder, och medicinsk personal är utbildad) (72, 75, 76).

Trots en stadigt förbättrad hälsa i befolkningen som helhet finns det påtagliga skillnader i hälsa mellan olika grupper i samhället. Dessa skillnader är särskilt tydliga för personer i utsatta situationer, till exempel migranter (77, 78). Migranter är överrepresenterade bland de rapporterade fallen av hiv och vissa STI, och i praktiken finns ofta begränsningar i rätten till hälsa generellt och rätten till sexuell och reproduktiv hälsa specifikt, delvis just för att de är migranter. Migranter är dock en heterogen grupp som omfattar människor från olika världsdelar, med olika bakgrunder och förutsättningar och som kom till Sverige av olika anledningar. Detta kan påverka deras hälsa och möjligheter att åtnjuta sina sexuella och reproduktiva rättigheter på olika sätt samt tillgången till olika tjänster. Unga migranter är till exempel mer sårbara för migrationsrelaterade påfrestningar än vuxna, och det kan finnas skillnader bland de unga utifrån kön, ursprungsregion, ålder och utbildningsnivå m.m. (19). För att öka jämställdheten och jämlikheten i hälsa behöver dessa skillnader analyseras och synliggöras.

Syfte

Den här studien syftar till att undersöka migranternas sexuella och reproduktiva hälsa samt faktorer som har betydelse för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) och arbetet med att förebygga hiv. Målet är att studien ska bidra med kunskap till det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet inom området SRHR inklusive hivprevention.

Studiens syfte ger följande frågeställningar:

- Hur beskriver migranter sin generella och sexuella hälsa?
- Vilka faktorer har betydelse för SRHR bland unga migranter i Sverige?
- Finns det skillnader bland olika migrantgrupper?
- Vilka behov har unga och unga vuxna migranter när det gäller SRHR inklusive STI- och hivprevention, och hur tillgodoses dessa behov av den svenska hälso- och sjukvården?

Metod

Studiedesign

I den här studien används en kvantitativ ansats som bygger på en enkätundersökning, för att beskriva kunskapsläget när det gäller SRHR bland unga migranter. Frågeformuläret skickades ut via post (postenkät), hämtades på en angiven webbadress, eller delades ut till samtliga närvarande i en eller flera grupper. Olika metoder för datainsamling har använts eftersom migranter är en mycket diversifierad grupp, i forskningssammanhang och preventionsprojekt karaktäriseras den ofta som en ”hard to reach group”. Därför används alltså en så kallad ”mixed-mode survey”, dvs. en kombination av olika metoder för att samla in data med hjälp av ett och samma frågeformulär (79).

Studiepopulation

Studiepopulationen bestod av migranter, dvs. utrikes födda som har flyttat till Sverige. Uppdraget fokuserar på gruppen internationella migranter där migrant definieras som ”en person som flyttar till ett annat än hans eller hennes boplatserland oavsett vistelsetid och migrationsskäl” (10).

Inklusionskriterier

I studien ingår alla unga och unga vuxna migranter i åldrarna 16–29 år som är födda i ett annat land eller område än EU, Nordamerika, Australien Japan och Nya Zeeland, oavsett vistelsetid och skäl för migration.

Urval och avgränsning

Urvalsstrategin bygger på en kombination av ”location” och ”snowball”, vilket enligt tidigare migrantstudier är ett lämpligt tillvägagångssätt. Det handlar alltså om att identifiera olika sätt eller arenor för att nå migrantgrupper, och därefter bygga vidare på dessa kontakter. Denna ansats valdes eftersom det gällde att inkludera och spegla en heterogen migrantgrupp, och samtidigt få en deltagande (”participatory”) ansats (80).

Datainsamling

Datainsamlingen har skett via post med hjälp av SCB eller nyckelpersoner, på webben och på plats vid olika arenor. Varje undersökningstillfälle inleddes med en kort information om studien och dess syfte, samt att det var frivilligt att delta. Respondenterna garanterades också anonymitet vid deltagandet, hanteringen av data och redovisningen av resultat.

Frågeformuläret var en modifierad version av den nationella befolkningsbaserade SRHR-enkäten (SRHR2017) och andra nationella enkäter om generell hälsa (Hälsa på lika villkor) och ungas sexuella hälsa (UngKAB2015) samt Storbritanniens nationella enkät om ungas sexuella attityder och livsstil (NATSAL) (81). Dessa

frågor kompletterades med nya som rör migration eller som riktas specifikt till personer i en migrationssituation. Slutligen utarbetades ett nytt frågeformulär som var anpassat både innehållsmässigt och språkmässigt till målgruppen migranter. Formuläret innehöll 71 frågor om bland annat självskattad hälsa, säkerhet och sociala relationer; sexualitet och relationer; senaste sexuella aktivitet; sex mot sin vilja eller sex mot ersättning; diskriminering och fysiskt våld; sexuell och reproduktiv hälso- och sjukvård; preventivmedel och reproduktiv hälsa; könssjukdomar, hiv och testning; behov av och källor för information om sexuell och reproduktiv hälsa; och bakgrundsfrågor. Frågorna testades i en pilotstudie inför enkätundersökningen och sedan justerades frågeformuläret. Enkäten var tillgänglig både på webb och papper. Webbenkäten fanns på arabiska, dari, engelska, somaliska, svenska och tigrinja, medan pappersenkäten endast fanns på arabiska och svenska, på grund av att den besvarades endast av personer från Irak och Syrien. Datainsamlingen startade den 1 mars 2018 och avslutades den 30 september samma år.

Enkäter insamlade via post och olika arenor

Enkäten administrerades i grupp eller individuellt genom besök på plats vid olika arenor, med hjälp av tolk eller projektassistenter, och i vissa fall via post med hjälp av lärare och samordnare för samhällsorienteringen under perioden april–september 2018. Följande arenor och verksamheter identifierades: SFI-skolor (både kommunala och privata) språkintruktionsprogram, invandrarföreningar och andra nationella föreningar (Noaks ark, RFSL och RFSU), vård- och omsorgboenden, ungdomsmottagningar, arbetsmarknadsprogram och Arbetsförmedlingens etableringsprogram (se bilaga 1 för en lista på verksamheter som deltog i studien). Därefter kontaktades nyckelpersoner som är knutna till de utvalda arenorna och verksamheterna, och Folkhälsomyndighetens kontaktpersoner i kommuner och regioner, och de ombads att sprida information om den kommande enkätstudien. Vidare fortsatte diskussioner och kontakter med nyckelpersoner och verksamhetschefer som visade intresse för undersökningen. Enligt verksamhetens önskemål skickades blanketterna, frankerade kuvert och studiens informationsblad med post till kontaktpersoner och nyckelpersoner som tog ansvar för att dela ut dem till målgruppen enligt överenskommelse. När undersökningen genomfördes var projektteamet på plats. Målgruppen delades in i olika klassrum på de skolor som deltog, beroende på språk. I varje klassrum fanns antingen en projektassistent från samma land som respondenterna, en tvåspråkig lärare eller en svensk lärare för dem som valde att besvara enkäten på svenska.

Enkäten var i stort sett självadministrerad på papper eller vid dator på respondenternas modersmål, engelska eller svenska enligt önskemål. Datainsamlingen ägde rum i Norrbotten och Västerbotten samt i Uppsala och Göteborg (se bilaga). Respondenterna med läs- och skrivsvårigheter eller språksvårigheter fick stöd av projektassistenter, lärare, modersmålslärare eller samordnare för samhällsorienteringen. Enkät svar på papper lämnades in till

projektassistenten på plats eller skickades av kontaktpersonen via post till enheten för epidemiologi och global hälsa vid Umeå universitet.

SCB:s enkät

SCB:s STATIV-register innehåller longitudinella data om nya folkbokförda personer i Sverige sedan 1997, och med hjälp av det identifierades utrikes födda som varit bosatta i Sverige sedan 2008 eller senare. Urvalsgruppen begränsades till unga (16–29 år) som var födda i Syrien eller Irak eftersom det är två av de tio länder som flest migranter kommer från. Urvalsramen omfattade 49 235 personer (76 procent syrier och 24 procent irakier), varav 59 procent män och 41 procent kvinnor. Utifrån urvalsramen drogs ett obundet slumpmässigt urval på 4 000 personer (8 procent av urvalsramen).

Många enkäter samlades in via skolor i Norrbotten och Västerbotten, och därför justerades urvalgruppen för att minimera överlappet och få färre utvalda från dessa län. Inga mer justeringar eller stratifieringar har genomförts i urvalsgruppen. Enkäten, på både arabiska och svenska, skickades ut i april 2018 och följdes därefter av två påminnelser.

För att öka svarsfrekvensen användes andra metoder för påminnelse, bland annat via medier. Exempelvis publicerades en artikel om studien i Al-Kompis (en välkänd webbtidning på arabiska) och information om studien strömmades på arabiska via arabiska sektionen av Sveriges Radio. Dessutom användes påminnelser via text- och videoannonser på Facebook och Instagram. Annonserna var på arabiska och riktade till arabisktalande personer 16–29 år som bor i Sverige.

Webbenkät

För att nå unga från olika bakgrunder publicerades en webbenkät via universitetets webbsida. Webbenkäten var tillgänglig från slutet av april till slutet av september 2018, och fanns på sex olika språk (svenska, engelska, arabiska, dari, somaliska och tigriniska). Olika metoder användes för att sprida länken, bl.a. broschyrer på skolor, personliga kontakter, webbkontakter med olika verksamheter, webbsidor, Facebookgrupper och annonser på Facebook och Instagram.

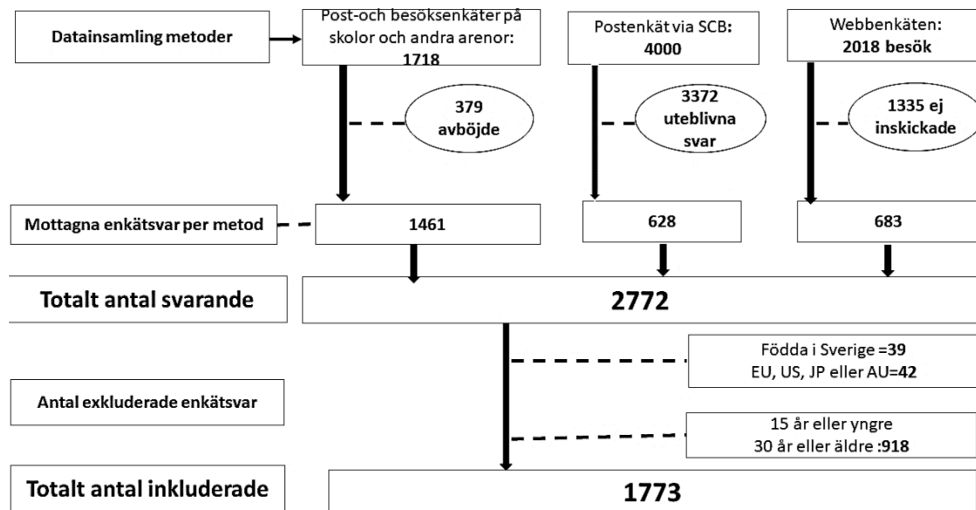
Målgrupper för annonserna var unga 16–29 år som bor i Sverige och talar de språk som enkäten var översatt till, vilka bland andra talas i Syrien, Irak, Somalia, Afghanistan och Eritrea. Totalt publicerades 15 olika text-, bild- och videoannonser, som inriktade sig till de olika målgrupperna.

Svarsfrekvens

Totalt svarade 2 772 respondenter på enkäten. Svarsfrekvensen var 85 procent (1 461 av 1 718 personer) för enkäten som genomfördes via skolor och andra arenor, 15 procent (612 av 4 000) för SCB-enkäten och 34 procent (683 av 2 018 besökare) för webbenkäten. Av de 2 772 svaren exkluderades 999 respondenter; 39 av dem var födda i Sverige och 42 i Japan, USA, EU eller

Australien, och 918 exkluderades för att de var antingen 15 år eller yngre eller 30 år eller äldre. Resterande 1 773 svar ingår i denna studie (se figur 1).

Figur 1: Olika datainsamlingsmetoder och urvalprocessen. JP = Japan, US = USA, AU = Australien.



Databearbetning och analys

Alla pappers- och enkätsvar (inkomna per post eller insamlade vid olika arenor) har registrerats och matats in manuellt i ett webbaserat enkätverktyg. Data för SCB:s respondenter kompletterades med data från STATIV-registret, bland annat uppgifter om kön, ålder, civilstånd, födelseland, invandringsår, län, utbildningsnivå, inkomstgrupp och sysselsättning. Respondenterna informerades och samtycke inhämtades från dem i samband med att enkäten distribuerades (informationsbrev). Sedan slogs både webbenkätens och pappersenkätens svar ihop.

Deskriptiv statistik har använts för att beskriva och analysera insamlade data med hjälp av de statistiska programvarorna SPSS och STATA. En stratifierad analys har genomförts utifrån kön, ålder, utbildningsnivå och ursprungsregion. Resultaten presenteras utifrån följande kategorier:

1. Kön: män, kvinnor och icke-binära (inkluderar personer som svarade *annat*, *vill inte svara* eller *varken man eller kvinna*)
2. Åldersgrupper: 16–19 år (tonåringar), 20–25 år (ungdomar) och 25–29 år (unga vuxna)
3. Utbildningsnivå: Som högst förgymnasial utbildning (≥ 9 år), gymnasial utbildning (10–12 år) och eftergymnasial utbildning (> 12 år)
4. Ursprungsregion enligt FN:s geografiska indelning: Mellanöstern och Nordafrika (MENA), Afrika söder om Sahara (SSA: *Sub-Saharan Africa*), Sydasiens och "andra världsdelar" (alla andra länder som inte tillhörde någon av de tre stora ursprungsregionerna).

Nedanstående tre perspektiv vägledde analysen:

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

Alla tre perspektiven handlar om den rätt till hälsa (inklusive SRHR) som ingår i den mänskliga rättigheterna.

Etiska överväganden

Projektet har godkänts av den regionala etikprövningsnämnden vid Umeå universitet i Umeå (dnr 2017/515-31). Dessutom fick alla respondenter och verksamhetschefer information, på ett språk som de förstår, om syftet och nyttan med enkätstudien samt fick veta att deltagande var frivilligt och att den som deltar när som helst kan avbryta utan konsekvens. Respondenterna fick också information om att deras svar kommer att behandlas konfidentiellt och att resultatet kommer att redovisas anonymt. Efter det gav alla sitt samtycke.

Resultat

Respondenterna

Ursprungsregioner och födelseländer

Totalt svarade 1 723 av 1 773 respondenter på frågan om ursprungsland (bortfall: 3 procent). Över 85 procent hade sitt ursprung i följande fem länder: Syrien (43 procent), Afghanistan (17 procent), Eritrea (10 procent), Somalia (8 procent) och Irak (7 procent). Enligt FN:s geografiska indelning hade mer än hälften (57 procent) av respondenterna sina ursprung i Mellanöstern och Nordafrika (MENA). Respondenterna från länderna i Afrika söder om Sahara (SSA) och Sydasiens utgjorde 22 respektive 18 procent. Resterande 3 procent av respondenterna härrörde från andra världsdelar och regioner.

Kön

Totalt svarade 1 680 av 1 773 respondenter (bortfall: 5 procent) på frågan om kön. Personer som identifierade sig som män var i majoritet bland respondenterna (63 procent). De som identifierade sig som kvinnor utgjorde cirka en tredjedel (35 procent), och resterande 2 procent (icke-binära = 34) identifierade sig som varken män eller kvinnor, uppgav annat kön, vägrade svara eller var osäkra. Männen var i majoritet bland respondenterna från MENA (60 procent), SSA (59 procent) och Sydasiens (82 procent). Omvänt fanns det en högre andel kvinnliga respondenter (67 procent) än män (31 procent) bland respondenterna från andra världsdelar. I varje grupp uppgav omkring 2–3 procent (MENA = 1,7 procent, Sydasiens = 2 procent, SSA = 3 procent och andra regioner = 2 procent) att de identifierade sig som varken man eller kvinna, hade annat kön, var osäkra eller inte ville svara.

Ålder

Alla (antal = 1 773) respondenter svarade på frågan om ålder. Fördelningen var relativt jämn i de tre åldersgrupperna, med 37 procent i åldern 16–19 år, 34 procent i åldern 20–25 och 29 procent i åldern 26–29 år. Majoriteten av respondenterna från Sydasiens var 16–19 år (72 procent), vilket var nästan dubbel så många jämfört med andelen tonåringar från övriga ursprungsregioner. Men bland respondenter från MENA, SSA och andra världsdelar var andelarna nästan lika stora (en tredjedel) i de tre olika åldersgrupperna.

Utbildningsnivå

Totalt svarade 1 662 av 1 773 respondenter på frågan om skolgång (bortfall: 6 procent). Nästan lika andelar hade gymnasial (29 procent) och eftergymnasial (27 procent) utbildning, men 44 procent hade som högst en förgymnasial utbildning. Andelen med endast en förgymnasial eller kortare utbildning var störst bland respondenterna från Sydasiens (73 procent) följt av respondenterna från SSA (47 procent). Bland respondenterna från MENA och andra världsdelar var motsvarande andel 36 respektive 24 procent. Omvänt fanns den högsta andelen med en

eftergymnasial utbildning bland respondenterna från MENA (38 procent), följt av respondenterna från andra världsdelar (34 procent).

Religion och trosuppfattning

Totalt svarade 1 737 av 1 773 respondenter (bortfall: 2 procent) på frågan om religiös tillhörighet. Omkring sju av tio (67 procent) uppgav att de var muslimer. Den näst största religionen var kristendom som angavs av två av tio (19 procent). Bland de återstående svarade 6 procent att de inte tillhörde någon religion, 2 procent uppgav en annan religion och cirka 5 procent avstod från att svara på frågan. En majoritet av respondenterna från MENA (78 procent) och Sydasien (66 procent) uppgav att de var muslimer. Det fanns nästan lika andelar kristna (51 procent) och muslimer bland respondenterna från SSA (46 procent). Omkring en tredjedel (33 procent) av respondenterna från andra världsdelar svarade att de hade en annan religion eller trosuppfattning.

Migrationskäl

Totalt svarade 1 534 av 1 773 respondenter (bortfall: 14 procent) på frågan om migrationskäl. Totalt 73 procent angav att skälet var skyddsbehov: 65 procent kom till Sverige som asylsökande (sökte asyl i Sverige) och 8 procent som kvotflyktingar (fick uppehållstillstånd som kvotflykting innan de kom till Sverige). Cirka 20 procent flyttade hit som anhöriga för att förenas med sina familjemedlemmar (15 procent), eller för att leva eller gifta sig med en svensk (2 procent) eller icke-svensk person (3 procent). De resterande 7 procenten flyttade till Sverige antingen för att arbeta (3 procent) eller av en annan orsak (4 procent).

Bland respondenterna från andra världsdelar fanns den lägsta andelen (9 procent) och antalet (4 stycken) som uppgav asyl som flyttskäl, men den högsta andelen som uppgav familjeåterförening (28 procent), förhållande eller giftermål med en svensk (24 procent), arbete (20 procent) eller annat (15 procent) som flyttskäl. Nästan lika stor andel respondenterna från SSA (67 procent) och MENA (65 procent) uppgav asyl som flyttskäl. Den högsta andelen bland de som uppgav asyl som flyttskäl fanns bland personer från Sydasien (74 procent).

Andelen personer från SSA (20 procent) och MENA (15 procent) som uppgav familjeåterförening som flyttskäl var tre respektive två gånger så hög jämfört med personer från Sydasien (7 procent). Den högsta andelen bland de som uppgav förhållande eller giftermål med icke-svensk som flyttskäl fanns bland personer från MENA (4 procent), och andelen var knappt 1 procent i de andra grupperna. Andelen som uppgav arbete som flyttskäl var lika stor (2 procent) bland personer från Sydasien, MENA och SSA, och andelen som uppgav annat flyttskäl var 9, 3 respektive 2 procent. Den högsta andelen kvotflyktingar fanns bland respondenterna från MENA (10 procent) och den lägsta bland personer från andra världsdelar (2 procent; 1 person). Motsvarande andel var lika stor bland respondenterna från Sydasien och SSA (5 procent).

Vistelsetid och uppehållstillstånd

Totalt svarade 1 107 av 1 161 på webb- och pappersenkäterna (bortfall: 4,7 procent). Majoriteten hade bott i Sverige tre år eller kortare tid (76 procent). Den högsta andelen som bott i Sverige i åtminstone tre år fanns bland personer från Sydasien (90 procent) följt av personer från MENA (80 procent). Motsvarande andelar bland personer från andra världsdelar och SSA var 77 respektive 60 procent. Omvänt fanns den högsta andelen som bott i Sverige i mer än tre år bland personer från SSA (40 procent), och därefter personer från andra världsdelar (23 procent).

Totalt svarade 1 684 av 1 773 respondenter på frågan om vilket år de fick uppehållstillstånd (bortfall: 5 procent). Mer än hälften (56 procent) uppgav att de fick uppehållstillstånd 2016 eller senare. Endast drygt en tredjedel (33 procent) fick uppehållstillstånd 2015 eller tidigare, och cirka en tiondel (11 procent) av respondenterna väntade fortfarande på beslut om uppehållstillstånd. Den högsta andelen som väntade på beslut fanns bland personer från Sydasien (44 procent). Högst andel som fick uppehållstillstånd 2016 eller senare fanns bland personer från MENA (62 procent), och högst andel bland de som fick det 2015 eller tidigare bland personer från SSA (46 procent).

Sysselsättning och försörjning

Totalt svarade 1 136 av 1 163 som deltog via webb- och pappersenkäten (bortfall: 2 procent) på frågan om sysselsättning. De flesta respondenter var studerande (79 procent) vid undersökningstillfället och cirka 18 procent uppgav att de jobbade, varav en del kombinerade studier med jobb. Omkring 12 procent svarade att de var arbetssökande och cirka 4 procent att de hade annan sysselsättning. Slutligen uppgav cirka 2 procent att de var föräldralediga och mindre än 1 procent att de var sjukskrivna. Högst andel som uppgav arbete som nuvarande daglig aktivitet fanns bland personer från andra världsdelar (42 procent).

Totalt svarade 1 702 av 1 773 på frågan om svårigheter med att försörja sig (bortfall: 4 procent). Cirka 44 procent av respondenterna uppgav att de haft svårt att försörja sig under det senaste året: 30 procent mer än en gång och 14 procent bara en gång. Andelen personer från MENA (35 procent) och Sydasien (33 procent) som haft svårt att försörja sig mer än en gång under det senaste året var dubbelt så hög jämfört med personer från SSA (16 procent) och fem gånger så hög jämfört med personer från andra världsdelar (7 procent). Cirka 3 procent av respondenterna svarade att de hade svårt att försörja sig innan de flyttade till Sverige. Den högsta andelen bland dem fanns bland personer från andra världsdelar (7 procent) och den lägsta bland personer från MENA (2 procent). Andelarna bland personer från Sydasien och SSA var lika stora (5 procent).

Boendesituation

Totalt 1 752 av 1 773 (bortfall: 1 procent) svarade på frågan om boendesituation. Drygt 42 procent av respondenterna uppgav att de bodde med sina

familjemedlemmar i Sverige, och den högsta andelen fanns bland personer från andra världsdelar (58 procent) och den lägsta bland personer från Sydasiens (24 procent). Andelen bland personer från MENA och SSA var 47 respektive 39 procent. Vidare svarade en fjärdedel (25 procent) att de bodde ensamma. Högst andel bland de som bodde ensamma fanns bland personer från SSA (37 procent), följt av personer från Sydasiens (27 procent) och därefter personer från MENA (20 procent). Bland personer från andra världsdelar fanns den lägsta andelen (8 procent).

Drygt 14 procent uppgav att de bodde med sin partner. Högst andel fanns bland personer från andra världsdelar (24 procent), följt av personer från MENA (18 procent). Motsvarande andelar bland personer från SSA och Sydasiens var 9 respektive 7 procent. Cirka 11 procent av respondenterna uppgav att de bodde med sina kompisar och 7 procent att de bodde på flyktingförläggningar. De högsta andelarna fanns bland personer från Sydasiens (kompisar = 19 och flyktingförläggningar = 21 procent).

Behov av tolk

Totalt svarade 1 744 av 1 773 personer (bortfall: 2 procent) på frågan om behov av tolk. Cirka hälften (50 procent) av respondenterna svarade att de behövde tolk vid kontakt med sjukvården eller andra myndigheter: 12 procent vid varje tillfälle och 38 procent bara vid enstaka tillfällen. Samma mönster sågs bland respondenterna från de olika ursprungsregionerna, men den högsta andelen fanns bland personer från MENA (53 procent), följt av personer från SSA (52 procent). Nästan lika stora andelar personer från Sydasiens (43 procent) och andra världsdelar (42 procent) ansåg att de behövde tolk vid samtal med sjukvården eller andra myndigheter.

Drygt hälften (49 procent) ansåg att de inte behövde tolk: drygt 40 procent att de kunde kommunicera på svenska, 7 procent gjorde det på engelska och 2 procent svarade att de fick hjälp av sina familjemedlemmar. Personer från andra världsdelar hade den högsta andelen bland de som fick hjälp av sina familjemedlemmar (10 procent) eller kommunicerade på engelska (30 procent), och den lägsta andelen bland de som kunde kommunicera på svenska (18 procent). Andelen som fick hjälp av familjemedlemmar eller kunde kommunicera på engelska var i de andra grupperna 1–2 procent respektive 5–8 procent. Däremot var andelen som kunde kommunicera på svenska mer än dubbelt så hög bland personer från MENA (38 procent), SSA (39 procent) och Sydasiens (51 procent), jämfört med personer från andra världsdelar (18 procent).

Känna sig som en del av det svenska samhället

Totalt svarade 1 727 av 1 773 respondenter på frågan (bortfall: 3 procent), och majoriteten (74 procent) uppgav att de kände sig som en del av det svenska samhället: 17 procent helt, 21 procent i stor utsträckning och 36 procent på något sätt. Drygt en fjärdedel (26 procent) uppgav att de bara delvis (18 procent) eller inte alls (8 procent) kände sig som en del av det svenska samhället. Den högsta

andelen bland de som svarade helt (29 procent) eller i stort sett (26 procent) fanns bland personer från SSA (55 procent). Motsvarande andelar bland personer från Asien, andra världsdelar och MENA var 36, 33 och 32 procent. Däremot fanns den högsta andelen som uppgav att de gjorde det bara lite eller inte alls bland personer från Sydasiien (30 procent), följt av personer från MENA (27 procent). Andelen bland personer från andra världsdelar och SSA var 21 respektive 19 procent.

Socialt nätverk och stöd

Totalt svarade 1 726 av 1 773 på frågan (bortfall: 3 procent) om emotionellt stöd. Av dessa uppgav fyra av tio (41 procent) att de inte hade någon som de kunde prata med om sina inre känslor. Den högsta andelen fanns bland personer från Sydasiien (65 procent) och den lägsta bland personer från andra världsdelar (16 procent). Motsvarande andelar bland personer från MENA och SSA var 37 respektive 35 procent.

Totalt svarade 1 744 av 1 773 på frågan (bortfall: 1,7 procent) om praktiskt stöd. Drygt en tredjedel av dem (29 procent) uppgav att de inte kunde få hjälp om de blev sjuka eller fick problem. Andelen respondenter från SSA (43 procent) och Sydasiien (41 procent) som svarade att de sällan eller aldrig fick hjälp var dubbelt så hög jämfört med personer från MENA (20 procent) och andra världsdelar (20 procent).

Självskattad generell och sexuell hälsa

Totalt svarade 1 678 av 1 773 på frågan (bortfall: 5 procent) om generell hälsa. Majoriteten (73 procent) av respondenterna skattade sin generella hälsa som bra (38 procent) eller mycket bra (35 procent), med en högre andel kvinnor (77 procent) än män (72 procent). Andelen bland icke-binära var 60 procent. Högst andel som skattade sin generella hälsa som bra eller mycket bra fanns bland personer i åldern 26–29 år (78 procent). Motsvarande andelar bland personer i åldern 16–19 år och personer i åldern 20–25 år var 67 respektive 75 procent. Bland personer med en eftergymnasial utbildning (79 procent) fanns högsta andelen som skattade sin hälsa som bra eller mycket bra, och den näst största andelen fanns bland personer med endast gymnasial utbildning (75 procent) och den lägsta bland personer med som högst förgymnasial utbildning (68 procent). Personer från SSA hade i jämförelse med personer från övriga regioner den högsta andelen bland respondenter som skattade sin generella hälsa som bra eller mycket bra (86 procent). Motsvarande andelar för andra världsdelar, MENA och Sydasien var 84, 76 respektive 45 procent.

Andelen män (10 procent) som skattade sin hälsa som dålig eller mycket dålig var dubbelt så hög jämfört med kvinnorna (5 procent). Andelen bland icke-binära var högst (17 procent). Andelen personer i åldern 16–19 år (12 procent) som skattade sin hälsa som dålig eller mycket dålig var dubbelt så hög som bland personer i åldern 26–29 år (6 procent). Motsvarande andel i åldern 20–25 år var 7 procent. Andelen med som högst en förgymnasial utbildning (10 procent) var också dubbelt så hög jämfört med personer med en eftergymnasial utbildning (5 procent). Bland personer med gymnasial utbildning var andelen 8 procent. Den högsta andelen av respondenter som skattade sin hälsa som dålig eller mycket dålig fanns även bland sydasiater (23 procent). Motsvarande andelar bland personer från MENA, SSA och andra världsdelar var 6, 5 respektive 2 procent (antal = 1).

Ett liknande men mindre tydligt mönster sågs för sexuell och bortfallet (6 procent) var högre (1 659 av 1 773 personer) jämfört med frågan om självskattad generell hälsa. Cirka 64 procent skattade sin sexuella hälsa som bra (30 procent) eller mycket bra (34 procent), men omkring 18 procent var osäkra på sin sexuella hälsa.

En högre andel män (8 procent) än kvinnor (4 procent) skattade sin sexuella hälsa som dålig eller mycket dålig. Andelen bland icke-binära var högst (12 procent). När det gäller åldersgrupper fanns högsta andelen bland personer i åldern 16–19 år (8 procent), och sedan var andelen 6 procent i gruppen 20–25 år och 5 procent i gruppen 26–29 år. Utifrån utbildningsnivå fanns högsta andelen bland personer med som högst en förgymnasial utbildning (9 procent). Motsvarande andel var 4 procent bland både personer med en gymnasial utbildning och dem med en eftergymnasial utbildning. Sett till ursprungsregion fanns den högsta andelen personer som skattade sin sexuella hälsa som dålig eller mycket dålig bland personer från Sydasien (16 procent). Motsvarande andelar bland personer från SSA och MENA var 5 respektive 4 procent. Ingen respondent från andra världsdelar gav detta svar.

Andelen kvinnor (24 procent) som hade svårt att skatta sin sexuella hälsa var nästan dubbelt så hög jämfört med män (13 procent). Andelen osäkra bland icke-binära var 21 procent. Högst andel bland de osäkra utifrån ålder fanns bland personer i åldern 16–19 år (25 procent). Motsvarande andelar bland personer i åldern 20–25 år och 26–29 år var 15 respektive 10 procent. Högst andel utifrån utbildningsnivå fanns bland personer med en gymnasial utbildning (19 procent) följt av personer med som högst en förgymnasial utbildning (18 procent). Andelen bland personer med eftergymnasial utbildning var 15 procent. Personer från andra världsdelar hade också den högsta andelen osäkra (28 procent). Motsvarande andelar bland personer från MENA, Sydasien och SSA var 19, 18 respektive 10 procent.

Osäkerhetskänsla, erfarenheter av fysiskt och sexuellt våld och upplevelser av diskriminering

Avstå från att gå ut ensam av rädsla för att bli anfallen, rånad eller ofredad
Totalt svarade 1 729 av 1 773 respondenter (bortfall: 3 procent) på frågan om att avstå från att gå ut ensam av rädsla för att bli anfallen, rånad eller ofredad. Majoriteten (77 procent) uppgav att de kände sig trygga med att gå ut ensamma, men drygt 23 procent svarade att de ibland (19 procent) eller ofta (4 procent) avstått. En högre andel kvinnor (28 procent) än män (20 procent) gav det svaret. Andelen bland icke-binära var högst (30 procent). När det gäller ålder fanns den högsta andelen bland personer i åldern 16–19 år (27 procent). Motsvarande andelar i gruppen 20–25 år och 26–29 år var 22 respektive 19 procent. Högst andel som kände sig otrygga utifrån utbildningsnivå fanns bland personer med som högst en förgymnasial utbildning (26 procent). Andelarna bland personer med gymnasial och eftergymnasial utbildning var 22 respektive 19 procent. Personer från andra världsdelar hade den högsta andelen som ibland avstått (44 procent), men ingen som ofta gjort det. Högst andel som både ibland och ofta avstått fanns bland personer från Sydasiien (29 procent). Motsvarande andelar bland personer från MENA och SSA var 21 respektive 18 procent.

Upplevelser av diskriminering eller kränkande behandling under livstid

När det gäller ålder fanns högst andel som uppgav att de behandlats på ett diskriminerande eller kränkande sätt i Sverige bland personer i åldern 20–25 år (34 procent) följt av gruppen 16–19 år (32 procent) och 26–29 år (27 procent). Men sett till hemlandet fanns högst andel i gruppen 26–29 år (25 procent), liksom när det gäller diskriminerande eller kränkande behandling under resan (20 procent). Lika andelar personer i åldrarna 16–19 år (20 procent) och 20–25 år (20 procent) uppgav att de behandlats på ett diskriminerande eller kränkande sätt i hemlandet. Sett till erfarenheter under resan var andelen 18 i gruppen 16–19 år och 15 procent i gruppen 20–25 år.

Utifrån utbildningsnivå fanns högst andel som uppgav att de upplevt diskriminerande eller kränkande behandling i Sverige bland personer med eftergymnasial utbildningsnivå (40 procent). Motsvarande andelar bland personer med som högst gymnasial eller förgymnasial utbildning var 30 respektive 27 procent. Sett till utbildningsnivå fanns ingen stor skillnad i upplevelser av diskriminering eller kränkning under resan eller i hemlandet.

Andelen personer från MENA (36 procent) och Sydasiien (36 procent) som upplevt diskriminerande eller kränkande behandling i Sverige var dubbelt så hög jämfört med personer från SSA (19 procent), och tre gånger så hög jämfört med personer från andra världsdelar (12 procent). Högst andel som upplevt detta i hemlandet fanns bland personer från Sydasiien (35 procent). Motsvarande andelar bland personer från MENA, SSA och andra världsdelar var 19, 18 respektive 14 procent. Personer från Sydasiien (31 procent) hade även den högsta andelen som upplevt diskriminerande eller kränkande behandling under resan, följt av personer från

SSA (20 procent). Andelen bland personer från MENA var 14 procent. Ingen av respondenterna från andra världsdelar uppgav att de blivit diskriminerade eller kränkta under resan.

Upplevelser av diskriminering eller kränkning under senaste året

Av de 1 011 respondenter som uppgav att de någon gång upplevt diskriminering svarade totalt 916 (bortfall: 9 procent) på frågan om upplevelser av diskriminerande eller kränkande behandling under det senaste året. Över hälften (53 procent) uppgav att de behandlats på ett kränkande eller diskriminerande sätt under det senaste året: 21 procent en gång och 32 procent flera gånger. Sett till kön var andelen bland män 56 procent, bland kvinnor 45 procent och bland icke-binära 42 procent. Utifrån ålder fanns högst andel som utsatts för diskriminerande eller kränkande behandling under det senaste året i gruppen 16–19 år (57 procent) följt av personer i åldern 20–25 år (51 procent). Andelen i gruppen 26–29 år var den lägsta (48 procent). När det gäller utbildningsnivå fanns högsta andelen bland personer med en eftergymnasial utbildning (61 procent). Motsvarande andelar bland personer med som högst en gymnasial eller förgymnasial utbildning var 52 respektive 49 procent. Sett till ursprungsregioner fanns högsta andelen bland personer från Sydasiens (58 procent), följt av personer från MENA (57 procent). Andelarna bland personer från SSA och andra världsdelar var 38 respektive 32 procent.

Angivna diskrimineringsskäl och -grunder

En följdfråga gällde skälet till diskrimineringen, och det vanligaste svaret var etnisk tillhörighet eller ursprungsland. Det svaret gav 61 procent i åldern 16–19 år, liksom 62 procent i gruppen 26–29 år, av de som upplevt diskriminering eller kränkning under det senaste året. Högst andel fanns bland personer i åldern 20–25 år (66 procent). Det fanns ingen skillnad mellan olika åldersgrupper när det gäller upplevd diskriminering eller kränkning pga. kön. Andelen personer i åldern 16–19 år (6 procent) som upplevt diskriminering eller kränkning pga. sin sexuella läggning var dubbelt så hög jämfört med personer i åldrarna 20–25 år (3 procent) och 26–29 år (3 procent). När det gäller diskriminering på grund av ålder var andelen i åldern 16–19 år (13 procent) tre gånger så hög jämfört med personer i åldern 20–25 år (4 procent), och sex gånger så hög jämfört med gruppen 26–29 år (2 procent). Högst andel som upplevt diskriminering eller kränkning på grund av religion under det senaste året fanns bland personer i åldern 16–19 år (39 procent). Motsvarande andelar bland grupperna 20–25 år och 26–29 år var 33 respektive 35 procent. Det fanns ingen skillnad mellan olika åldersgrupper (4 procent) vad gäller upplevd diskriminering eller kränkning pga. könsuttryck (4 procent).

Lika stor andel personer med gymnasial (71 procent) som eftergymnasial utbildning (71 procent) angav etnisk tillhörighet eller ursprung som skäl, av de som upplevt diskriminering eller kränkning under det senaste året. Den lägsta andelen fanns bland personer med som högst en förgymnasial utbildning (53 procent). Det fanns ingen skillnad i upplevd diskriminering pga. kön. Andelen som upplevt sig

diskriminerade pga. ålder var högst bland personer med som högst en förgymnasial utbildning (9 procent), följt av personer med en gymnasial utbildning (7 procent). Andelen bland personer med en eftergymnasial utbildning var 4 procent. Däremot var andelen som uppgav religion som skäl högst bland personer med en eftergymnasial utbildning (40 procent). Motsvarande andelar bland personer med som högst gymnasial och förgymnasial utbildning var 32 respektive 34 procent. Det fanns ingen stor skillnad sett till utbildningsnivå vad gäller upplevd diskriminering pga. könsuttryck.

Andelen som upplevt diskriminering eller kränkning pga. sitt ursprung var högst bland personer från MENA (66 procent), följt av personer från SSA (63 procent). Andelen bland personer från Sydasien var 57 procent. Sett till ursprungsregion var det ingen skillnad bland dem som under det senaste året blivit diskriminerade eller kränkta pga. sitt kön (5 procent). Lika stor andel personer från Sydasien (7 procent) som personer från SSA (7 procent) uppgav att de upplevt diskriminering eller kränkning pga. sexuell läggning. Andelen bland personer från MENA var 3 procent. Andelen personer från Sydasien (18 procent) som uppgav ålder som skäl var sex gånger så hög jämfört med personer från MENA (3 procent). Andelen bland personer från SSA var bara 2 procent. Högst andel som upplevt diskriminering eller kränkning pga. sin religion fanns bland personer från MENA (39 procent). Motsvarande andelar bland personer från Sydasien och SSA var 33 respektive 30 procent. Få respondenter från andra världsdelar (n = 13) uppgav något skäl för diskriminering eller kränkning, och därför jämfördes inte gruppen med andra grupper.

Angivna platser för diskriminering

Av de 634 som upplevt diskriminering eller kränkning under det senaste året var det 617 personer (bortfall: 3 procent) som angav var de har upplevt detta. De vanligaste angivna platserna var: allmänna platser (52 procent), skolan (35 procent), internet (18 procent), arbetsplats (16 procent), myndigheter (16 procent), andras hem (13 procent), sjukvården (9 procent), andra platser (8 procent) och i hemmet (5 procent). En högre andel kvinnor än män angav att det skett på allmänna platser (59 mot 48 procent), på skolan (38 mot 34) eller inom sjukvården (10 mot 8 procent). Däremot uppgav en högre andel män än kvinnor att kränkningen skett på internet (20 mot 10 procent), på arbetsplatsen (17 mot 14 procent), hos myndigheter (17 och 11 procent), i andras hem (14 mot 9 procent) eller på andra platser (10 mot 2 procent). Med undantag för upplevd diskriminering eller kränkning i andras hem och inom sjukvården var andelarna allra högst bland icke-binära (men antalet var lägst).

När det gäller allmänna eller offentliga platser fanns högsta andelen bland personer i åldern 20–25 år (59 procent), följt av gruppen 26–29 år (54 procent) och 16–19 år (45 procent). Andelen som upplevt diskriminering eller kränkning i skolan var högst bland personer i åldern 16–19 år (53 procent) och lägst i gruppen 26–29 år (18 procent). I åldern 20–25 år var andelen 28 procent. Högst andel som uppgav internet eller i andras hem som svar fanns bland personer i åldern 16–19 år (23

respektive 16 procent). Andelen i gruppen 20–25 år var 13 respektive 11 procent, och i gruppen 26–29 år var den 17 respektive 10 procent. Den lägsta andelen som uppgav att de blivit diskriminerade eller kränkta hos myndigheter under det senaste året fanns bland personer i åldern 16–19 år (11 procent). Motsvarande andelar i gruppen 20–25 år och 26–29 år var 19 respektive 18 procent. Andelen personer i åldern 26–29 år (12 procent) som uppgav diskriminering eller kränkning inom sjukvården var dubbelt så hög jämfört med personer i åldern 16–19 år (6 procent). Motsvarande andel i gruppen 20–25 år var 9 procent.

Utifrån utbildningsnivå var andelen som angav diskriminering eller kränkning på allmänna platser högst bland personer med en gymnasial utbildning (58 procent) och lägst bland personer med en förgymnasial eller kortare utbildning (46 procent). Andelen bland personer med eftergymnasial utbildning var 55 procent. Däremot var andelen som blivit diskriminerade eller kränkta i skolan högst bland personer med en förgymnasial eller kortare utbildning (42 procent), och lägst bland personer med en eftergymnasial utbildning (27 procent). Andelen bland personer med en gymnasial utbildning var 34 procent. Det fanns ingen stor skillnad när det gäller internet (16–19 procent), men högst andel fanns bland personer med som högst en förgymnasial utbildning (19 procent). Högst andel som upplevt diskriminering hos myndigheter fanns bland personer med en eftergymnasial utbildning (20 procent). Andelarna bland personer med som högst en gymnasial och förgymnasial utbildning var 15 respektive 13 procent. Den högsta andelen som blivit kränkta i andras hem fanns bland personer med en förgymnasial eller kortare utbildning (15 procent), följt av personer med gymnasial utbildning (12 procent) och personer med en eftergymnasial utbildning (10 procent). När det gäller diskriminering eller kränkning i sjukvården fanns ingen stor skillnad utifrån utbildningsnivå: eftergymnasial 10 procent, gymnasial 9 procent och förgymnasial eller kortare 8 procent.

Utifrån ursprungsregioner var andelen som blivit diskriminerade eller kränkta på allmänna platser högst bland personer från MENA (60 procent). Lika stor andel personer från Sydasien (40 procent) som personer från SSA (40 procent) uppgav detta svar. Andelen som uppgav skolan var högst bland personer från Sydasien (47 procent), och motsvarande andelar bland personer från SSA och MENA var 35 respektive 31 procent. Personer från Sydasien hade även den högsta andelen som upplevt diskriminering eller kränkning på internet (22 procent), jämfört med 17 procent bland personer från MENA och SSA. Högst andel som angav jobbet som svar fanns bland personer från SSA (20 procent), följt av personer från MENA (19 procent). Motsvarande andel bland personer från Sydasien var 7 procent. Andelen som blivit diskriminerade eller kränkta hos myndigheter var högst bland personer från MENA (18 procent), följt av Sydasien och SSA med 14 respektive 11 procent.

Fysiskt våld under senaste året

Totalt svarade 1 663 av 1 773 (bortfall: 6 procent) på frågan om erfarenhet av fysiskt våld. Endast 6 procent av respondenterna uppgav att de blivit utsatta för fysiskt våld under det senaste året. Andelen män (7 procent) var dubbelt så hög

jämfört med kvinnor (3 procent) och icke-binära (3 procent, men antal = 1). Andelen bland personer i åldern 16–19 år (9 procent) var dubbelt så hög jämfört med personer i åldern 20–25 år (4 procent) och tre gånger så hög jämfört med gruppen 26–29 år (3 procent). Andelen utsatta var nästan lika stor bland personer med som högst en förgymnasial utbildning (7 procent) och personer med en gymnasial utbildning (6 procent), och dubbelt så hög jämfört med personer med eftergymnasial utbildning (3 procent). Andelen personer från Sydasien (14 procent) som utsatts för fysiskt våld var mer än tre gånger så hög jämfört med personer från MENA (4 procent) och SSA (3 procent).

Angivna platser där våldet skett

De 6 procent (n = 92) som utsatts för fysiskt våld under det senaste året fick en fråga om var det skett. De vanligaste angivna platserna var: offentlig plats (33 procent), skolan (27 procent), andras hem (19 procent), annan plats (17 procent), i hemmet av släktingar (12 procent), i hemmet av partner (8 procent) och på arbetsplatsen (5 procent).

Antalet män som utsatts för fysiskt våld på de olika platserna var högre än antalet kvinnor. Högst antal som utsatts för fysiskt våld på de olika platserna, förutom ”annan plats”, fanns i gruppen 15–19 år, varav 22 i skolan, 18 på offentliga platser, 12 i andras hem och 8 hemma av andra släktingar.

Bland personer med som högst en förgymnasial utbildning fanns flest som utsatts för fysiskt våld i skolan (n = 12), på arbetet (3 stycken), i hemmet av andra släktingar (7 stycken) eller i andras hem (14 stycken). Bland dem med en gymnasial utbildning fanns flest som utsatts för våld på offentliga platser (12 stycken) eller i hemmet av partner (5 stycken).

Flest som utsatts för fysiskt våld i skolan fanns bland personer från MENA (13 stycken) följt av personer från Sydasien (8 stycken) och därefter personer från SSA (5 stycken). Ingen av personerna från andra världsdelar gav detta svar. Lika många personer från MENA (4 stycken) som Sydasien (4 stycken) har utsatts för våld i hemmet av en partner. När det gäller våld i hemmet av andra familjemedlemmar fanns flest bland personer från MENA (7 stycken) följt av personer från Sydasien (4 stycken), men ingen i andra grupper. Bland de som utsatts för våld i andras hem fanns flest bland personer från Sydasien (10 stycken). Antalet från MENA, SSA och andra världsdelar var 5, 2 respektive 1 person. Högst antal som utsatts för fysiskt våld på offentlig plats fanns bland personer från MENA (16 stycken), följt av personer från Sydasien (11 stycken) och därefter personer från SSA (4 stycken).

Sexuell läggning, sexdebut och tillfredsställelse med sexlivet

Sexuell läggning

Totalt svarade 1 614 av 1 773 personer på frågan om sexuell läggning (bortfall: 9 procent). De flesta blev sexuellt attraherade av det motsatta könet. En högre andel kvinnor (68 procent) än män (3 procent) attraherades av män, och omvänt attraherades en högre andel män (80 procent) än kvinnor (1 procent) av kvinnor. Lika andelar icke-binära attraherades av män (32 procent) respektive kvinnor (32 procent). Nästan lika stora andelar män (4 procent) och kvinnor (5 procent) attraherades av båda könen. Andelen bland icke-binära var den högsta (15 procent), men antalet lågt (5 stycken). Andelen kvinnor (6 procent) som varken attraherades av män eller kvinnor var dubbelt så hög jämfört med män (3 procent) och icke-binära (3 procent, men antal = 1).

Cirka 13 procent kunde eller ville inte svara på frågan. Andelen kvinnor (19 procent) som inte svarade var dubbelt så hög jämfört med män (9 procent). Andelen bland icke-binära var 15 procent (5 personer).

Personer i åldern 20–25 år hade den högsta andelen som attraherades av både män och kvinnor (6 procent). Andelarna var sedan lika stora bland personer i åldern 16–19 år och 26–29 år (4 procent). Andelen personer i åldern 16–19 år (7 procent) som inte attraherades av någon var nästan dubbelt så hög jämfört med gruppen 20–25 år (4 procent) och 26–29 år (3 procent). Högst andel som inte kunde eller ville svara på frågan fanns bland personer i åldern 16–19 år (20 procent). Motsvarande andelar i gruppen 20–25 år och 26–29 år var 11 respektive 7 procent.

Nästan lika stor andel personer med som högst en förgymnasial utbildning (5 procent) som personer med en gymnasial utbildning (6 procent) attraherades av både män och kvinnor, och den lägsta andelen fanns bland personer med eftergymnasial utbildning (3 procent). Det fanns ingen stor skillnad i utbildningsnivå bland de som inte attraherades av någon. Andelen personer med som högst en förgymnasial utbildning (18 procent) som vägrade svara var dubbelt så hög jämfört med personer med en gymnasial utbildning (12 procent) och tre gånger så hög jämfört med personer med en eftergymnasial utbildning (6 procent). Personer från Sydasiens (17 procent) hade den högsta andelen som inte svarade på denna fråga. Andelarna bland personer från MENA, SSA och andra världsdelar var 13, 11 respektive 14 procent (dock lägsta antal = 6).

Totalt svarade 1 563 av 1 773 på frågan om öppenhet inför andra om sexuell läggning och identitet (bortfall: 11 procent). Drygt sex av tio respondenter (62 procent) uppgav att de var helt (49 procent) eller ganska (13 procent) öppna med sin sexuella läggning eller könsidentitet (könsuttryck), men cirka 22 procent uppgav att de inte var särskilt (9 procent) eller alls öppna (13 procent). En högre andel män (64 procent) än kvinnor (61 procent) var ganska eller helt öppna med detta medan en högre andel kvinnor (26 procent) än män (19 procent) uppgav att de inte alls var öppna eller inte särskilt öppna. Motsvarande andelar bland icke-binära var 48 respektive 33 procent (lågsta antal = 11).

Bland de som var öppna med sin sexuella läggning eller sitt könsuttryck fanns högst andel i gruppen 26–29 år (66 procent) följt av 20–25 år (63 procent). Andelen bland personer i åldern 16–19 år (55 procent) var den lägsta. Högst andel bland de som inte var öppna inför andra fanns i gruppen 16–19 år (26 procent). Andelen var nästan lika stor i gruppen 20–25 år (19 procent) som i gruppen 26–29 år (20 procent).

Utifrån utbildningsnivå var andelen öppna högst bland personer med en eftergymnasial utbildning (71 procent). Motsvarande andelar bland personer med en gymnasial utbildning (61 procent) och som högst en förgymnasial utbildning (55 procent). Omvänt uppgav nästan lika stor andel personer med en förgymnasial eller kortare utbildning (24 procent) som personer med en gymnasial utbildning (25 procent) att de inte var öppna med sin sexuella läggning eller sitt könsuttryck. Den lägsta andelen fanns bland personer med en eftergymnasial utbildning (16 procent).

Högst andel som var öppna fanns också bland personer från andra världsdelar (82 procent) följt av personer från MENA (65 procent) och därefter SSA (62 procent). Den lägsta andelen fanns bland personer från Sydasien (46 procent). Däremot var andelen som inte var öppna högst bland personer från Sydasien (30 procent). Motsvarande andelar bland personer från MENA, SSA och andra världsdelar var 20, 24 och 14 procent.

Totalt 800 personer svarade att de inte var helt öppna med sin sexuella läggning eller könsidentitet inför andra, och av dem svarade 751 (bortfall: 6,1) på följdfrågan om hur detta inverkar på hälsan. Fyra av tio (40 procent) tyckte att det inte hade någon inverkan på deras hälsa, men ungefär lika stor andel (43 procent) uppgav att de var osäkra om det påverkade hälsan eller inte. Nästan lika många tyckte att det påverkade deras hälsa positivt (10 procent) eller negativt (8 procent).

En högre andel män än kvinnor var osäkra (44 respektive 39 procent) eller tyckte att det påverkade deras hälsa positivt (11 respektive 7 procent) eller negativt (10 respektive 3 procent). Men en högre andel kvinnor (51 procent) än män (35 procent) tyckte inte att det hade någon inverkan på deras hälsa. Icke-binära hade de högsta andelarna, dock lägsta antal, som tyckte att hälsan påverkades negativt (26 procent, n = 6) eller positivt (13 procent, n = 3). Andelen icke-binära som var osäkra var 35 procent, medan 26 procent tyckte att det inte hade någon inverkan.

När det gäller ålder var det främst personer i åldern 26–29 år (47 procent) som tyckte att hälsan inte påverkades av att de inte är öppna med sin läggning. Motsvarande andelar bland personer i åldern 20–25 år och 16–19 år var 38 respektive 35 procent. Men den högsta andelen som var osäkra fanns i gruppen 16–19 år (48 procent) följt av 20–25 år (43 procent). Den lägsta andelen fanns bland personer i åldern 26–29 år (34 procent). Det fanns ingen stor skillnad mellan olika åldersgrupper när det gäller att hälsan påverkas positivt eller negativt.

Högst andel som tyckte att det inte inverkade på hälsan fanns bland personer med en eftergymnasial utbildning (50 procent), följt av personer med en gymnasial utbildning (45 procent) och personer med som högst en förgymnasial utbildning

(32 procent). Vidare fanns den högsta andelen osäkra respondenter bland personer med en förgymnasial eller kortare utbildning (49 procent). Motsvarande andelar var nästan lika stora bland personer med en gymnasial (36 procent) och eftergymnasial (37 procent) utbildning. Högst andel som tyckte att det påverkade hälsan positivt fanns bland personer med en gymnasial utbildning (12 procent), följt av personer med som högst en förgymnasial utbildning (10 procent), och lägst andel fanns bland personer med en eftergymnasial utbildning (5 procent). Sett till utbildningsnivå fanns ingen skillnad bland de personer som tyckte att det påverkade hälsan negativt.

Högst andel som tyckte att detta inte hade någon inverkan fanns bland personer från MENA (52 procent), följt av personer från SSA (34 procent). Motsvarande andelar bland personer från andra världsdelar och Sydasien var 29 respektive 17 procent. Men högst andel osäkra fanns bland personer från Sydasien (56 procent) följt av personer från andra världsdelar (53 procent). Motsvarande andelar bland personer från SSA och MENA var 42 respektive 37 procent. Högst andel som tyckte att det påverkade hälsan negativt fanns bland personer från Sydasien (15 procent). Andelar bland personer från MENA (6 procent) och SSA (7 procent) var nästan lika stor. Däremot fanns den största andelen som tyckte att hälsan påverkades positivt bland personer från SSA (17 procent). Andelarna bland personer från Sydasien och MENA var 12 respektive 5 procent.

Sexdebut

Av de 773 som uppgav att de hade sexdebuterat var det 691 som svarade på frågan om ålder vid sexdebut (bortfall: 6 procent). Över hälften (56 procent) av respondenterna hade inte sexdebuterat. Bland de som sexdebuterat var andelen kvinnor (45 procent) och män (44 procent) nästan lika stor. Andelen bland icke-binära var högst med 55 procent men antalet (18 stycken) var det lägsta. Högst andel som sexdebuterat fanns bland personer i åldern 26–29 år (64 procent) och lägst andel i gruppen 16–19 år (26 procent). Vidare fanns högst andel som sexdebuterat bland personer från SSA (54 procent), följt av personer från andra världsdelar (51 procent). Motsvarande andelar bland personer från MENA och Sydasien var 43 respektive 36 procent.

Genomsnittsåldern för sexdebut var 19 år (medelålder = $18,7 \pm 3,4$ år och medianålder = 18 år). Den lägsta åldern för sexdebut bland respondenterna var 10 år. Drygt 11 procent hade haft tidig sexdebut (före 15 år). Män (medelålder = $18,1 \pm 3,4$ år och medianålder = 18 år) sexdebuterade i genomsnitt två år tidigare än kvinnor (medelålder = $19,9 \pm 3,2$ år och medianålder = 19 år). Genomsnittsåldern för icke-binära var lägst (medelålder = $17,2 \pm 3,4$ år och medianålder = 17 år). Personer från Sydasien (medelålder = $16,5 \pm 3,5$ år och medianålder = 16 år) sexdebuterade i genomsnitt ett år tidigare än personer från SSA (medelålder = $17,8 \pm 3,2$ år och medianålder = 17), vilket är två år tidigare än personer från andra världsdelar (medelålder = $18,7 \pm 2,8$ år och medianålder = 18 år) och tre år tidigare än personer från MENA (medelålder = $19,5 \pm 3$ år och medianålder = 19 år).

Tillfredsställelse med sexuallivet

Totalt 1 641 av 1 773 svarade på frågan (bortfall: 7 procent) om hur tillfredsställda de är med sitt nuvarande sexliv. Över hälften (51 procent) uppgav att de var nöjda (24 procent) eller mycket nöjda (27 procent), och andelen var högre bland kvinnor (58 procent) än män (48 procent). Andelen bland icke-binära var lägst (42 procent). Högst andel som var nöjda eller mycket nöjda fanns bland personer i åldern 26–29 år (59 procent) och personer från andra världsdelar (70 procent). Andelsmässigt fanns det ingen stor skillnad utifrån utbildningsnivå. En högre andel män (14 procent) än kvinnor (5 procent) var ganska eller mycket missnöjda med sitt nuvarande sexliv. Andelen bland icke-binära var högst (30 procent). Högst andel som var ganska eller mycket missnöjda fanns bland personer i åldern 16–19 år (13 procent), personer med en förgymnasial eller kortare utbildning (14 procent) och personer från Sydasiens (23 procent).

Av de 731 som uppgav att de sexdebuterat var det 694 som svarade på frågan om de kände så höga prestationskrav så att det upplevdes som ett hinder (bortfall: 5 procent). Av de 694 hade 57 procent hade aldrig (45 procent) eller sällan (12 procent) upplevt så höga sexuella krav att det blev ett problem eller hinder, men cirka 7 procent uppgav att de känt så: antingen ofta (5 procent) eller alltid (2 procent). Drygt 22 procent var dock osäkra om de upplevt så höga krav. En högre andel kvinnor (67 procent) än män (54 procent) hade aldrig eller sällan upplevt detta som ett problem, och omvänt var det nästan dubbelt så hög andel män som upplevt detta som ett problem (9 procent) jämfört med kvinnor (5 procent). Få respondenter bland icke-binära (20 stycken) svarade på frågan. De högsta andelarna som aldrig eller sällan upplevt detta som ett problem fanns bland personer i åldern 26–29 år (66 procent), personer med en eftergymnasial utbildning (63 procent) och personer från MENA (62 procent). Högst andel som alltid eller ofta upplevt det som ett problem fanns bland personer med eftergymnasial utbildning (10 procent) och personer från Sydasiens (10 procent).

Rätten att bestämma

Rätten att bestämma vem man vill ha en intim relation med

Totalt svarade 1 639 av 1 773 personer på frågan (bortfall: 8 procent) om de upplevt några begränsningar vid valet av partner. Nästan hälften (47 procent) ansåg att de inte begränsats av någon eller något (sin familj eller närmaste omgivning) när det gäller vem de kan vara ihop eller ha en intim relation med. Bland de som upplevt detta uppgav cirka 23 procent att de begränsat sig själva, medan 13 procent begränsats av sin religion, 10 procent av sin familj, 7 procent av sina landsmän, 2 procent pga. sitt könsuttryck, 1 procent pga. sexuell läggning och 1 procent pga. funktionsnedsättning. Omkring 10 procent av respondenterna var dock osäkra och 7 procent uppgav att inget svarsalternativ passade dem.

En högre andel kvinnor än män uppgav att de inte begränsats av någon (51 respektive 48 procent). Bland icke-binära var andelen 24 procent. Bland kvinnor fanns också högre andelar, jämfört med män, som uppgav att de begränsats av sig själva (23 respektive 21 procent) eller av sin familj (11 respektive 9 procent). Bland icke-binära uppgav 29 procent att de begränsat sig själva och 12 procent hade begränsats av sin familj, men antalen icke-binära personer var låga jämfört med män och kvinnor. Det var ungefär lika stor andel män som kvinnor som uppgav att de begränsats av sina landsmän (7 respektive 6 procent), sin religion (14 respektive 13) eller könsuttryck (2 respektive 1 procent). Bland icke-binära var andelen 15 procent bland de som uppgav att de begränsats av sina landsmän, och lika stora andelar hade begränsats av sin religion (6 procent), sitt könsuttryck (6 procent) eller sin sexuella läggning (6 procent). Lika andelar män och kvinnor uppgav att de begränsats pga. sin sexuella läggning (1 procent) eller funktionsnedsättning (1 procent). En högre andel män (11 procent) än kvinnor (7 procent) var osäkra på om de någon gång blivit begränsade. Det fanns däremot en högre andel bland kvinnor (8 procent) än män (6 procent) som svarade att inget svarsalternativ passade.

Högst andel som ansåg att de inte begränsats av någon fanns bland personer i åldern 26–29 år (53 procent). Andelen i gruppen 20–25 år och 16–19 år var 48 respektive 44 procent. En högre andel personer i åldern 20–25 år (25 procent) upplevde att de begränsat sig själva, jämfört med andelen i åldern 16–19 år (21 procent) och 26–29 år (22 procent). I gruppen 16–19 år (12 procent) fanns den högsta andelen respondenter som ansåg att de begränsats av sin familj. Andelarna bland personer i åldrarna 20–25 år och 26–29 år var 9 respektive 8 procent. Lika andelar (7 procent) i alla tre åldersgrupper ansåg att de begränsats av sina landsmän. Andelen som ansåg att de hindrats pga. sin religion var lika stor bland personer i åldrarna 16–19 år (14 procent) och 20–25 år (14 procent), men lägre i gruppen 26–29 år (11 procent). Andelen som hindrats pga. av sitt könsuttryck var högre bland 16–19-åringarna, dvs. tonåringar (3 procent), jämfört med 20–29-åringarna (1 procent). Högst andel som svarade att de var osäkra fanns i gruppen 16–19 år (14 procent). Andelarna bland personer i åldrarna 20–25 år och 26–29 år var 9 respektive 5 procent.

Högst andel som ansåg att de inte begränsats av någon fanns bland personer med en eftergymnasial utbildning (52 procent). Motsvarande andelar bland personer med som högst en gymnasial och förgymnasial utbildning var 47 respektive 46 procent. Högst andel som ansåg att de begränsat sig själva fanns bland personer med en gymnasial utbildning (25 procent) följt av personer med en eftergymnasial utbildning (23 procent). Personer med som högst en förgymnasial utbildning hade den lägsta andelen (21 procent). Samma mönster sågs för andelen som ansåg att de begränsats av sin familj, men med små skillnader mellan grupperna. Det fanns däremot en högre andel med en eftergymnasial utbildning som ansåg att de begränsats av sina landsmän (9 procent) eller sin religion (17 procent) än bland personer med som högst en gymnasial (6 respektive 13 procent) och förgymnasial utbildning (7 respektive 12 procent). Andelen som begränsats pga. sitt könsuttryck var högre bland personer med en förgymnasial eller kortare utbildning (3 procent) jämfört med en gymnasial (1 procent) eller eftergymnasial utbildning (1 procent). Högst andel som svarade att de var osäkra fanns bland personer med en förgymnasial eller kortare utbildning (14 procent). Andelar bland personer med gymnasial och eftergymnasial utbildning var 8 respektive 4 procent.

Högst andel som ansåg att de inte begränsats av någon fanns bland personer från andra världsdelar (63 procent), och sedan kom respondenter från MENA (49 procent) och SSA (48 procent). Den lägsta andelen fanns bland personer från Sydasien (40 procent). Den högsta andelen respondenter som ansåg att de begränsat sig själva fanns bland personer från SSA (31 procent), och den lägsta bland personer från andra världsdelar (16 procent). Motsvarande andelar bland personer från MENA och Sydasien var 21 respektive 18 procent. Det fanns inga stora skillnader mellan grupper (MENA = 10 procent, Sydasien = 11 procent, SSA = 8 procent och andra världsdelar = 9 procent) från olika regioner när det gäller andelen som ansåg att de begränsats av sin familj, men den högsta andelen gällde personer från Sydasien (11 procent) och den lägsta personer från SSA (8 procent). Bland personer från Sydasien (12 procent) fanns också den högsta andelen som ansåg att de begränsats av sina landsmän, och den lägsta bland personer från SSA (5 procent). Ingen respondent från andra världsdelar ansåg att de begränsats av sina landsmän. Andelen bland personer från MENA var 7 procent. Högst andel som ansåg att de begränsats av sin religion fanns bland personer från MENA (17 procent) följt av personer från Sydasien (10 procent). Motsvarande andel bland personer från SSA var 9 procent. Ingen respondent från andra världsdelar uppgav religion som hinder. En högre andel personer från Sydasien ansåg att de begränsats pga. sitt könsuttryck (4 procent) eller sexuella läggning (2 procent) jämfört med personer från andra regioner där det gällde knappt 1 procent. Den högsta andelen som svarade att de var osäkra fanns bland personer från Sydasien (20 procent) följt av personer från andra världsdelar (12 procent). Andelen bland personer från MENA (8 procent) och SSA (7 procent) var nästan lika stor.

Rätten att bestämma när man ska ha sex

Totalt 731 personer uppgav att de har någon gång haft sex med en partner, och av dem svarade 680 på frågan om vem som bestämmer när de ska ha sex. Drygt 61 procent tyckte att de får bestämma lika mycket som sin partner, medan 6 procent tyckte att någon av dem bestämde mer. Cirka 28 procent svarade att inget av svarsalternativen passade dem.

En högre andel kvinnor (71 procent) än män (56 procent) ansåg att båda bestämde lika mycket när de ska ha sex. Samtidigt var andelen kvinnor (11 procent) bland de som ansåg att deras partner bestämde mer nästan tre gånger högre än andelen män (4 procent). Bland icke-binära svarade 50 procent att båda bestämmer lika mycket, och 11 procent att partnern bestämmer mer. Andelen män som ansåg att de bestämde mer än sina partner eller som svarade att inget svarsalternativ passade (7 respektive 33 procent) var mer än dubbelt så hög jämfört med kvinnor (3 respektive 15 procent). Bland icke-binära var det ingen som svarade på frågan om partnern bestämde mer, men 39 procent svarade att inget alternativ passade dem.

Högst andel som ansåg att de bestämde lika mycket fanns bland personer i åldern 26–29 år (65 procent). Motsvarande andelar för gruppen 16–19 år och 20–25 år var 58 respektive 57 procent. Det fanns ingen stor skillnad mellan de olika åldersgrupperna när det gäller andelen som ansåg att de (5–6 procent) eller deras partner (5–7 procent) bestämde mest. Den lägsta andelen som svarade att inget svarsalternativ passade fanns bland 26–29-åringar (23 procent). Motsvarande andel var 31 procent bland 16–19-åringar och 32 procent bland 20–25-åringar.

Nästan lika stor andel personer med en eftergymnasial (64 procent) som gymnasial (63 procent) utbildning ansåg att de bestämde lika mycket som sina partner. Andelen var lägst bland personer med som högst en förgymnasial utbildning (55 procent). Nästan lika stor andel personer med som högst en förgymnasial utbildning (7 procent), som personer med en eftergymnasial (6 procent), ansåg att de bestämde mer än sina partner. Motsvarande andel bland personer med gymnasial utbildning var lägre (3 procent). Lika stor andel personer med som högst förgymnasial utbildning (6 procent), som personer med en gymnasial utbildning (6 procent), ansåg att deras partner bestämde mest. Andelen bland personer med en eftergymnasial utbildning var högre (8 procent). Högst andel som angav att inget svarsalternativ passade fanns bland personer med en förgymnasial eller kortare utbildning (32 procent). Bland personer med gymnasial och eftergymnasial utbildning var andelen 29 respektive 23 procent.

Högst andel som ansåg att de bestämde lika mycket som sina partner fanns bland personer från andra världsdelar (73 procent). Motsvarande andelar bland personer från MENA, SSA och Sydasiens var 64, 59 respektive 45 procent. Andelen som ansåg att de bestämde mer än sin partner var dubbelt så hög bland dem från Sydasiens (8 procent), SSA (8 procent) och andra världsdelar (9 procent) jämfört med personer från MENA (4 procent). Andelen som ansåg att deras partner bestämde mer var fyra gånger så hög bland personer från MENA (8 procent) och

Sydasien (9 procent) jämfört med personer från SSA (2 procent). Motsvarande andel bland personer från andra världsdelar var 5 procent, men det var endast en person. Högst andel som svarade att inget svarsalternativ passade dem fanns bland personer från Sydasiien (39 procent) följt av personer från SSA (32 procent). Andelarna bland personer från MENA och andra världsdelar var 24 respektive 14 procent.

Rätten att bestämma hur man vill ha sex

Av de 731 personer som någon gång haft sex med en partner var det 703 som angav ifall de kunde berätta för sin partner hur de ville ha sex (bortfall: 4 procent). Mer än hälften (53 procent) ansåg att de alltid (32 procent) eller ofta (21 procent) kunde berätta för sina partner hur de ville ha sex. Drygt 11 procent ansåg att de sällan (6 procent) eller aldrig (5 procent) kunde göra det, och 13 procent svarade att de var osäkra.

En högre andel kvinnor (14 procent) än män (10 procent) ansåg att de sällan eller aldrig kunde berätta för sina partner hur de ville ha sex. Andelen bland icke-binära var högst (16 procent), men antalet (3 personer) var lågt. En högre andel män (14 procent) än kvinnor (11 procent) var osäkra på om de kunde berätta det för sina partner. Motsvarande andel bland icke-binära var högst (21 procent), men antalet (4 personer) var lägst.

Andelen som ansåg att de ofta eller alltid kunde berätta hur de ville ha sex var nästan lika stor i de olika åldersgrupperna, men andelen 16–19-åringar som ansåg att de sällan eller aldrig kunde berätta var högst (14 procent), jämfört med 20–25-åringar (9 procent) och 26–29-åringar (12 procent). Andelen tonåringar (20 procent) som svarade att de var osäkra var nästan dubbelt så hög jämfört med personer i åldern 26–29 år (10 procent). Andelen bland personer i åldern 20–25 år var 13 procent.

När det gäller utbildningsnivå var det 14 procent av personer med som högst en förgymnasial utbildning som ansåg att de sällan eller aldrig kunde berätta för sina partner hur de ville ha sex, jämfört med personer med gymnasial (9 procent) och personer med eftergymnasial utbildning (12 procent). Den lägsta andelen av de osäkra fanns bland personer med en eftergymnasial utbildning (10 procent). Motsvarande andelar bland personer med gymnasial och som högst förgymnasial utbildning var 15 respektive 16 procent.

Högst andel personer som ansåg att de alltid eller ofta kunde berätta detta för sina partner fanns bland personer från andra världsdelar (74 procent), och den lägsta bland personer från SSA (46 procent). Motsvarande andelar bland personer från MENA och Sydasiien var 55 respektive 52 procent. Högst andel som ansåg att de sällan eller aldrig kunde berätta fanns bland personer från SSA (15 procent). Nästan lika stor andel personer från MENA (12 procent) som Sydasiien (11 procent) ansåg att de sällan eller aldrig kunde berätta. Ingen från andra världsdelar ansåg att de sällan eller aldrig kunde berätta detta. Andelen personer från Sydasiien

(24 procent) som var osäkra var högst, i jämförelse med personer från MENA (12 procent) och SSA (14 procent).

Rätten att bestämma om och när man vill ha barn samt förekomst av graviditet

Totalt svarade 1 239 av 1 773 respondenter på frågan (bortfall: 30 procent) om graviditet. Majoriteten (73 procent) uppgav att de eller deras partner aldrig varit gravida. Av de resterande svarade 21 procent att de eller deras partner någon gång varit gravida, men 6 procent var osäkra.

Andelen kvinnor (36 procent) som uppgav att de varit gravida var tre gånger så hög jämfört med andelen män (12 procent) som uppgav att deras partner varit gravida. Andelen bland icke-binära var 8 procent (antal = 2). Andelen respondenter som uppgav att de eller deras partner någon gång varit gravida var mer än dubbelt så hög bland personer i åldern 26–29 år (41 procent) jämfört med gruppen 20–25 år (19 procent), och tio gånger så hög jämfört med gruppen 16–19 år (4 procent). Högst andel som någon gång varit gravid, eller vars partner varit det, fanns också bland personer med en eftergymnasial utbildning (30 procent) följt av personer med gymnasial utbildning (22 procent). Lägst andel fanns bland personer med endast förgymnasial utbildning (14 procent). Även personer från MENA hade den högsta andelen (24 procent). Den näst största andelen fanns bland personer från SSA (21 procent), och sedan kom personer från andra världsdelar och Sydasiens med 17 respektive 11 procent.

Oplanerade barn

Av de 261 personer som uppgav att de eller deras partner varit gravida var det 241 som svarade på frågan om oplanerade barn (bortfall: 7,7 procent). Drygt 90 procent uppgav att de aldrig hade fått barn utan att vilja det.

Nästan lika andelar kvinnor (10 procent) och män (9 procent) uppgav att de fått barn utan att vilja det, och ingen bland icke-binära. Det fanns heller inga skillnader mellan olika åldersgrupper. När det gäller utbildningsnivå fanns högst andel bland personer med en gymnasial utbildning (12 procent, antal = 15) och lägst bland personer med som högst en förgymnasial utbildning (9 procent, antal = 15). Motsvarande andel bland personer med en eftergymnasial utbildning var 10 procent (antal = 13). Högst andel fanns också bland personer från andra världsdelar (18 procent, antal = 2) följt av personer från Sydasiens (16 procent, antal = 8) och därefter personer från SSA (15 procent, antal = 16). Andelen bland personer från MENA var 6 procent (antal = 17).

Förekomst av abort

Totalt svarade endast 420 respondenter på frågan om abort, men det var fler än förväntat eftersom endast 261 uppgett att de eller partnern varit gravida. Majoriteten (78 procent) uppgav att de eller deras partner aldrig avbrutit en

graviditet, men 12 procent uppgav att de har någon gång gjort det och 10 procent var osäkra.

Andelen kvinnor (15 procent, antal = 32) som genomgått abort var högre än andelen män som uppgav att deras partner gjort det (12 procent, antal = 22). Högst andel abort fanns bland personer i åldern 26–29 år (14 procent, antal = 31), och sedan var andelen 11 procent i grupperna 16–19 år (antal = 9) och 20–25 år (antal = 15). Högst andel fanns också bland personer med en eftergymnasial utbildning (17 procent, antal = 23), i jämförelse med personer med som högst förgymnasial utbildning (11 procent, antal = 18) och gymnasial utbildning (10 procent, antal = 13). Den högsta andelen abort fanns även bland personer från Sydasien (28 procent, antal = 14) men det högsta antalet bland personer från MENA (13 procent, antal = 33). Andelarna bland personer från SSA och andra världsdelar var 9 (antal = 9) respektive 8 procent (antal = 1).

Andelen som någon gång avbrutit en graviditet i Sverige, eller vars partner gjort det (8 procent, antal = 35), var dubbelt så hög jämfört med andelen (4 procent, antal = 18) som gjort det i något annat land. En högre andel och ett större antal män (6 procent, antal = 11) än kvinnor (4 procent, antal = 8) uppgav att abort hade utförts utanför Sverige. Omvänt var det en nästan dubbelt så hög andel kvinnor (11 procent, antal = 24) än män (6 procent, antal = 11) som uppgav att abort utförts i Sverige. Ingen bland de icke-binära uppgav att de någon gång genomgått abort.

Högst andel som utfört abort i Sverige (9 procent, antal = 20) eller utanför (5 procent, antal = 11) fanns bland personer i åldern 26–29 år. I grupperna 16–19 år och 20–25 år var det lika stor andel som uppgav att abort utförts i Sverige (7 procent, men antalet 6 respektive 10) eller utanför Sverige (4 procent, och antalet 3 respektive 5). Andelen som uppgav att abort utförts utanför Sverige var lika stor bland personer med som högst en förgymnasial utbildning (5 procent, antal = 8) som bland dem med eftergymnasial utbildning (5 procent, antal = 7), och dubbelt så hög jämfört med personer med gymnasial utbildning (2 procent, antal = 3). Andelen som uppgav att abort utförts i Sverige var dubbelt så hög bland personer med en eftergymnasial utbildning (12 procent, antal = 16) jämfört med personer med som högst en förgymnasial utbildning (6 procent, antal = 10). Motsvarande andel bland personer med en gymnasial utbildning var 8 procent (antal = 10).

Andelen personer från Sydasien (8 procent, antal = 4) som uppgav att abort utförts utanför Sverige var dubbelt så hög som bland personer från MENA (4 procent, antal = 11) och fyra gånger så hög jämfört med personer från SSA (2 procent, antal = 2). Endast en person från andra världsdelar uppgav att abort utförts i något annat land. Högst andel som uppgav att abort utförts i Sverige fanns också bland personer från Sydasien (12 procent, antal = 6). Motsvarande andelar bland personer från MENA och SSA var 9 procent (antal = 22) respektive 7 procent (antal = 7). Ingen respondent från andra världsdelar uppgav att abort utförts i Sverige.

Högst andel som var osäkra fanns bland män (14 procent, antal = 28), personer i åldern 16–19 år (20 procent, antal = 17), personer med som högst förgymnasial och gymnasial utbildning (12 procent för båda, antal = 20 respektive 15) och personer från Sydasien (20 procent, antal = 10). Högsta antalet (17 stycken) fanns bland personer från MENA som hade dock lägst andel (7 procent).

Beslut om abort

Totalt svarade 51 respondenter på frågan om beslutet om abort. Bortfallet (7,3 procent) beräknades på de 55 personer som någon gång varit gravida, eller vars partner varit det. Knappt hälften (46 procent, antal = 23) uppgav att beslutet att genomgå abort togs tillsammans med partern. I övrigt såg fördelningen ut så här när det gäller vem som fattade beslutet: svarspersonen själv (24 procent, antal = 12), sjukvårdspersonal (14 procent, antal = 7), partnern (12 procent, antal = 6) och en annan person (4 procent, antal = 2).

En högre andel kvinnor (37 procent, antal = 11) än män (5 procent, antal = 1) uppgav att de själva tog beslutet om abort. Av dem var de flesta i åldern 20–25 år (46 procent, antal = 6), personer med en gymnasial utbildning (39 procent, antal = 5) och personer från SSA (33 procent, antal = 3), men det högsta antalet fanns bland personer från MENA (23 procent, antal = 7).

Ingen kvinna uppgav att beslutet togs av partnern, men andelen bland män var 30 procent (antal = 6). Högst andel bland de som uppgav att partnern bestämde fanns bland personer i åldern 16–19 år (25 procent, antal = 2), personer med som högst en förgymnasial utbildning (19 procent, antal = 3) och personer från SSA (22 procent, antal = 2). Högst antal fanns bland personer med en gymnasial utbildning (23 procent, antal = 3) och personer från MENA (10 procent, antal = 3).

En högre andel män (55 procent, antal = 11) än kvinnor (40 procent, antal = 12) uppgav att beslutet om abort togs tillsammans med partern. Högst andel fanns i gruppen 26–29 år (57 procent, antal = 17) och bland personer med en eftergymnasial utbildning (57 procent, antal = 12) och personer från andra världsdelar (100 procent, antal = 1). Det högsta antalet fanns dock bland personer från MENA (45 procent, antal = 14), följt av personer från Sydasien (56 procent, antal = 5) och personer från SSA (33 procent, antal = 3).

En högre andel kvinnor (20 procent, antal = 6) än män (5 procent, antal = 1) uppgav att beslutet togs av sjukvårdspersonal. Andelen var högst i gruppen 26–29 år (20 procent, antal = 6), bland personer med en eftergymnasial utbildning (14 procent, antal = 3) och bland personer från MENA (16 procent, antal = 5). Ingen tonåring (16–19 år) eller person från andra världsdelar uppgav att beslutet togs av sjukvården.

Senaste sextillfället

Sex på ett sätt som respondenten själv ville

Totalt svarade 614 respondenter på frågan om, då de senast hade sex hade det på ett sätt som respondenten själv ville (bortfall: 16 procent); bortfallsberäkningen baserades på de 731 som uppgav att de haft sex med en partner. Upp till 63 procent uppgav att de vid senaste tillfället hade sex på ett sätt som de själva ville. Drygt 21 procent tyckte inte det och omkring 16 procent var osäkra alternativt kunde eller ville inte svara på frågan.

En högre andel män (26 procent) än kvinnor (11 procent) tyckte att det inte hade skett så som de själva ville. Andelen bland icke-binära var 25 procent. Högsta andelen som tyckte att det inte hade skett så som de ville fanns även bland personer i åldern 16–19 år (32 procent), personer från Sydasien (36 procent) och personer med som högst en förgymnasial utbildning (26 procent). De lägsta andelarna fanns bland personer i åldern 26–29 år (17 procent), personer med en eftergymnasial utbildning (17 procent) och personer från andra världsdelar (9 procent, antal = 2) följt av personer från MENA (18 procent).

Sex på en trygg och säker plats

Totalt svarade 531 respondenter på frågan om huruvida de vid senaste tillfället haft sex på en trygg plats där de kände sig säkra (bortfall: 27 procent, beräknat på 731 som var sexuellt aktiva och som förväntades svara). Åtta av tio (80 procent) tyckte att sex vid senaste tillfället ägt rum på en trygg plats. Av resterande 20 procent svarade hälften att de inte haft sex på en trygg plats medan den andra hälften inte kunde eller ville svara alternativt var osäkra på detta.

En högre andel kvinnor (86 procent) än män (78 procent) uppgav att de haft sex på en trygg plats vid senaste sextillfället. Andelen bland icke-binära var 60 procent. Högst andel fanns bland personer i åldern 26–29 år (85 procent), personer med en eftergymnasial utbildning (86 procent) och personer från andra världsdelar (96 procent). Däremot var andelen män (14 procent) som uppgav att det inte ägt rum på en trygg plats mer än tre gånger så hög jämfört med kvinnor (3 procent). De högsta andelarna som gav detta svar fanns bland personer i åldern 16–19 år (19 procent) och personer med som högst en förgymnasial utbildning (14 procent). Andelen personer från Sydasien (15 procent) och SSA (16 procent) var nästan dubbelt så stor som andelen personer från MENA (8 procent). Ingen respondent från andra världsdelar uppgav att de senaste gången haft sex på en plats där de inte känt sig trygga.

Kunde föreslå kondom eller annat preventivmedel

Totalt svarade 523 respondenter på frågan om de vid senaste sextillfället kunnat föreslå kondom eller annat preventivmedel, om de velat det (bortfall: 29 procent, beräknat på de 731 respondenter som uppgav att de var sexuellt aktiva). Omkring 65 procent tyckte att de kunde föreslå kondom eller annat preventivmedel, medan 18 procent inte tyckte det och 17 procent inte ville svara på frågan. Det fanns inga stora skillnader mellan kvinnor och män bland de som kunde (60 respektive 61) eller inte kunde föreslå (21 respektive 20 procent) kondom eller annat preventivmedel vid senaste sextillfället.

Högst andel som kunde föreslå preventivmedel vid senaste sextillfället fanns bland personer i åldern 20–25 år (67 procent), personer med en eftergymnasial utbildning (54 procent) och personer från andra världsdelar (75 procent). Högst andel som inte kunde det fanns bland personer i åldern 16–19 år (22 procent), personer med som

högst en förgymnasial utbildning (23 procent) och personer från Sydasien (27 procent).

Skydd mot oönskad graviditet

Totalt svarade 589 respondenter (bortfall:19,4 procent) på frågan om skydd mot oönskade graviditeter. Bortfallsberäkningen är baserad på de 731 respondenter som svarade att de var sexuellt aktiva. De vanligaste preventivmedlen eller skydden mot oönskad graviditet som användes vid senaste sextillfället var: kondom (42 procent), p-piller eller annan hormonell metod (17 procent), naturlig metod, dvs. säkra perioder och/eller avbrutet samlag (16 procent), spiral (10 procent) och akut p-piller (4 procent).

Bland de som inte använt något skydd vid senaste sextillfället uppgav 12 procent att de planerade att skaffa barn, medan 10 procent tyckte att kondom eller annat preventivmedel inte behövdes och 1 procent inte visste hur eller vad de skulle göra. Cirka 4 procent tyckte dock att skydd var nödvändigt trots att de inte använt något. Cirka 11 procent visste inte om de hade använt kondom eller annat preventivmedel vid senaste sextillfället.

Andelen män (52 procent) som uppgav att de använt kondom vid senaste sextillfället var dubbelt så hög jämfört med kvinnor (25 procent). Andelen bland icke-binära var 43 procent (antal = 6). Högst andel fanns bland personer från andra världsdelar (56 procent) och Sydasien (54 procent), personer i åldern 16–19 år (49 procent) och personer med eftergymnasial utbildning (45 procent). Lägst andel fanns bland personer från MENA (40 procent) och SSA (41 procent), personer i åldern 26–29 år (37 procent) och personer med som högst förgymnasial utbildning (40 procent).

En högre andel kvinnor (23 procent) än män (14 procent) uppgav att de använt p-piller eller annan hormonell metod för att skydda sig mot oönskad graviditet. Andelen bland icke-binära var 7 procent (antal = 1). Högst andel fanns bland personer med en eftergymnasial utbildning (21 procent) och personer från andra världsdelar (50 procent). De lägsta andelarna fanns bland personer med en gymnasial utbildning (12 procent) och personer från Sydasien (9 procent). Det fanns ingen åldersskillnad i användningen av p-piller eller någon annan hormonell metod.

Andelen kvinnor (24 procent) som uppgav att de använt säkra perioder eller avbrutet samlag var nästan dubbelt så hög jämfört med män (13 procent). Andelen bland icke-binära var lägst (7 procent, antal = 1). Högst andel fanns bland personer i åldern 26–29 år (24 procent), personer med eftergymnasial utbildning (24 procent) och personer från MENA (23 procent). Lägst andel fanns bland personer i åldern 16–19 år (3 procent), personer med en förgymnasial eller kortare utbildning (8 procent) och personer från Sydasien (4 procent).

Skydd mot STI

Totalt svarade 660 respondenter (bortfall: 10 procent) på frågan om skydd mot STI vid senaste sextillfället. Bortfallsberäkningen är baserad på de 731 respondenter som svarade att de var sexuellt aktiva. Cirka 36 procent uppgav att de hade använt kondom för att skydda sig mot sexuellt överförda sjukdomar, medan 10 procent var osäkra och 2 procent hade använt annat skydd.

Andelen män (48 procent) som använt kondom för att skydda sig mot STI vid senaste sextillfället var tre gånger så hög som andelen kvinnor (16 procent). Andelen bland icke binära var 44 procent (antal = 8). Andelen personer i åldern 16–19 år (52 procent) var dubbelt så hög som andelen i gruppen 26–29 år (24 procent). Andelen bland personer i åldern 20–25 år var 39 procent. Högst andel som använt kondom fanns bland personer med en förgymnasial utbildning (38 procent). Motsvarande andelar bland personer med gymnasial och eftergymnasial utbildning var 35 respektive 32 procent. Bland personer från Sydasien (54 procent) fanns den högsta andelen som använt kondom vid senaste sextillfället, medan den lägsta fanns bland personer från MENA (30 procent). Andelarna bland personer från andra världsdelar och SSA var 52 respektive 36 procent.

Bland de som uppgav att de inte skyddat sig mot STI:er vid senaste sextillfället tyckte 24 procent att det inte var viktigt och 12 procent att de hade sex på ett sätt som inte krävde skydd, medan 10 procent avstod för att de planerade att skaffa barn och 2 procent inte visste vad eller hur de skulle göra. Drygt 8 procent ansåg att skydd var nödvändigt trots att de inte använt något.

Andelen kvinnor (39 procent) som tyckte att det inte var viktigt att skydda sig mot STI var mer än dubbelt så hög jämfört med män (15 procent). Andelen bland icke-binära var 22 procent (antal = 4). Högst andel som tyckte att skydd inte var viktigt fanns bland personer i åldern 26–29 år (33 procent), personer med en eftergymnasial utbildning (27 procent) och personer från MENA (29 procent). De lägsta andelarna fanns bland personer i åldern 16–19 år (13 procent), personer med en gymnasial utbildning (21 procent) och personer från Sydasien (9 procent). Andelarna bland personer i åldern 20–25 år, personer med som högst en förgymnasial utbildning, personer från SSA och andra världsdelar var 20, 24, 22 respektive 10 (antal =2) procent.

En högre andel män (10 procent) än kvinnor (4 procent) tyckte att det var nödvändigt att skydda sig mot STI trots allt. Andelen bland icke-binära var 11 procent (antal = 2). Andelen i gruppen 16–19 år (11 procent) som tyckte att det var nödvändigt var nästan dubbelt så hög jämfört med gruppen 26–29 år (6 procent). Andelen bland personer i åldern 20–25 år var 9 procent. Utifrån ursprungsregioner fanns den högsta andelen som tyckte att skydd var nödvändigt bland personer från SSA (12 procent), och sedan kom personer från MENA och Sydasien (7 procent vardera). Ingen respondent från andra världsdelar gav sin åsikt om detta, och det fanns ingen stor skillnad utifrån utbildningsnivå.

Andelen kvinnor (17 procent) som ansåg att de haft sex på ett sätt som inte krävde skydd var nästan dubbelt så hög jämfört med män (9 procent). De högsta andelarna fanns bland personer i åldern 26–29 år (17 procent) och personer med en gymnasial eller eftergymnasial utbildning (14 procent). De lägsta andelarna fanns bland personer i åldern 16–19 år (5 procent), personer med som högst en förgymnasial utbildning (8 procent) och personer från Sydasien (2 procent, antal = 2). Andelarna bland personer i åldern 20–25 år och personer från SSA var 12 respektive 9 procent.

En högre andel kvinnor (16 procent) än män (7 procent) avstod från att skydda sig mot STI vid senaste sextillfället för att de planerade att skaffa barn. Andelen bland icke binära var 6 procent (antal = 1). Andelen som avstod var högst bland personer i åldern 26–29 (15 procent), personer med en eftergymnasial utbildning (12 procent) och personer från andra världsdelar (29 procent, antal = 6). De lägsta andelarna fanns bland personer i åldern 16–19 år (2 procent), personer med som högst förgymnasial utbildning (9 procent) personer med gymnasial utbildning (9 procent) och personer från Sydasien (3 procent). Andelarna bland personer i åldern 20–25 år samt från MENA och SSA var 8, 11 respektive 9 procent.

Användning av alkohol eller drog

Totalt svarade 693 på frågan (bortfall: 5 procent) om de använt alkohol eller droger vid senaste sextillfället. Bortfallsberäkningen är baserad på de 731 som uppgav att de haft sex med en partner. Knappt nio av tio respondenter (87 procent) uppgav att de inte hade använt alkohol eller droger, medan 10 procent hade gjort det och 2 procent inte ville svara på frågan.

En högre andel kvinnor (94 procent) än män (83 procent) hade inte använt alkohol eller droger vid senaste sextillfället. Andelen bland icke-binära var 78 procent. De högsta andelarna fanns bland personer i åldern 26–29 år (91 procent), personer med en eftergymnasial utbildning (88 procent) och personer från SSA (89 procent). De lägsta andelarna fanns bland icke-binära (78 procent), personer i åldern 16–19 år (81 procent), personer med som högst en förgymnasial utbildning (85 procent) och personer från Sydasien (81 procent). Bland personer i åldern 20–25 år, personer med en gymnasial utbildning och personer från MENA och andra världsdelar var andelarna 85, 87, 88 respektive 82 procent.

Andelen män (14 procent) som hade använt alkohol eller droger vid det senaste sextillfället var mer än tre gånger så hög jämfört med kvinnor (4 procent). Andelen icke-binära var högst (17 procent, men antal = 3). Högst andel fanns bland personer i åldrarna 16–19 år och 20–25 år (13 procent), personer med som högst en förgymnasial utbildning (12 procent) och personer från Sydasien (15 procent). Lägst andelar fanns bland personer från SSA (7 procent), personer med en gymnasial utbildning (10 procent) och personer i åldern 26–29 år (8 procent). Andelarna bland personer med en eftergymnasial utbildning och personer från MENA och andra världsdelar var 11, 10 respektive 14 (antal = 3) procent.

Sex mot ens vilja

Totalt svarade 1 594 av 1 773 respondenter (bortfall: 10 procent) på frågan om de hade några erfarenheter av sex mot deras vilja. Cirka en fjärdedel (25 procent) uppgav att de någon gång blivit utsatta för en sådan sexuell handling.

En högre andel män (26 procent) än kvinnor (21 procent) uppgav att de utsatts för oönskade sexuella handlingar. Andelen bland icke-binära var högst (45 procent, antal = 13). När det gäller ålder var andelen nästan lika stor i gruppen 16–19 (26 procent) och 20–25 år (27 procent), och lägst bland personer i åldern 26–29 år (21 procent). Sett till utbildningsnivå var andelen högst bland personer med en eftergymnasial utbildning (29 procent), och sedan kom de som hade en gymnasial (27 procent) och som högst en förgymnasial utbildning (22 procent). Vad gäller ursprungsregion fanns den högsta andelen bland personer från Sydasien (37 procent), och den lägsta bland personer från MENA (22 procent). Motsvarande andelar bland personer från andra världsdelar och SSA var 31 respektive 25 procent.

Olika typer av oönskade sexuella handlingar

Totalt svarade 1 594 av 1 773 personer på frågan om sexuella handlingar mot ens vilja (Bortfall: 10 procent). Bland de (25 procent) som utsatts för sexuella handlingar mot deras vilja gällde det oftast att någon gjort sexuella kommentar (11 procent), blottat sig (11 procent), eller rört ens kön eller bröst (10 procent). Efter det kom sexuella trakasserier via internet eller sociala medier (8 procent), vaginalt samlag (7 procent), oralsex (5 procent), onani (3 procent), analt samlag (3 procent) eller andra sexuella handlingar (3 procent) samt utlagda nakenbilder (2 procent).

En högre andel kvinnor (14 procent) än män (8 procent) uppgav att de blivit utsatta för *sexuella kommentarer*. Andelen bland icke-binära var högst (26 procent, antal = 7). Andelen var densamma för personer i åldrarna 16–19 år och 20–25 år (12 procent), och i gruppen 26–29 år var andelen 10 procent. Högst andel som utsatts för sexuella kommentarer utifrån utbildningsnivå fanns bland personer med en eftergymnasial utbildning (14 procent), och lägst bland personer med som högst en förgymnasial utbildning (9 procent). Andelen bland personer med gymnasial utbildning var 11 procent. En högre andel personer från Sydasien (16 procent) än personer från andra grupper eller regioner (MENA, SSA, och andra världsdelar = 10 procent) uppgav att de utsatts för sexuella kommentarer.

Andelen män (13 procent) som utsatts för *blottare* var nästan dubbelt så hög som andelen kvinnor (7 procent). Andelen bland icke-binära var högst (29 procent, antal = 7). Högst andel utifrån ålder fanns bland personer i åldern 20–25 år (13 procent), och lägst bland personer 26–29 år (9 procent). Motsvarande andel i gruppen 16–19 år var 11 procent. Utifrån utbildningsnivå var andelen lägre bland personer med som högst förgymnasial utbildning (8 procent) jämfört med personer med eftergymnasial (14 procent) eller gymnasial utbildning (13 procent). Högst andel utifrån ursprungsregioner fanns bland personer från Sydasien (15 procent).

Motsvarande andel bland personer från MENA, SSA och andra världsdelar var 11, 10 respektive 8 procent.

Lika andelar män (9 procent) och kvinnor (9 procent) har varit med om att någon *berört deras kön eller bröst*. Andelen bland icke-binära var högst (22 procent, antal = 5). Sett till ålder var andelen lika i gruppen 16–19 år (9 procent) och 26–29 år (9 procent), och bland personer i åldern 20–25 år var det 12 procent. Utifrån utbildningsnivå fanns den högsta andelen bland personer med en eftergymnasial utbildning (13 procent), och sedan 10 respektive 8 procent för personer med gymnasial och som högst förgymnasial utbildning. Personer med ursprung i Sydasien hade den högsta andelen (13 procent), därefter personer från SSA (12 procent) och sedan personer från MENA (9 procent). Den lägsta andelen fanns bland personer från andra världsdelar (5 procent, antal = 2).

Nästan lika andelar män (8 procent) och kvinnor (7 procent) uppgav att de utsatts för *sexuella trakasserier via internet eller sociala medier*. Andelen bland icke-binära var högst (35 procent, antal = 8). Andelen var densamma i grupperna 16–19 år och 20–25 år (9 procent), och sedan 7 procent bland personer i åldern 26–29 år. Utifrån utbildningsnivå fanns högst andel som utsatts för sådana trakasserier bland personer med en eftergymnasial utbildning (11 procent). Andelen bland personer med en gymnasial och som högst en förgymnasial utbildning var 9 respektive 7 procent. Personer från Sydasien (10 procent) hade den högsta andelen, och sedan kom personer från MENA (8 procent), andra världsdelar (8 procent, antal = 3) och SSA (6 procent).

En högre andel män än kvinnor uppgav att de utsatts för *vaginalt sex* (7 respektive 5 procent) eller *oralt sex* (7 respektive 3 procent) mot sin vilja. Motsvarande andelar bland icke-binära var 9 (antal = 2) respektive 22 procent (antal = 5). Personer i åldern 26–29 år hade de lägsta andelarna vad gäller båda handlingar (5 respektive 4 procent), och sedan var förekomsten högre bland personer i åldern 16–19 år (7 procent för båda) och personer i åldern 20–25 år (7 respektive 5 procent). De lägsta andelarna fanns också bland personer med en eftergymnasial utbildning (4 procent för båda handlingarna). Personer med en gymnasial utbildning (9 procent) hade i högre grad utsatts för vaginalt samlag mot sin vilja, jämfört med personer med som högst en förgymnasial utbildning (7 procent). Däremot hade personer med en förgymnasial eller kortare utbildning (8 procent) högre andel som påtvingats oralsex jämfört med de som hade en gymnasial utbildning (5 procent). När det gäller ursprungsregion fanns de lägsta andelarna för båda handlingarna bland personer från MENA (3 respektive 4 procent). Högst andel som påtvingats vaginalt samlag fanns bland personer från SSA (16 procent) och andra världsdelar (16 procent). Andelen bland personer från Sydasien var 10 procent, men för dem var förekomsten av påtvingat oralsex högst (11 procent). Motsvarande andelar bland personer från andra världsdelar och SSA var 8 respektive 6 procent.

Nästan lika andelar män (3 procent för båda) och kvinnor (3 respektive 2 procent) uppgav att de utsatts för *analt sex eller onani* (onanerat åt någon) mot sin vilja. Andelarna bland icke-binära var 25 (antal = 5) respektive 18 (antal = 4) procent,

men de hade de lägsta antalen. Andelarna var nästan desamma bland personer i åldrarna 16–19 år (4 respektive 5 procent) och 20–25 år (4 procent för båda), för båda handlingarna, och dubbelt så höga jämfört med personer i åldern 26–29 år (2 procent för båda). Högst andel för båda handlingarna fanns bland personer med som högst en förgymnasial utbildning (5 procent). Motsvarande andelar var nästan hälften bland personer med gymnasial (3 respektive 2 procent) och eftergymnasial utbildning (3 procent för båda handlingar). Vad gäller ursprungsregion var andelarna lika stora för båda handlingarna bland personer från MENA (3 procent för båda), SSA (3 procent för båda) och Sydasien (cirka 7 procent för båda). Högst andel som utsatts för analt sex fanns bland personer från andra världsdelar (8 procent, antal = 3, lägst antal), och högst andel som utsatts för onani fanns bland personer från Sydasien (8 procent).

Förövare

Totalt svarade 311 respondenter på frågan (bortfall: 22 procent) om förövare. Bortfallet beräknades på de 400 respondenterna som uppgav att de varit utsatta för sex mot sin vilja. De svarande angav att förövaren var: en främling (47 procent), partner (25 procent), familjemedlem eller vän (16 procent), kollega (15 procent), annan person (8 procent) och lärare (3 procent).

En högre andel kvinnor (53 procent) än män (44 procent) uppgav att förövaren var en främling. Andelen bland var högre bland icke-binära med 45 procent (antal = 5). Andelarna skilde sig även åldersmässigt: de var nästan lika stora bland personer i åldrarna 20–25 år (51 procent) och 26–29 år (49 procent), men lägre bland personer i åldern 16–19 år (40 procent). När det gäller utbildningsnivå och en främling som förövare fanns högst andel bland personer med en eftergymnasial utbildning (58 procent), följt av personer med en gymnasial utbildning (48 procent). Den lägsta andelen fanns bland personer med som högst en förgymnasial utbildning (37 procent). Andelarna skilde också sig åt beroende på ursprungsregion. Högst andel som uppgav en främling som förövare fanns bland personer från Sydasien (56 procent) följt av personer från MENA (50 procent). Motsvarande andelar bland personer från andra världsdelar och SSA var 38 respektive 28 procent.

En högre andel kvinnor (31 procent) än män (22 procent) bland de som utsatts för oönskade sexuella handlingar uppgav att partnern var förövaren. Andelen bland icke-binära var 18 procent (antal = 2). Nästan lika andelar personer i åldrarna 16–19 år (29 procent) och 26–29 år (28 procent) gav detta svar, och i gruppen 20–25 år var andelen 18 procent. Sett till utbildningsnivå var andelen 28 procent bland personer med som högst en förgymnasial och personer med en gymnasial utbildning. Andelen bland personer med en eftergymnasial utbildning (18 procent) var lägre. Vidare uppgav lika andelar personer från SSA (38 procent) och andra världsdelar (38 procent, antal = 3) partnern som förövaren. Motsvarande andelar bland personer från MENA och Sydasien var 21 procent respektive 20 procent.

Lika andelar män och kvinnor (16 procent) uppgav att förövaren var en familjemedlem eller vän. Andelen bland icke-binära var högst (18 procent, men

lägst antal = 2). När det gäller åldersgrupper fanns högst andel bland personer i åldern 20–25 år (18 procent) följt av 26–29 år (16 procent) och 16–19 år (14 procent). Bland personer med en gymnasial utbildning (12 procent) fanns lägsta andelen som gav det svaret, och bland personer med förgymnasial eller kortare utbildning, och eftergymnasial utbildning, var 17 respektive 18 procent. Andelarna var nästan desamma bland personer från MENA (17 procent) och SSA (16 procent), och sedan kom personer från Sydasiens och andra världsdelar (15 respektive 13 procent, endast en person).

När det gäller en kollega som förövaren var andelen män (19 procent) nästan dubbelt så hög jämfört med kvinnor (10 procent). Andelen bland icke-binära var högst (27 procent men lägst antal = 3). Detta svar gav även 18 procent i gruppen 16–19 år, 17 procent i gruppen 26–29 år och 11 procent bland personer i åldern 20–25 år. Den lägsta andelen som uppgav en kollega som förövaren fanns bland personer med en eftergymnasial utbildning (11 procent) i jämförelse med personer med som högst en förgymnasial utbildning (18 procent) och personer med en gymnasial utbildning (16 procent). När det gäller ursprungsregion fanns högst andel bland personer från SSA (19 procent), och sedan kom personer från MENA (15 procent) och från Sydasiens (14 procent). Ingen från andra världsdelar uppgav att de utsatts för oönskade sexuella handlingar av en kollega.

Anmäla övergrepp eller berätta för någon

Andelen kvinnor som hade berättat för någon annan om övergreppet (6 procent), eller anmält det till polisen (3 procent), var dubbelt så hög jämfört med andelen män (3 respektive 1,5 procent). Högst andel som berättat för någon annan fanns bland personer i åldern 16–19 år (7 procent), personer med som högst förgymnasial utbildning och personer med en eftergymnasial utbildning (15 procent) och personer från MENA (6 procent). Totalt uppgav 400 personer att de utsatts för sex mot sin vilja, och av dem svarade 328 på frågan om att anmäla övergreppet eller berätta om det för någon (bortfall: 18 procent). Drygt 64 procent av de som utsatts avstod från att anmäla eller berätta för någon. De som däremot hade anmält eller pratat med någon hade vänt sig till: en vän eller släkting (29 procent), annan person (5 procent), lärare (4 procent), polis (2 procent), socialtjänsten (2 procent) och chefen eller arbetsgivaren (1 procent).

En högre andel män (65 procent) än kvinnor (57 procent) bland de drabbade avstod från att anmäla övergreppet. Andelen bland icke-binära var högst (75 procent, men lägst antal = 9). Sett till ålder var det nästan lika stora andelar som avstått bland personer i åldrarna 20–25 år (67 procent) och 26–29 år (65 procent), och sedan kom personer i åldern 16–19 år. Den högsta andelen som avstod från att anmäla fanns också bland personer med en gymnasial utbildning (68 procent) följt av personer med som högst en förgymnasial utbildning (63 procent). Den lägsta andelen fanns bland personer med eftergymnasial utbildning (60 procent). Vidare hade personer från andra världsdelar (60 procent) den lägsta andelen som inte anmält (men lägst antal = 6). Andelarna i de andra grupperna var lika stora (64 procent).

En högre andel kvinnor (38 procent) än män (27 procent) bland de drabbade uppgav att de berättat om övergreppet för en vän eller släkting. Andelen bland icke-binära var 17 procent (antal = 2). Vidare hade 6 procent av kvinnorna berättat för någon annan, och 3 procent hade anmält till polisen. Dessa andelar var dubbelt så höga som för män, med 3 respektive 1,5 procent. Andelen drabbade män (5 procent) som berättat för en lärare var dock högre än andelen kvinnor (3 procent). Lika andelar drabbade män och kvinnor hade anmält händelsen till chefen (1 procent) eller socialtjänsten (2 procent).

Högst andel av de drabbade som berättat för vän eller släkting fanns bland personer i åldern 26–29 procent (31 procent), och sedan kom grupperna 20–25 år och 16–19 år med 29 respektive 28 procent. Men andelen som berättat för någon annan var nästan dubbelt så hög bland personer i åldern 16–19 år (7 procent) än grupperna 20–25 år (3 procent) och 26–29 år (4 procent). Bland de yngsta var det också en betydligt större andel som berättat för en lärare (10 procent) jämfört med personer i åldern 20–25 år (1 procent). Ingen i åldern 26–29 år hade anmält till en lärare, men i den gruppen fanns störst andel som vänt sig till socialtjänsten (3 procent) eller chefen (3 procent). Högst andel som vänt sig till polis fanns bland personer i åldern 16–19 år (3 procent). Nästan lika stora andelar hade vänt sig till polis bland personer i åldern 20–25 år och 26–29 år (1 procent).

Högst andel som berättat för vän eller släkting fanns också bland personer med en eftergymnasial utbildning (33 procent) följt av personer med som högst en förgymnasial utbildning (30 procent) och personer med en gymnasial utbildning (24 procent). Bland personer med som högst en förgymnasial utbildning och eftergymnasial utbildning var det 5 procent som hade berättat om övergreppet för någon annan, jämfört med 4 procent bland personer med gymnasial utbildning. Det var högst andel som berättat för en lärare (6 procent), polis (3 procent) eller socialtjänsten (3 procent) bland personer med förgymnasial nivå. Motsvarande andel var knappt 1 procent bland personer med eftergymnasial utbildning.

Bland personer från andra världsdelar hade 40 procent berättat för en vän eller släkting, vilket var den högsta andelen men det lägsta antalet (4 stycken) jämfört med personer från SSA (30 procent), MENA (31 procent) och Sydasien (23 procent). Högst andel drabbade som berättat för någon annan fanns bland personer från MENA (6 procent), följt av personer från Sydasien (5 procent) och personer från SSA (3 procent). Andelen drabbade från Sydasien (8 procent) som berättat för en lärare var dubbelt så hög som andelen drabbade från MENA (4 procent). Ingen person från SSA eller andra världsdelar hade anförtrott sig åt en lärare. En högre andel drabbade personer från Sydasien (3 procent) än från MENA (2 procent) hade vänt sig till polis, vilket ingen från SSA eller andra världsdelar hade gjort. Högst andel som vänt sig till socialtjänsten fanns bland personer från SSA (3 procent) följt av personer från Sydasien (2 procent) och personer från MENA (1 procent).

Sex mot ersättning

Totalt svarade 1507 (har någon gång fått ersättning för en sexuell tjänst) och 1401 (har någon gång betalt för en sexuell tjänst) av de 1773 respondenterna på de två frågorna om sex mot ersättning. Bortfallet var 15 respektive 21 procent.

Majoriteten (över 90 procent) hade aldrig fått (95 procent) eller gett (93 procent) ersättning för en sexuell tjänst. Andelen som däremot uppgav att de gjort det var 2 respektive 4 procent, medan 3 procent uppgav att de var osäkra på om de fått respektive gett ersättning för en sexuell tjänst.

Lika andelar män (2 procent) och kvinnor (2 procent) hade någon fått ersättning för en sexuell tjänst, men en högre andel män (6 procent) än kvinnor (knappt 1 procent) hade betalat. Motsvarande andelar bland icke-binära var 7 procent (högst men lägst antal = 2) respektive 4 procent. Högst andel som var osäkra på om de fått ersättning fanns bland icke-binära (10 procent, men lägst antal = 3), jämfört med 3 respektive 2 procent bland män och kvinnor. Likaså hade icke-binära högst andel (12 procent) som var osäkra på om de gett ersättning för en sexuell tjänst. En högre andel män (4 procent) än kvinnor (2 procent) var osäkra på detta.

En högre andel personer i åldern 16–19 år (3 procent) hade fått ersättning för en sexuell tjänst, jämfört med de äldre åldersgrupperna (2 procent). Andelen som hade gett ersättning var cirka 5 procent bland personer i åldern 20–25 år, jämfört med 4 procent i grupperna 16–19 år och 26–29 år. En högre andel personer i åldern 16–19 år (5 procent) var osäkra på om de fått ersättning, jämfört med personer i åldrarna 20–25 år (3 procent) och 26–29 år (2 procent). Andelen som inte visste om de gett ersättning var tre gånger så hög bland personer i åldern 16–19 år (6 procent) som bland personer i åldrarna 20–25 år och 26–29 år (2 procent vardera).

Högst andel som hade fått ersättning fanns bland personer med som högst en förgymnasial utbildning (3 procent), och sedan kom personer med en gymnasial respektive eftergymnasial utbildning (2 respektive 1 procent). Däremot fanns högst andel som hade gett ersättning bland personer med en eftergymnasial utbildning (5 procent), och andelarna var lika bland personer med som högst en förgymnasial utbildning (4 procent) och personer med en gymnasial utbildning (4 procent). Andelen som var osäkra på om de fått ersättning var högst bland personer med en förgymnasial eller kortare utbildning (5 procent). Motsvarande andelar bland personer med gymnasial och eftergymnasial utbildning var 3 respektive 1 procent. Likaså fanns högsta andelen som uppgav att de var osäkra på om de gett ersättning bland personer med en förgymnasial eller kortare utbildning (6 procent) och sedan kom personer med gymnasial och eftergymnasial utbildning (2 respektive 1 procent).

Högsta andelen som fått ersättning fanns bland personer från andra världsdelar (5 procent, men lägst antal = 2) följt av personer från Sydasiens (4 procent, antal = 9). Motsvarande andelar bland personer från SSA och MENA var 3 respektive 1 procent. Personer från Sydasiens (7 procent) hade den högsta andelen respondenter som gett ersättning, följt av personer från andra världsdelar (5 procent, lägst antal = 2). Andelarna bland personer från SSA och MENA var 3 respektive 4 procent.

Högsta andelen som var osäkra på om de fått ersättning för en sexuell tjänst fanns bland personer från Sydasien (10 procent), och sedan kom personer från SSA, andra världsdelar och MENA med 4, 3 respektive 1 procent. Likaså fanns högst andel som var osäkra på om de gett ersättning bland personer från Sydasien (9 procent). Bland personer från SSA, andra världsdelar och MENA var andelarna 4, 3 (antal = 1) respektive 2 procent.

Sexuellt riskbeteende, attityder till kondomanvändning samt hiv- och STI-testning och diagnos

Antal sexpartner senaste året

Av de 731 som uppgav att de haft sex med en partner var det 684 personer som svarade på frågan om antalet sexpartner under det senaste året (bortfall: 6,4 procent). Drygt 18 procent hade inte haft sex under senaste året. Detta var vanligare bland män (26 procent) än kvinnor (5 procent), bland 16–19-åringar (29 procent) än respondenter i åldrarna 20–25 år (15 procent) och bland de som kommer från Sydasiens (34 procent) eller SSA (22 procent) jämfört med personer från MENA (13 procent). Ungefär 6 procent hade haft sex med mer än tre partner under det senaste året. Detta var också vanligare bland män (10 procent) än kvinnor (0,4 procent) och i de yngre åldersgrupperna (16–19 år och 20–25 år).

Medelvärdet för de som haft sex under det senaste året var 1,4 sexpartner ($\pm 1,8$). Detta var högre bland män ($1,6 \pm 2,2$) än kvinnor ($1,1 \pm 0,5$). Medelvärdet bland icke-binära var 1,6 (± 1). Högst medelvärde utifrån ålder fanns bland ungdomar ($1,6 \pm 2,2$), följt av personer i åldern 16–19 år. Medelvärdet bland personer i åldern 26–29 år var 1,2 ($\pm 1,3$). Högst medelvärde utifrån utbildningsnivå fanns bland personer med en eftergymnasial utbildning ($1,5 \pm 2,3$). Medelvärdet bland personer med som högst en förgymnasial utbildning och personer med en gymnasial utbildning var 1,3 ($\pm 1,4$) respektive 1,4 ($\pm 1,5$). Personer från andra världsdelar hade också det högsta medelvärdet ($2 \pm 1,6$) utifrån ursprungsregion, följt av personer från MENA ($1,4 \pm 1,9$). Medelvärdet bland personer från Sydasiens och SSA var 1,2 ($\pm 1,6$) respektive 1,3 ($\pm 1,4$).

”Oskyddat” sex senaste året

Av de 731 som uppgav att de haft sex var det 531 personer som svarade på frågan om antalet sexpartner som man har haft oskyddat sex med under det senaste året (bortfall: 21 procent). Endast 9 procent hade haft oskyddat sex med mer än en sexpartner, och detta var vanligare bland män (13 procent) än kvinnor (4 procent). Högst andel som haft oskyddat analt eller vaginalt sex med mer än en sexpartner fanns i gruppen 16–19 år (17 procent) följt av gruppen 20–25 år (11 procent) och sedan personer i åldern 26–29 år (5 procent). Personer från Sydasiens (14 procent) hade den högsta andelen i jämförelse med personer från SSA (10 procent) och MENA (7 procent).

Respondenterna hade i genomsnitt haft oskyddat analt eller vaginalt sex med 0,8 partner ($\pm 1,3$) under det senaste året. För män var det i genomsnitt 0,7 partner ($\pm 1,3$) medan kvinnornas medeltal var 0,8 ($\pm 1,4$). Medelvärdet bland icke-binära var 0,6 ($\pm 0,8$). Högst medelvärde utifrån ålder fanns bland personer i åldern 16–19 år ($1 \pm 2,5$) följt av personer i åldern 20–25 år ($0,8 \pm 1$) och sedan gruppen 26–29 år ($0,6 \pm 0,6$). Medelvärdet bland personer med som högst en förgymnasial utbildning, gymnasial och eftergymnasial utbildning var 0,9 ($\pm 1,9$); 0,6 ($\pm 0,7$)

respektive $0,7 (\pm 0,9)$. Medelvärdena bland personer från andra världsdelar ($1 \pm 0,7$) och Sydasiens ($0,9 \pm 2,5$) var de högsta. Medelvärdet bland personer från MENA och SSA var $0,7 \pm 1,1$ respektive $0,6 \pm 1,2$.

Inställning till kondom användning vid samlag med en ny partner

Av de 731 som uppgav att de haft sex med en partner var det 694 personer som svarade på frågan om sin inställning till en ny partner som vill använda kondom (bortfall: 5,1 procent). Cirka en tredjedel (33 procent) uppgav att frågan inte var aktuell för dem, och bland dem var andelen kvinnor (54 procent) nästan tre gånger så hög jämfört med män (20 procent). Andelen bland icke-binära var 20 procent (men antal = 4). Högst andel som uppgav att frågan inte var aktuell fanns bland personer i åldern 26–29 år (43 procent), personer med en eftergymnasial utbildning (38 procent) och personer från MENA (46 procent). Andelarna bland personer i åldrarna 20–25 år och 16–19 år var 30 respektive 18 procent. Andelen var lika stor bland personer med som högst en förgymnasial utbildning och personer med en gymnasial utbildning (29 procent). Vidare var andelarna bland personer från andra världsdelar, SSA och Sydasiens 20 (antal = 5), 14 respektive 12 procent.

Drygt en fjärdedel (25 procent) uppgav att de skulle reagera positivt eftersom de gärna vill använda kondom själva. Andelen män som tyckte så (32 procent) var mer än dubbelt så hög som andelen kvinnor (13 procent). Andelen bland icke-binära var högst (35 procent men lägst antal = 7). Högsta andelarna som skulle reagera positivt på förslag om kondom fanns i gruppen 16–19 år (27 procent) och gruppen 20–25 år (28 procent), personer med en eftergymnasial utbildning (34 procent) och personer från andra världsdelar (48 procent, men lägst antal = 4). De lägsta andelarna fanns bland personer i åldern 26–29 år (21 procent), personer med en förgymnasial eller kortare utbildning (20 procent) och personer från MENA (21 procent). Andelen bland personer med en gymnasial utbildning var 24 procent, och bland personer från SSA och Sydasiens var den 33 respektive 28 procent.

Cirka en femtedel (19 procent) uppgav att de skulle tycka att den nya partnern var försiktig och att de därmed inte behöver oroa sig efteråt. En högre andel män (22 procent) än kvinnor (13 procent) gav detta svar, men ingen bland de icke-binära (0 procent). De högsta andelarna fanns bland personer i åldern 20–25 år (20 procent), personer med en eftergymnasial utbildning (24 procent) och personer från andra världsdelar (24 procent, men lägst antal = 6), följt av personer från SSA (21 procent). De lägsta andelarna fanns bland personer med som högst en förgymnasial utbildning (14 procent) samt personer från Sydasiens (17 procent) och MENA (18 procent). Nästan lika stor andel personer i åldern 16–19 år (17 procent) som i gruppen 26–29 år (18 procent) tyckte att en ny partner som ville använda kondom var försiktig och att de därmed slipper oroa sig efteråt.

Cirka 12 procent visste inte hur de skulle reagera, med en högre andel män (14 procent) än kvinnor (9 procent). Andelen bland icke-binära var 10 procent (antal = 2). Högsta andelarna osäkra fanns bland personer i åldern 16–19 år (21 procent),

personer med förgymnasial eller kortare (14 procent) och gymnasial utbildning (15 procent) samt personer från Sydasiien (22 procent). Lägsta andelar osäkra respondenter fanns bland personer med en eftergymnasial utbildning (6 procent) och personer från MENA (9 procent). Nästan lika stora andelar i åldrarna 20–25 år (9 procent) och 26–29 år (10 procent) var osäkra. Andelar bland personer från SSA var 13 procent och från andra världsdelar 12 procent (antal = 3).

Ungefär 9 procent tyckte att det inte fanns något behov av att använda kondom eftersom de kände tillit till den nya partnern, med en högre andel män (10 procent) än kvinnor (8 procent). Andelen bland icke-binära var 10 procent (antal = 2). Högst andelar som kände tillit till den nya partnern fanns bland personer i åldern 16–19 år (12 procent), personer med en gymnasial utbildning (11 procent) och personer från Sydasiien (13 procent). De näst största andelarna fanns bland personer i åldern 20–25 år (9 procent), personer med som högst en förgymnasial utbildning (10 procent) och personer från SSA (11 procent). De lägsta andelarna fanns bland personer i åldrarna 26–29 år (8 procent), personer med en eftergymnasial utbildning (6 procent) och personer från MENA (7 procent) och andra världsdelar (8 procent, antal = 2).

Cirka 7 procent uppgav att det inte fanns något behov av kondom eftersom de använde andra preventivmedel. Det fanns ingen skillnad mellan män (7 procent) och kvinnor (7 procent), och endast en icke-binär person gav det svaret. Högsta andelarna fanns bland personer i åldrarna 16–19 år (9 procent) och 20–25 år (8 procent), personer med som högst en förgymnasial utbildning (10 procent) och personer från Sydasiien (10 procent). De lägsta andelarna fanns bland personer i åldern 26–29 år (5 procent), personer med en eftergymnasial utbildning (4 procent) och personer från MENA (6 procent) och andra världsdelar (4 procent, men antal = 1). Andelarna bland personer med gymnasial utbildning och personer från SSA var 6 respektive 7 procent.

Cirka 6 procent uppgav att de skulle bli störda av ett sådant förslag eftersom de inte gillade att använda kondom. En högre andel män (7 procent) än kvinnor (5 procent) uppgav detta, men ingen icke-binär. Högsta andelar som uppgav detta fanns bland personer från MENA (7 procent) följt av personer från SSA (6 procent). Det fanns ingen stor skillnad utifrån ålder eller utbildningsnivå. Andelarna bland personer från Sydasiien (4 procent) och andra världsdelar var lika stora (4 procent), men endast en person från andra världsdelar gav detta svar.

Cirka 5 procent skulle tycka att den nya partnern inte kände tillit till dem, med en högre andel män (6 procent, antal = 32) än kvinnor (2 procent, antal = 4). Andelen bland icke-binära var 10 procent (antal = 2). Högsta andelarna fanns bland personer i åldern 16–19 år (7 procent), personer med som högst en förgymnasial utbildning (7 procent) och personer från Sydasiien (9 procent) och SSA (8 procent). De lägsta andelarna fanns bland personer i åldern 26–29 år (3 procent), personer med en eftergymnasial utbildning (2 procent) och personer från MENA (2 procent). Andelarna bland personer i åldern 20–25 år och personer med en gymnasial

utbildning var 6 respektive 4 procent. Endast två personer från andra världsdelar skulle tycka att den nya partnern inte kände tillit till dem.

Cirka 4 procent skulle tro att den nya partnern hade en könssjukdom om hen föreslog kondom, med en högre andel män (5 procent) än kvinnor (2 procent). Högsta andelarna som skulle tro det fanns bland personer i åldern 16–19 år (8 procent), personer med som högst en förgymnasial utbildning (6 procent) och personer från Sydasien (9 procent). De lägsta andelarna fanns bland personer i åldern 26–29 år (1 procent), personer med en eftergymnasial utbildning (2 procent) och personer från MENA (2 procent). Nästan lika stora andelar personer med gymnasial utbildning (4 procent) och i åldern 20–25 år (5 procent) skulle anta att den nya partnern hade en könssjukdom. Andelarna bland personer från SSA och andra världsdelar var 5 respektive 8 procent (men endast = 2 personer).

Testning för hiv och andra STI

De som hade sexdebuterat testade sig i högre utsträckning (32 procent) än de som inte haft sin sexdebut (18 procent). Omvänt var andelen som inte testat sig högre bland de som inte haft sin sexdebut (73 procent) än de som debuterat (58 procent). Andelen som var osäker på om de testat sig eller inte var lika stor i båda grupperna (9 respektive 10 procent). Andelen män som testat sig, i båda grupperna, var något högre (18 respektive 33 procent) än andelen kvinnor (17 respektive 31 procent). Andelarna bland icke-binära var 50 (lägst antal = 7) respektive 24 procent (antal = 4).

Utifrån ålder fanns högst andel som testat sig bland personer i åldern 26–29 år, för båda grupperna (sexdebut = 35 procent, ej sexdebut = 25 procent) följt av personer i åldern 20–25 år (sexdebut = 34 procent, ej sexdebut = 21 procent). Andelen som testat sig bland de som sexdebuterat var nästan lika stor bland personer med gymnasial (35 procent) och eftergymnasial (34 procent) utbildning, men lägre bland personer med en förgymnasial eller kortare utbildning (29 procent). Bland de som inte haft sexdebut var andelen personer med som högst förgymnasial utbildning som testat sig (19 procent) nästan lika stor som bland personer med eftergymnasial utbildning (20 procent). Andelen bland personer med gymnasial utbildning var låg (15 procent).

I gruppen från SSA fanns högst andel som testat sig, bland både de som inte debuterat (39 procent) och de som hade sexdebuterat (50 procent). Det var nästan lika stor andel personer från MENA (27 procent) och Sydasien (26 procent) som testat sig, bland de som sexdebuterat, och lägst andel fanns bland personer från andra världsdelar (24 procent, antal = 5). Av de som inte sexdebuterat var andelen personer från MENA, Sydasien och andra världsdelar som testat sig 13, 16 respektive 22 (antal = 4) procent.

Cirka 13 procent av de som hade testat sig visste inte för vilka STI. Nästan lika stor andel män (13 procent) som kvinnor (14 procent) gav detta svar. Andelen bland icke-binära var högst (16 procent, men endast 5 personer). Högst andel fanns bland personer i åldern 26–29 år (18 procent) och personer från SSA (22 procent). Lägst

andel fanns bland personer i åldern 16–19 år (9 procent) och personer från Sydasien (11 procent) och MENA (12 procent). Endast tre respondenter i gruppen andra världsdelar (7 procent) uppgav att det inte visste. Andelen bland personer i åldern 20–25 år var 15 procent. Det fanns ingen skillnad utifrån utbildningsnivå (13–14 procent).

Cirka 12 procent var osäkra på om de någonsin testat sig för hiv eller andra STI, med en större andel män (12 procent) än kvinnor (9 procent). Andelen bland icke-binära var högst (16 procent), men antalet lägst (antal = 5). Högst andel osäkra fanns bland personer i åldern 16–19 år (13 procent), personer med som högst en förgymnasial utbildning (15 procent) och personer från Sydasien (19 procent). Lägst andel fanns i grupperna 20–25 år (11 procent) och 26–29 år (11 procent), bland personer med en eftergymnasial utbildning (9 procent) och bland personer från MENA (9 procent). Andelarna bland personer med en gymnasial utbildning och personer från SSA och andra världsdelar var 11, 12 respektive 13 procent.

Drygt 8 procent uppgav att de testat sig för hiv. Andelen män (9 procent) som gjort det var högre än bland kvinnor (7 procent). Högst andel fanns bland personer i åldern 26–29 år (11 procent), personer med en eftergymnasial utbildning (10 procent) och personer från SSA (19 procent). Lägst andel fanns bland personer i åldern 16–19 år (5 procent), personer med som högst en förgymnasial utbildning (6 procent) och personer från MENA (5 procent). Andelen som testat sig var 9 procent bland både personer i åldern 20–25 år och personer med en gymnasial utbildning. Andelarna bland personer från andra världsdelar och Sydasien var 12 procent (antal = 5) respektive 7 procent.

Lika stora andelar respondenter hade testat sig för hepatit B eller C (7 procent) eller för andra STI såsom klamydia, syfilis eller genital herpes (7 procent). Män (8 respektive 7 procent) hade testat sig i högre utsträckning än kvinnor (6 procent för båda). Andelarna bland icke-binära var de högsta (16 respektive 10 procent, men lägsta antal, 5 respektive 3 stycken). Högst andel som testat sig för hepatit B eller C fanns bland personer i åldern 26–29 år (10 procent), personer med en eftergymnasial utbildning (9 procent) och personer från SSA (13 procent) och andra världsdelar (12 procent, men lägsta antal = 5). Lägst andel som testat sig för hepatit B eller C fanns bland personer i åldrarna 16–19 år och 20–25 år (6 procent för båda), personer med som högst en förgymnasial utbildning (6 procent) och personer från MENA (4 procent). Andelarna bland personer med en gymnasial utbildning och personer från Sydasien var 8 respektive 9 procent.

Högst andel som testat sig för andra STI fanns bland personer i åldrarna 20–25 år (9 procent) och 26–29 år (8 procent), personer med en eftergymnasial utbildning (10 procent) och personer från SSA (10 procent) och andra världsdelar (12 procent, men lägsta antal = 5). Lägst andel fanns bland personer i åldern 16–19 år (4 procent), personer med som högst en förgymnasial utbildning (5 procent) och personer från Sydasien (5 procent). Andelarna bland personer med en gymnasial utbildning och personer från MENA var 7 respektive 6 procent.

Skäl till att testa sig för hiv eller andra STI

Av de 409 som uppgav att de hade testat sig var det 368 personer som svarade på frågan om varför (bortfall: 10 procent). Omkring två tredjedelar (67 procent) uppgav att de testat sig för att de fick en kallelse till hälsoundersökning för nyanlända migranter i Sverige. Cirka 10 procent brukar testa sig med jämna mellanrum, och lika stora andelar uppgav att de gjorde det för att de startat en ny relation, var gravida eller av en annan anledning (8 procent). Ungefär 6 procent testade sig för att de hade haft en tillfällig partner och 3 procent för att de haft sex med en person som lever med hiv.

Lika andelar män och kvinnor (66 procent) uppgav att de testat sig för att de fick en kallelse till en hälsoundersökning. Andelarna bland icke-binära var högst (71 procent, men lägst antal = 10). Högst andel som blivit kallade fanns bland personer i åldern 16–19 år (74 procent), personer med en gymnasial utbildning (75 procent) och personer från SSA (76 procent). Lägst andel som fick en kallelse fanns bland personer i åldern 26–29 år (62 procent), personer med en eftergymnasial utbildning (58 procent) och personer från andra världsdelar (50 procent, antal = 6). Andelarna bland personer med som högst en förgymnasial utbildning (67 procent) och personer från MENA (62 procent) och Sydasien (61 procent) var 67, 62 respektive 61 procent.

En högre andel män (12 procent) än kvinnor (8 procent) uppgav att de brukar testa sig med jämna mellanrum. Andelen bland icke-binära var 7 procent men endast en person gav detta svar. Högst andel som brukar testa sig fanns bland personer i åldern 26–29 år (13 procent), personer med en eftergymnasial utbildning (15 procent) och personer från andra världsdelar (25 procent, men endast 3 personer). Lägst andel fanns bland personer i åldern 16–19 år (4 procent), personer med som högst en förgymnasial utbildning (6 procent) och personer från Sydasien (6 procent). Andelarna bland personer i åldern 20–25 år och personer med eftergymnasial utbildning var 11 respektive 9 procent, liksom bland personer från MENA och SSA.

En högre andel män (10 procent) än kvinnor (4 procent) uppgav att de testat sig för att de startade en ny relation. Andelen bland icke-binära var högst (14 procent, men lägst antal = 2). Högst andel fanns bland personer i åldern 16–19 år (12 procent), personer med som högst en förgymnasial utbildning (10 procent) och personer från SSA (11 procent) och andra världsdelar (17 procent, men lägst antal = 2). Nästan lika andelar personer i åldrarna 20–25 år (7 procent) och 26–29 år (8 procent) uppgav att de testat sig för att de startat en ny relation. Vidare var andelarna nästan desamma bland personer med gymnasial (6 procent) och eftergymnasial (7 procent) utbildning och personer från MENA (6 procent) och Sydasien (7 procent).

Andelen som uppgav att de testat sig för att de haft oskyddat sex med en tillfällig partner var tre gånger så hög bland män (9 procent) som kvinnor (3 procent). Ingen bland icke-binära gav detta svar. Högst andel fanns bland personer i åldern 20–25 år (8 procent), och i grupperna 16–19 år och 26–29 år var andelarna 6 respektive 4 procent. Personer från MENA (7 procent) och Sydasien (7 procent) hade lika stora

andelar. Andelarna bland personer från SSA och andra världsdelar var 3 respektive 0 procent. Det fanns ingen stor skillnad utifrån utbildningsnivå (5–6 procent).

En liten andel män (3 procent) och kvinnor (2 procent) uppgav att de haft kontakt med en person som lever med hiv. Andelen bland icke-binära var högst (7 procent, antal = 1). Andelen som testat sig av den anledningen var högre bland personer i åldern 16–19 år (5 procent) än i åldersgrupperna 20–25 år och 26–29 år (2 procent vardera). Likaså var andelen högre bland personer med som högst förgymnasial utbildning (5 procent) jämfört med personer med gymnasial (2 procent) och eftergymnasial utbildning (2 procent). Bland personer från Sydasien (6 procent, antal = 3) fanns högst andel som testat sig för att de hade haft sexuell kontakt med en person som lever med hiv, följt av personer från MENA (4 procent, antal = 8) och därefter personer från SSA (1 procent, antal = 1). Ingen respondent från andra världsdelar gav detta svar.

Rådgivning vid testning

Av de 409 som uppgav att de testat sig var det 376 personer (bortfall: 8 procent) som svarade på frågan om ifall de fick någon rådgivning vid testtillfället. Av dessa svarade 33 procent att de fick generella råd om risken med oskyddat sex och om hur man kan skydda sig mot hiv och andra STI, och drygt 20 procent svarade att de fick liknande råd i hemlandet. Dock svarade 39 procent att de inte fick något råd och 9 procent var osäkra.

En högre andel män (36 procent) än kvinnor (26 procent) uppgav att de i samband med testning i Sverige fick generella råd om risken med oskyddat sex och sätt att skydda sig. Andelen bland icke-binära var 29 procent (antal = 4). Bland personer i åldern 16–19 år (47 procent) fanns den högsta andelen, och sedan kom grupperna 20–25 år (32 procent) och 26–29 år (24 procent). När det gäller utbildning fanns högsta andelen bland personer med en gymnasial utbildning (40 procent), i jämförelse med personer med som högst förgymnasial utbildning (35 procent) och personer med en eftergymnasial utbildning (24 procent). Vidare fanns högsta andelen bland personer från Sydasien (55 procent), och sedan kom personer från MENA (34 procent) och personer från SSA (23 procent) och andra världsdelar (23 procent, endast 3 personer).

Lika stora andelar män och kvinnor (20 procent) uppgav att de i samband med testning i hemlandet fick generella råd om risken med oskyddat sex och sätt att skydda sig. Andelen bland icke-binära var 14 procent (endast 2 personer). Andelen som uppgav att de fick sådana råd i hemlandet var 27 procent bland personer i åldrarna 26–29 år och 22 procent bland personer i åldern 20–25 år, vilket var nästan fyra respektive tre gånger så högt som bland personer i åldern 16–19 år (7 procent). Nästan lika stora andelar personer med gymnasial (27 procent) och eftergymnasial (26 procent) utbildning uppgav att de fick råd i hemlandet, men bara 12 procent bland personer med som högst en förgymnasial utbildning. Andelen personer från SSA (30 procent) som gav det svaret var sex gånger så hög som andelen bland personer från Sydasien (5 procent), och nästan dubbelt så hög

jämfört med personer från MENA (17 procent). Andelen bland personer från andra världsdelar var 23 procent (endast 3 personer).

En högre andel kvinnor (47 procent) än män (35 procent) uppgav att de inte fick några råd i samband med testning. Andelen bland icke-binära var 29 procent (endast 4 personer). När det gäller ålder var andelen högst i gruppen 26–29 år (41 procent), och sedan kom 16–19 år (35 procent) och 20–25 år (38 procent). Samma svar gav 44 procent av personer med eftergymnasial och 43 procent med förgymnasial eller kortare utbildning. Andelen bland personer med en gymnasial utbildning var 26 procent. Den högsta andelen som inte fick råd fanns bland personer från MENA (41 procent), följt av personer från andra världsdelar, SSA och Sydasiern med 39 (endast 5 personer), 37 respektive 35 procent.

Testsvar i samband med STI-test

Av de 409 som testat sig var det 369 personer (bortfall: 10 procent) som svarade på frågan om ifall de fått en hiv- eller STI-diagnos. Totalt 48 personer uppgav att de fått en sådan diagnos, och av dem var det bara 40 personer (bortfall: 17 procent) som svarade på frågan om platsen för diagnos. Majoriteten (76 procent) uppgav att de fick beskedet att de var friska efter testning. Cirka 10 procent uppgav att de inte fick något provsvar, och drygt 6 procent fick ett provsvar men kunde inte läsa det. Lika stora andelar uppgav att de fått hepatit B eller C (5 procent, antal = 24) eller någon annan STI-diagnos (5 procent, antal = 20). Bara 1 procent hade fått en hivdiagnos (antal = 6). De flesta fick beskedet om könssjukdomar i Sverige (60 procent eller 24 personer), men ungefär en fjärdedel fick detta besked i hemlandet (28 procent eller 11 personer) och cirka 13 procent (antal = 5) fick det under resan, efter de hade lämnat hemlandet och innan de kom till Sverige.

Bland män var det en högre andel (7 procent) och ett större antal (19 personer) som uppgav att de fått en hepatit B- eller C-diagnos, i jämförelse med kvinnor (3 procent och 5 personer). Motsvarande andel och antal bland icke-binära var 15 procent, och två personer. Lika stora andelar personer i åldrarna 16–19 år (7 procent, antal = 8) och 26–29 år (7 procent, antal = 12) uppgav att de fått diagnosen hepatit B eller C. Andelen bland personer i åldern 20–25 år (4 procent, antal = 7) var den lägsta. Bland personer med en gymnasial utbildning fanns högsta andelen (8 procent, antal = 10), följt av personer med som högst en förgymnasial utbildning (6 procent, antal = 11) och personer med eftergymnasial utbildning (3 procent, antal = 4). Vad gäller ursprungsregion fanns den högsta andelen bland personer från SSA (9 procent, antal = 14), och sedan kom personer från Sydasiern och MENA med 8 procent (antal = 5) respektive 2 procent (antal = 4). Endast en person inom gruppen andra världsdelar uppgav att de fått diagnosen hepatit B eller C.

En högre andel kvinnor (5 procent, antal = 8) än män (3 procent, antal = 9) uppgav att de fått någon annan STI-diagnos än hepatit B eller C. Bara en person bland icke-binära gav detta svar. Andelen i gruppen 20–25 år (7 procent, antal = 11) var

dubbelt så hög som i gruppen 16–19 år (3 procent, antal = 3) och 26–29 år (3 procent, antal = 6). Det fanns ingen stor skillnad när det gäller utbildningsnivå eller utbildningsnivå (4–5 procent), förutom att bara en person inom gruppen andra världsdelar fick denna diagnos.

Tre kvinnor, två män och en icke-binär person uppgav att de fått hivdiagnos. Vad gäller åldergrupper var det fyra personer i åldern 20–25 år och två i gruppen 26–29 år som uppgav att de fått denna diagnos, och ingen i åldern 16–19 år. Sett till utbildning var det två personer med som högst en förgymnasial utbildning som gav det svaret, liksom tre med gymnasial utbildning och en person med eftergymnasial utbildning. Fyra personer från SSA och en person från andra världsdelar uppgav att de fått hivdiagnos men ingen från MENA eller Sydasien.

Skäl till att inte testa sig

Totalt svarade 871 av de 1 032 som uppgav att de aldrig testat sig (bortfall: 15,6 procent) på frågan om skälet till det. De två vanligaste anledningarna till att inte testa sig var att respondenterna inte tyckte att det var nödvändigt (61 procent) eller inte visste vart de skulle vända sig (27 procent). Cirka 14 procent uppgav att de aldrig testat sig av andra skäl. Lika stora andelar uppgav att de inte ville veta om de hade någon sjukdom (3 procent), att mottagningens öppettider inte passade dem (3 procent) eller att de var rädda för att personal eller andra besökare skulle känna igen dem på mottagningen (3 procent). Drygt 2 procent uppgav att de inte litade på tystnadsplikten inom sjukvården och mindre än 1 procent uppgav att sjukvårdspersonal (0,3 procent, antal = 3) eller vänner (0,2 procent, antal = 2) avrått dem från att testa sig.

En högre andel kvinnor (70 procent) än män (57 procent) ansåg att det inte var nödvändigt att testa sig. Andelen bland icke-binära var 56 procent (antal = 9). Bland personer i åldern 26–29 år (66 procent) fanns den högsta andelen som ansåg att det inte var viktigt, och sedan var andelen nästan lika stor i grupperna 16–19 år (59 procent) och 20–25 år (58 procent). Lika stora andelar personer med gymnasial (65 procent) och eftergymnasial (65 procent) utbildning gav detta svar, men en mindre andel bland personer med som högst en förgymnasial utbildning (54 procent). Högst andel som ansåg att testning var onödigt fanns bland personer från MENA (69 procent), jämfört med personer från andra världsdelar och SSA (50 respektive 48 procent). Den lägsta andelen fanns bland personer från Sydasien (43 procent).

Andelen män (32 procent) som inte visste var de kunde testa sig var nästan dubbelt så hög jämfört med kvinnor (17 procent). Andelen bland icke-binära var 31 procent (antal = 5). Personer i åldern 20–25 år (32 procent) hade den högsta andelen, i jämförelse med grupperna 16–19 år (26 procent) och 26–29 år (24 procent). Personer med som högst en förgymnasial utbildning (33 procent) hade den högsta andelen, och sedan kom personer med eftergymnasial (26 procent) och personer med gymnasial utbildning (22 procent). Bland personer från Sydasien fanns den högsta andelen som inte visste var de kunde testa sig (48 procent) följt av personer

från andra världsdelar (36 procent, antal = 8). Andelarna bland personer från MENA (22 procent) och SSA (23 procent) var nästan lika stora.

Lika stora andelar män (15 procent) och kvinnor (15 procent) uppgav att de inte testade sig av andra skäl. Andelen bland icke-binära var 13 procent (antal = 2). I grupperna 16–19 år (12 procent) och 20–25 år (11 procent) var andelarna nästan lika stora, och lägre än i gruppen 26–29 år (14 procent). Andelen bland personer med gymnasial utbildning var högst jämfört med personer med som högst en förgymnasial utbildning (13 procent) och personer med en eftergymnasial utbildning (14 procent). Personer från SSA (25 procent) hade den högsta andelen som uppgav andra skäl, följt av personer från MENA (14 procent), personer från andra världsdelar (9 procent, antal = 2) och Sydasien (7 procent).

Lika stora andelar män (3 procent) och kvinnor (3 procent) uppgav att de inte ville veta om de hade någon sjukdom. Ingen bland icke-binära gav detta svar. Andelen personer i åldern 16–19 år (6 procent) var tre gånger så hög jämfört med personer i åldrarna 20–25 år och 26–29 år (2 procent vardera). Sett till utbildningsnivå var andelen lika stor bland personer med förgymnasial (4 procent) och eftergymnasial utbildning, och dubbelt så stor jämfört med personer med eftergymnasial utbildning (2 procent). Personer från Sydasien (7 procent) hade den högsta andelen som gav detta svar, och sedan kom personer från SSA (4 procent) och personer från MENA (2 procent). Ingen av personerna från andra världsdelar gav detta svar.

Tillgång till hälso- och sjukvård samt bemötande

Tillgång till hälso- och sjukvård för sexuell och reproduktiv hälsa

Totalt svarade 1 676 av 1 773 respondenter på frågan (bortfall: 6 procent) om ifall de utnyttjat någon SRH-relaterad service under det senaste året. Majoriteten (81 procent) uppgav att de inte gjort det och 5 procent var osäkra. Endast 14 procent hade sökt SRH-relaterad service under det senaste året.

Bland dem som sökt SRH-relaterad service under det senaste året var andelen kvinnor 22 procent jämfört med 10 procent bland män. Andelen bland icke-binära var 13 procent. Andelen bland personer i åldern 26–29 år (17 procent) var den högsta, och sedan kom grupperna 20–25 år (14 procent) och 16–19 år (12 procent). Det var nästan lika stora andelar personer med som högst en förgymnasial (15 procent) och en eftergymnasial utbildning (16 procent) som sökt SRH-relaterad service under året. Andelen bland personer med en gymnasial utbildning var 12 procent. Det fanns ingen stor skillnad mellan grupperna vad gäller ursprungsregion (MENA = 14 procent, Sydasiien = 13 procent, SSA = 14 procent och andra världsdelar = 15 procent).

Vanliga orsaker till besök

Av de 247 som hade sökt SRH-relaterad hälso-och sjukvård under det senaste året var det 214 personer (bortfall: 13 procent) som svarade på frågan om anledningen till besöket. De vanligaste orsakerna var: preventivmedel och preventivmedelsrådgivning (32 procent), information om sexualitet eller sexuell hälsa (26 procent), STI-testning (23 procent), mödravård (19 procent), vård eller eftervård vid förlossning (15 procent), andra orsaker (11 procent), sexuellt våld (8 procent) eller abort (5 procent).

Det var en högre andel kvinnor än män som sökt hjälp för preventivmedel eller preventivmedelsrådgivning (34 respektive 28 procent), mödravård (32 respektive 5 procent), vård och eftervård vid förlossning (24 respektive 7 procent) och abort (7 respektive 4 procent). Andelarna bland icke-binära var 60 procent (endast 3 personer), 20 procent (endast en person), 0 och 0 procent. Omvänt var det en högre andel män än kvinnor som sökt hjälp för problem som rör sexualitet (43 respektive 12 procent), STI-testning (33 respektive 14 procent), sexuellt våld (12 respektive 5 procent) och andra orsaker (14 respektive 9 procent). Andelar bland icke-binära var 0, 20 procent (men endast 1 person), 20 (men endast en person) och 0 procent.

De yngsta (16–19 år) hade i högst utsträckning sökt för preventivmedel eller preventivmedelsrådgivning (41 procent), information om sexualitet och sexuell hälsa (46 procent) och sexuellt våld (17 procent). Nästan lika stora andelar i grupperna 20–25 år och 26–29 år sökte för preventivmedel eller preventivmedelsrådgivning (29 respektive 27 procent), information om sexualitet och sexuell hälsa (18 respektive 17 procent) och sexuellt våld (4 respektive 3 procent). Det var lika stora andelar personer i åldrarna 16–19 år och 20–25 år (25 procent vardera) som sökt för STI-testning. Personer i åldern 26–29 år (17 procent)

hade den lägsta andelen av de som sökt för testning. Andelar personer i åldrarna 16–19 år (7 procent, antal = 5) och 26–29 år (7 procent, antal = 6) som sökt för abort var lika stora, och nästan dubbelt så höga som bland personer i åldern 20–25 år (4 procent, antal = 3). I gruppen 20–25 år (13 procent) fanns högst andel av de som sökt av andra orsaker, jämfört med personer i åldrarna 16–19 år (9 procent) och 26–29 år (11 procent). I den sistnämnda gruppen fanns högst andel av de som sökt för mödravård (32 procent) eller vård och eftervård vid förlossning (24 procent), och sedan kom grupperna 20–25 år (17 respektive 18 procent) 16–19 år (7 respektive 3 procent).

Bland personer med som högst en förgymnasial utbildning fanns högst andel som sökte för preventivmedel eller preventivmedelsrådgivning (39 procent), information om sexualitet och sexuell hälsa (31 procent) och sexuellt våld (12 procent). Motsvarande andelar bland personer med en gymnasial utbildning var 27, 24 respektive 2 (men endast en person) och andelarna bland personer med en eftergymnasial utbildning var 23, 19 respektive 7 procent. Bland personer med gymnasial utbildning fanns högst andel som sökt för STI-testning (33 procent) och andra orsaker (15 procent), jämfört med personer med förgymnasial eller kortare utbildning (21 respektive 10 procent) och personer med en eftergymnasial utbildning (16 respektive 13 procent). Personer med eftergymnasial utbildning hade den högsta andelen bland de som sökt för abort (10 procent, antal = 7), mödravård (26 procent) och vård och eftervård vid förlossning (21 procent), i jämförelse med personer med förgymnasial eller kortare (4, 15 respektive 12 procent) och gymnasial utbildning (6, 20 respektive 16 procent).

Bland personer från Sydasien var det högst andel som sökt för preventivmedel eller preventivmedelsrådgivning (44 procent), information om sexualitet och sexuell hälsa (48 procent) och sexuellt våld (15 procent), i jämförelse med personer från MENA (30, 21 respektive 7 procent), SSA (29, 19 respektive 6 procent) och andra världsdelar (29 procent men endast 2 personer, 43 procent men endast 3 personer, respektive 0 procent). Personer från SSA (33 procent) hade den högsta andelen bland de som sökt för STI-testning. När det gäller STI-testning var andelen densamma bland personer från MENA och Sydasien (19 procent). Motsvarande andel bland personer från andra världsdelar var 43 procent (men endast 3 personer). Personer från MENA hade de högsta andelarna som sökt för abort (6 procent, antal = 8), mödravård (23 procent) och vård och eftervård vid förlossning (20 procent) jämfört med personer från Sydasien (4, 6 respektive 8 procent) och SSA (4, 17 respektive 10 procent). Det var lika stora andelar personer från Sydasien (13 procent) och SSA (13 procent) bland de som sökt för andra orsaker. Andelar bland personer från MENA (9 procent) och andra världsdelar var 9 respektive 30 procent (men endast 2 personer).

Besökta mottagningar

Av de 247 som besökt hälso- och sjukvård under det senaste året var det 222 personer (bortfall: 10,1 procent) som svarade på frågan om besökta mottagningar. De mest besökta mottagningarna var i följande ordning: hälsocentral (43 procent),

ungdomsmottagning (20 procent), kvinnoklinik (16 procent), mödravård (15 procent), vet ej (15 procent), asyl- och flyktinghälsan eller flyktinghälsovård (4 procent), elevhälsan (4 procent), hälsomottagning inom socialtjänsten eller missbruks- och beroendevård (3 procent), hud- och STI-mottagning (2 procent), sex- och samlevnadsmottagning (2 procent) eller hälsomottagning inom kriminalvård eller statlig institutionsvård/SiS (1 procent).

Det var lika stora andelar män och kvinnor (44 procent) bland de som besökt hälsocentralen. Andelen bland icke-binära var 67 procent (men endast 4 personer). Men andelen killar (27 procent) bland de som besökt ungdomsmottagningen var dubbelt så hög jämfört med tjejer (13 procent). Andelen bland icke-binära var 50 procent (endast 3 personer). Naturligt nog var det en högre andel kvinnor än män som besökt kvinnokliniken (28 respektive 3 procent) och mödravården (25 respektive 7 procent). Ingen bland de icke-binära hade besökt dessa mottagningar. Det var däremot en högre andel män (21 procent) än kvinnor (8 procent) som inte visste vilken mottagning de besökt. Endast en icke-binär person visste inte.

Bland de yngsta (16–19 år) fanns den lägsta andelen (25 procent) som besökt hälsocentralen men den högsta som vänt sig till ungdomsmottagningen (46 procent). Omvänt hade de äldsta (26–29 år) den högsta andelen av de som besökt hälsocentralen (60 procent) och den lägsta andelen som vänt sig till ungdomsmottagningen (2 procent). Motsvarande andelar bland personer i åldern 20–25 år var 42 respektive 17 procent. I grupperna 20–25 år och 26–29 år var det lika stora andelar som besökt kvinnokliniken (20 procent vardera). Personer i åldern 16–19 år (6 procent) hade den lägsta andelen, och den lägsta andelen (6 procent) som besökt mödravården. Andelar i grupperna 20–25 år och 26–29 år som besökt mödravården under det senaste året var 15 respektive 24 procent. Bland personer i åldern 16–19 år fanns den högsta andelen som inte visste vilken mottagningen de hade besökt, i jämförelse med personer i åldrarna 20–25 år (11 procent) och 26–29 år (9 procent).

Bland personer med en förgymnasial eller kortare utbildning fanns de högsta andelarna som besökt ungdomsmottagningen (24 procent) och som svarade vet ej (21 procent), och de lägsta andelarna som besökt hälsocentralen (37 procent), kvinnokliniken (12 procent) och mödravården (8 procent). Personer med eftergymnasial utbildning hade de högsta andelarna som besökt hälsocentralen (54 procent) och mödravården (26 procent), men de lägsta andelarna som besökt ungdomsmottagningen (14 procent) eller inte visste vilken mottagning (4 procent). Det var lika stora andelar personer med gymnasial och eftergymnasial utbildning (19 procent vardera) bland dem som besökt kvinnokliniken. Bland personer med gymnasial utbildning var det 43, 21, 17 respektive 12 procent som hade besökt hälsocentralen, ungdomsmottagningen och mödravården och som svarade vet ej.

Personer från MENA hade de högsta andelarna som besökt hälsocentralen (52 procent) eller mödravården (21 procent), och de lägsta andelarna som besökt ungdomsmottagningen (16 procent) eller svarade vet ej (8 procent). Bland personer från Sydasiens fanns de högsta andelarna som besökt ungdomsmottagningen (29

procent) eller svarade vet ej (35 procent), och de lägsta andelarna som besökt hälsocentralen (19 procent) eller mödravården (4 procent, antal = 2). Det var nästan lika stora andelar personer från MENA (18 procent) och Sydasien (17 procent) som besökt kvinnokliniken. Andelen personer från SSA som besökt hälsocentralen, ungdomsmottagningen, kvinnokliniken eller mödravården var 38, 21,14 respektive 10 procent. Motsvarande andelar bland personer från andra världsdelar var 56 (men endast 5 personer), 33 (endast 3 personer), 0 respektive 11 (men endast en person) procent. Andelen personer från SSA bland de som svarade vet ej var 16 procent, och endast en person från andra världsdelar gjorde det.

Ett respektfullt bemötande vid senaste besöket

Av de 247 som besökt sjukvården under det senaste året var det 203 personer (bortfall: 18 procent) som svarade på om de fått ett respektfullt bemötande. Majoriteten (93 procent) ansåg att de bemötts med respekt vid det senaste besöket, men det var alltså 7 procent som inte tyckte det. En högre andel män (9 procent) än kvinnor (7 procent) ansåg att de inte fick ett respektfullt bemötande. Endast en person bland icke-binära uppgav detta. Sett till ålder var andelen i gruppen 16–19 år (12 procent) nästan dubbelt så hög som i grupperna 20–25 år (7 procent) och 26–29 år (6 procent). Andelen personer med förgymnasial utbildning (9 procent) var något högre jämfört med dem med gymnasial (8 procent) och eftergymnasial utbildning (7 procent). Andelen personer från SSA (16 procent) var nästan dubbelt så hög jämfört med personer från Sydasien (9 procent) och fyra gånger så hög som bland personer från MENA (4 procent). Endast en person från andra världsdelar ansåg att hen inte bemötts på ett respektfullt sätt.

Respekt för integritet vid senaste besöket

Av de 247 som besökt någon SRH-relaterad service under det senaste året var det 183 personer (bortfall: 26 procent) som svarade på frågan om respekt för integritet. Totalt 87 procent tyckte att deras personliga integritet respekterades vid det senaste besöket, men 13 procent tyckte tvärtom. Det var en högre andel män (15 procent) än kvinnor (9 procent) som ansåg att deras personliga integritet inte respekterades. Andelen bland icke-binära var 50 procent (men endast 2 personer). Andelen var högst i gruppen 16–19 år (19 procent), jämfört med personer i åldrarna 20–25 år (7 procent) och 26–29 år (10 procent). Sett till utbildningsnivå var det lika stora andelar som gav det svaret bland dem med som högst en förgymnasial utbildning och dem med gymnasial utbildning (16 procent vardera), medan det gällde 4 procent bland personer med en eftergymnasial utbildning. Personer från Sydasien (27 procent) utgjorde den högsta andelen av de som tyckte att deras integritet inte respekterades, och sedan kom personer från SSA (22 procent) och MENA (6 procent). Endast en person från andra världsdelar tyckte det.

Ett fördomsfritt bemötande vid senaste besöket

Av de 247 som besökt sjukvården under det senaste året var det 167 personer (bortfall: 32 procent) som svarade på frågan om fördomar. Cirka 72 procent av de

som besökt SRH-relaterad service tyckte att vårdgivaren eller sjukvårdpersonalen var fördomsfria vid det senaste besöket. Resterande 28 procent tyckte inte att de fick ett fördomsfritt bemötande. En högre andel män (33 procent) än kvinnor (25 procent) tyckte att de bemöttes med fördomar. Andelen bland icke-binära var 60 procent (men det var endast 3 personer). Vidare var andelen högst bland personer i åldern 16–19 år (35 procent) och personer med en förgymnasial eller kortare utbildning (37 procent), i jämförelse med personer i åldrarna 20–25 år (24 procent) och 26–29 år (27 procent) respektive personer med gymnasial (31 procent) och eftergymnasial utbildning (17 procent). Bland personer från SSA (55 procent) fanns också den högsta andelen som ansågs att de bemöttes med fördomar, i jämförelse med personer från Sydasien (52 procent) och MENA (17 procent). Endast en person från andra världsdelar gav detta svar.

Otillfredsställda förväntningar vid senaste besöket

Av de 247 som sökt SRH relaterad service under det senaste året var det 181 personer (bortfall: 27 procent) som svarade på frågan om hur de uppfattade behandlingen eller hjälpen de fick vid det senaste besöket. Cirka tre fjärdedelar (75 procent) uppgav att hjälp eller behandling motsvarade deras förväntningar. Men en fjärdedel (25 procent) tyckte att vården eller hjälpen inte motsvarade förväntningarna. Andelen män (30 procent) med otillfredsställda förväntningar var hög jämfört med kvinnor (20 procent). Andelen bland icke-binära var 80 procent (men endast 4 personer). De högsta andelarna med otillfredsställda förväntningar fanns bland personer i åldern 16–19 år (34 procent), personer med en förgymnasial eller kortare utbildning (32 procent) och personer från Sydasien (30 procent). De lägsta andelarna fanns bland personer i åldern 20–25 år (17 procent), personer med en eftergymnasial utbildning (18 procent) och personer från MENA (24 procent). Andelarna bland personer i åldern 26–29 år, personer med en gymnasial utbildning och personer från SSA var 28, 25 respektive 27 procent. Det fanns endast en person från andra världsdelar bland de som tyckte att besöket inte levte upp till förväntningarna.

Upplevd diskriminering eller kränkning vid senaste besöket

Av de 247 som besökt en SRH-relaterad service under det senaste året var det 184 (bortfall: 26 procent) som svarade på frågan om upplevelser av diskriminering eller kränkning vid senaste besöket. Majoriteten (89 procent) ansåg att de behandlats rättvist utan diskriminering eller kränkning. Bland dem som tyckte att de behandlats orättvist fanns en högre andel män (13 procent) än kvinnor (9 procent). Andelen bland icke-binära var 40 procent men det var endast två personer. Bland personer i åldern 16–19 år (15 procent) fanns den högsta andelen som kände sig diskriminerade eller kränkta, i jämförelse med personer i åldrarna 20–25 år (7 procent) och 26–29 år (12 procent). Andelen personer med som högst förgymnasial utbildning (15 procent) och andelen med gymnasial utbildning (14 procent) var nästan lika stora, och tre gånger så höga jämfört med personer med en eftergymnasial utbildning (5 procent). Bland personer från SSA (18 procent) fanns

den högsta andelen som kände diskriminerade eller kränkta vid det senaste besöket, och sedan kom personer från Sydasien (13 procent) och från MENA (7 procent). Det fanns endast en person (13 procent) från andra världsdelar bland de som kände sig diskriminerade eller kränkta vid senaste besöket.

Nöjd vid senaste besöket

Av de 247 som sökt SRH-relaterad service under det senaste året var det 230 personer (bortfall: 7 procent) som svarade på frågan om hur nöjda de var med det senaste besöket. De flesta (77 procent) var mycket (40 procent) eller ganska (37 procent) nöjda med den hjälp eller vård de fick, men 12 procent var varken nöjda eller missnöjda och drygt 11 procent var mycket (5 procent) eller ganska missnöjda (6 procent).

En högre andel män (14 procent) än kvinnor (9 procent) var missnöjda med vården eller hjälpen, men ingen icke-binär svarade att de var missnöjda. Personer i åldern 26–29 år (14 procent) hade den högsta andelen missnöjda jämfört med personer i åldrarna 16–19 år (12 procent) och 20–25 år (6 procent). Andelen var nästan lika stor bland personer med förgymnasial eller kortare utbildning (13 procent) och personer med en eftergymnasial utbildning (12 procent), och sedan kom personer med gymnasial utbildning (7 procent). Bland personer från Sydasien (16 procent) fanns den högsta andelen missnöjda, jämfört med personer från MENA (10 procent) och SSA (9 procent). Det var ingen från andra världsdelar som var missnöjd.

Avstått från att söka vård trots upplevt behov

Totalt svarade 1 636 av 1 773 (bortfall: 8 procent) respondenter på frågan om de under senaste året avstått från att söka SRH-relaterad service trots upplevt behov. Majoriteten (83 procent) uppgav att de aldrig avstått från att söka sådan service om de upplevde att det behövdes, men drygt 17 procent svarade att de hade avstått under det senaste året. Andelen var högre bland män (19 procent) än kvinnor (12 procent). Andelen bland icke-binära var högst (34 procent, men lägst antal = 11). Andelarna var lika stora i grupperna 20–25 år och 26–29 år (19 procent vardera), och sedan kom personer i åldern 16–19 år (15 procent). Bland personer med en eftergymnasial utbildning fanns högsta andelen (20 procent) som avstått från att söka SRH-relaterad service, jämfört med personer med förgymnasial eller kortare utbildning (18 procent) och personer med gymnasial utbildning (16 procent). Vad gäller ursprungsregioner fanns den högsta andelen bland personer från Sydasien (23 procent). Motsvarande andelar bland personer från SSA och MENA var 18 respektive 16 procent. Det var endast tre personer (7 procent) från andra världsdelar som avstått från att söka sådan service under det senaste året.

Skäl till att inte söka vård

Av de 285 som uppgav att de avstått från att söka vård, trots behov, var det 272 personer (bortfall: 5 procent) som svarade på frågan om varför. De angivna skälen

var: de visste inte vart de skulle vända sig (48 procent), väntetiderna är för långa (20 procent), de behärskar inte språket (17 procent), de hade inte råd (17 procent), de litar inte på den svenska sjukvården (11 procent), de har dålig erfarenhet från tidigare besök (10 procent), de hade inte tid (9 procent), besväret gick över (9 procent), andra skäl (9 procent), svårt att komma fram på telefon (8 procent) eller långa avstånd (1 procent).

En högre andel män än kvinnor har avstått från att söka vård för att de inte visste vart de skulle vända sig (52 respektive 38 procent), för att det var svårt att komma fram på telefon (7 respektive 6 procent), för att de inte har tillit till sjukvården (11 respektive 10 procent), för att de inte hade råd (17 respektive 14 procent) eller pga. andra orsaker (12 respektive 4 procent). Motsvarande andelar bland icke-binära var 50 (men endast 6 personer), 25 (antal = 3 personer), 17 (antal = 2 personer), 25 (antal = 3 personer) respektive 8 (endast 1 person) procent. Det var däremot en högre andel kvinnor än män som avstått från att söka vård pga. långa väntetider (28 respektive 17 procent), pga. språkhinder (21 respektive 15 procent), pga. tidshinder (10 respektive 8 procent) eller för att besväret gick över (13 respektive 7 procent). Motsvarande andelar bland icke-binära var 25 (antal = 3 personer), 17 (antal = 2 personer), 17 (antal = 2 personer) respektive 8 (1 person) procent. Det var lika stor andel män som kvinnor (10 procent) som avstått från att söka vård pga. tidigare dåliga erfarenheter. Andelen bland icke-binära var 8 procent (1 person).

Bland personer i åldern 16–19 år fanns de högsta andelarna som avstått från att söka vård för att de inte visste vart de skulle vända sig (58 procent) eller för att besväret gick över (11 procent) jämfört med personer i åldrarna 20–25 år (48 respektive 6 procent) och 26–29 år (40 respektive 9 procent). Personer i åldern 20–25 år hade de högsta andelarna som avstått från att söka vård pga. svårigheter att komma fram på telefon (10 procent), brist på tillit till sjukvården (14 procent), tidshinder (13 procent) eller andra orsaker (11 procent). Det är att jämföra med 6, 7, 12 respektive 10 procent bland personer i åldern 16–19 år och 8, 9, 4 respektive 7 procent bland personer i åldern 26–29 år. I gruppen 26–29 år fanns de högsta andelarna som avstått från att söka vård pga. långa väntetider (29 procent), tidigare dåliga erfarenheter (16 procent), språkhinder (22 procent) eller ekonomiska skäl (23 procent). De lägsta andelarna fanns bland personer i åldern 16–19 år (13, 6, 10 respektive 10 procent). Motsvarande andelar bland personer i åldern 20–25 år var 20, 8, 19 respektive 19 procent.

Bland personer med en förgymnasial eller kortare utbildning (58 procent) fanns högst andel som avstått pga. okunskap om vart man skulle vända sig. Det är att jämföra med 51 procent bland personer med en gymnasial utbildning och 42 procent bland personer med en eftergymnasial utbildning. Det fanns lika stora andelar personer med en förgymnasial eller kortare utbildning och personer med en gymnasial utbildning (10 procent vardera) bland dem som avstått från att söka vård pga. andra orsaker. Andelen bland personer med eftergymnasial utbildning var 8 procent. Personer med en gymnasial utbildning hade högst andel av dem som avstått pga. brist på tillit till sjukvården (13 procent), brist på pengar (18 procent) eller språkhinder (22 procent). Det är att jämföra med 9, 16 respektive 15 procent

bland personer med förgymnasial eller kortare utbildning och 12, 17 respektive 15 procent bland personer med en eftergymnasial utbildning. Bland personer med eftergymnasial utbildning fanns högst andel som avstått pga. långa väntetider (36 procent), svårigheter att komma fram på telefon (11 procent), tidigare dåliga erfarenhet (13 procent) och tidshinder (12 procent). Det är att jämföra med 12, 9, 8 respektive 10 procent bland personer med en förgymnasial eller kortare utbildning och 17, 5, 10 respektive 8 procent bland personer med en gymnasial utbildning. Det fanns ingen stor skillnad utifrån utbildningsnivå bland de som avstått för att besväret gick över (8–9 procent).

Bland personer från MENA fanns de högsta andelarna som avstått från att söka vård pga. långa väntetider (28 procent), tidigare dåliga erfarenheter (13 procent), brist på tillit till sjukvården (13 procent), brist på pengar (21 procent), språkhinder (19 procent) eller andra orsaker (10 procent). Det är att jämföra med 17, 8, 11, 17,11 respektive 8 procent bland personer från Sydasien och 5, 3, 5, 8, 17 respektive 8 procent bland personer från SSA. Det fanns ingen person från andra världsdelar bland de som hade avstått pga. språkhinder, bristande tillit, övergående besvär, tidsbrist, svårighet att komma fram på telefon eller brist på pengar. Personer från Sydasien (59 procent) hade den högsta andelen som avstått från att söka vård pga. okunskap om vart de skulle vända sig. Motsvarande andelar bland personer SSA och MENA var 52 respektive 43 procent. Det var endast en person (25 procent) från andra världsdelar som avstått av denna anledning. Det fanns lika stora andelar personer från MENA och Sydasien (10 procent vardera) bland de som avstått pga. tidshinder. Andelen bland personer från SSA var 8 procent. Bland personer från SSA (11 procent) fanns den högsta andelen som avstått för att det var svårt att komma fram på telefon eller för att besväret gick över. Motsvarande andelar bland personer från MENA var 8 respektive 10 procent, och bland personer från Sydasien var det 6 respektive 3 procent.

Behov och informationskällor

Behov av insatser relaterade till SRHR

Totalt svarade 1 511 av 1 773 (bortfall:15 procent) respondenter på frågan om behov av insatser som rör SRHR. Drygt hälften (51 procent) uppgav att de inte hade något sådant behov, och resten svarade att de behövde: möjlighet att samtala med någon om sexualitet och relationer (26 procent), helgöppna mottagningar för testning och rådgivning (14 procent), gratis kondomer (12 procent), information om var man kan få råd när klinikerna är stängda (12 procent), gratis preventivmedel (9 procent) eller andra behov (2 procent).

En högre andel män än kvinnor vill ha någon att tala med om sexualitet och relationer (32 respektive 12 procent) eller ha gratis kondomer (14 respektive 8 procent). Andelarna bland icke-binära var 48 respektive 10 (3 personer) procent. Däremot fanns det en högre andel kvinnor än män bland de som ville ha gratis preventivmedel (13 respektive 6 procent), helgöppna mottagningar för testning och rådgivning (15 respektive 13 procent) eller information om var man kan få råd när klinikerna är stängda (15 respektive 10 procent). Andelarna bland icke-binära var 6 procent (2 personer), 10 procent (3 personer) respektive 10 procent (3 personer).

I grupperna 20–25 år och 26–29 år var det lika stora andelar som önskade samtal om sexualitet och relationer (24 procent) eller gratis kondomer (11 procent). Högst andelar fanns bland personer i åldern 16–19 år (30 respektive 14 procent). I den sistnämnda gruppen var det däremot lägst andelar som uttryckte behov av preventivmedel (7 procent), helgöppna mottagningar för testning och rådgivning (10 procent) eller information om var man kan få råd när klinikerna är stängda (11 procent), jämfört med personer i åldrarna 20–25 år (9, 16 respektive 13 procent) och 26–29 år (11, 15 respektive 12 procent).

Personer med en förgymnasial eller kortare utbildning (29 procent) hade den högsta andelen som uttryckte behov av samtal om sexualitet och relationer, jämfört med personer med gymnasial (22 procent) och eftergymnasial (27 procent) utbildning. Bland de sistnämnda fanns de högsta andelarna som ville ha gratis preventivmedel (13 procent), gratis kondomer (15 procent), helgöppna mottagningar för testning och rådgivning (19 procent) eller information om var man kan få råd när klinikerna är stängda (15 procent), jämfört med personer med en förgymnasial eller kortare utbildning (8, 14, 11 respektive 10 procent) och personer med en gymnasial utbildning (7, 9, 11 respektive 13 procent).

Bland personer från Sydasiens (49 procent) fanns en dubbelt så stor andel som ville ha samtal om sexualitet och relationer jämfört med personer från Sydasiens (24 procent). Andelarna bland personer från MENA och andra världsdelar var 20 respektive 18 (7 personer) procent. I gruppen från andra världsdelar fanns de högsta andelarna som önskade gratis preventivmedel (18 procent), gratis kondomer (23 procent) eller information om var man kan få råd när klinikerna är stängda (23 procent), jämfört med personer från MENA (8, 9 respektive 11 procent), Sydasiens (6, 16 respektive 9 procent) och SSA (13, 14 respektive 16 procent). Bland

personer från SSA fanns den högsta andelen som ville se helgöppna mottagningar för testning och rådgivning (18 procent). Motsvarande andel bland personer från MENA, Sydasiens och andra världsdelar var 11, 16 respektive 13 (5 personer) procent.

Kunskapsbehov

Totalt svarade 1 541 av 1 773 respondenter (bortfall:13 procent) på frågan om kunskapsbehov. Drygt 40 procent uppgav att de inte hade något kunskapsbehov, men resten ville ha mer kunskap om:

- kroppen och hur den fungerar (26 procent)
- egna och andras rättigheter i Sverige i relation till sexualitet (23 procent)
- sexualitet och relationer (20 procent)
- sätt att skydda sig mot hiv och andra STI (19 procent)
- den första sexuella upplevelsen (18 procent)
- familjeplanering (15 procent)
- sätt att testa sig för hiv och andra STI, och vart man vänder sig (13 procent)
- kondomförhandlingsstrategier (6 procent)
- annan kunskap (1 procent).

En större andel kvinnor än män (17 respektive 13 procent) ville ha mer kunskap om familjeplanering, men för alla andra kunskapsbehov var andelen män större: kunskapsbehov om: kroppen (24 respektive 22 procent), egna och andras rättigheter (26 respektive 17 procent), sexualitet och relationer (24 respektive 12 procent), skydd mot hiv och andra STI (21 respektive 14 procent), den första sexuella upplevelsen (21 respektive 9 procent), testning för hiv/STI (14 respektive 8 procent) och kondomförhandlingsstrategier (7 respektive 4 procent).

Kunskapsbehoven bland icke-binära var i följande ordning: kroppen (37 procent, 11 personer), sexualitet och relationer (37 procent, 11 personer), den första sexuella upplevelsen (30 procent, 9 personer), egna och andras rättigheter (27 procent, 8 personer), skydd mot hiv och andra STI (23 procent, 7 personer), hiv- och STI-testning (17 procent, 5 personer), kondomförhandlingsstrategier (13 procent, 4 personer) och familjeplanering (3 procent, 1 person).

Bland personer i åldern 16–19 år fanns störst andel som ville ha mer kunskap om kroppen och hur den fungerar (27 procent), den första sexuella upplevelsen (21 procent), sexualitet och relationer (21 procent), kondomförhandlingsstrategier (7 procent) och skydd mot hiv/STI (20 procent), i jämförelse med personer i åldrarna 20–25 år (25, 18, 20, 6 respektive 17 procent) och 26–29 år (20, 12, 19, 5 respektive 18 procent). I gruppen 26–29 år fanns den högsta andelen som behövde kunskap om hiv- och STI-testning (15 procent) och familjeplanering (19 procent) jämfört med personer i åldrarna 20–25 år (14 respektive 15 procent) och 16–19 år (11 respektive 10 procent). Lika andelar (23 procent) i alla tre åldersgrupperna behövde kunskap om egna och andras rättigheter i relation till sexualitet.

Sett till personer med en förgymnasial eller kortare utbildning var andelen högst när det gäller kunskap om kroppen (28 procent) och kondomförhandlingsstrategier (7 procent) jämfört med personer med gymnasial (23 respektive 5 procent) eller eftergymnasial utbildning (20 respektive 6 procent). Personer med en eftergymnasial utbildning hade de högsta andelarna som behövde kunskap om egna och andras rättigheter i relation till sexualitet (25 procent), sexualitet och relationer (23 procent), hiv- och STI-testning (18 procent) och familjeplanering (25 procent), jämfört med personer med gymnasial (20, 20, 12 respektive 12 procent) och förgymnasial utbildning (24, 19, 11 respektive 10 procent). Det var lika andelar personer med gymnasial och eftergymnasial utbildning bland de som behövde kunskap om skydd mot hiv/STI (20 procent vardera). Andelen bland personer med en förgymnasial eller kortare utbildning var 17 procent. Det fanns ingen stor skillnad bland de som ville ha mer kunskap om den första sexuella upplevelsen utifrån utbildningsnivå (17, 18 respektive 17 procent).

Den högsta andelen som behövde kunskap om kroppen fanns bland personer från SSA (39 procent) och den lägsta bland personer från MENA (17 procent). Andelarna bland personer från Sydasien och andra världsdelar var 30 respektive 35 procent. Personer från Sydasien hade högsta andelarna som behövde mer kunskap om egna och andras rättigheter vad gäller sexualitet (36 procent), den första sexuella upplevelsen (29 procent), sexualitet och relationer (33 procent) och hiv- och STI-testning (18 procent), i jämförelse med personer från MENA (17, 16, 18 respektive 13 procent), SSA (31 procent, 15, 17 respektive 10 procent) och andra världsdelar (23, 8, 18 respektive 15 procent). Den högsta andelen som behövde kunskap om skydd mot hiv och andra STI fanns bland personer från Sydasien och SSA (21 procent vardera). Andelarna bland personer från MENA och andra världsdelar var 17 respektive 20 procent. Andelen personer från andra världsdelar (30 procent) som behövde kunskap om familjeplanering var dubbelt så hög som bland personer från MENA (15 procent). Motsvarande andelar bland personer från Sydasien och SSA var 12 respektive 13 procent. Bland personer från MENA (4 procent) fanns den lägsta andelen som behövde kunskap om kondomförhandlingsstrategier jämfört med personer från Sydasien (9 procent), SSA (8 procent) och andra världsdelar (10 procent men endast 4 personer).

Veta vart man ska vända sig vid kunskapsbehov

Totalt svarade 1 568 (bortfall: 12 procent) av 1 773 respondenter på frågor om vart man kan vända sig vid kunskapsbehov. Sex av tio (62 procent) visste vart de kunde vända sig för att få mer kunskap om sexualitet, prevention och sexuell och reproduktiv hälsa, men resterande fyra av tio (38 procent) visste inte det.

En högre andel kvinnor (71 procent) än män (60 procent) visste var de kunde få mer kunskap. Andelen bland icke-binära var 41 procent. Omvänt var det en högre andel män (40 procent) än kvinnor (29 procent) som inte visste. Andelen bland icke-binära var 59 procent.

Högst andel som visste fanns bland personer i åldern 26–29 år (67 procent), personer med gymnasial utbildning (68 procent) och personer från andra världsdelar (83 procent). Andelarna i grupperna 16–19 år och 20–25 år var 60 respektive 62 procent, och bland personer med förgymnasial eller kortare utbildning och personer med eftergymnasial utbildning var det 57 respektive 64 procent som visste var de kan få mer kunskap. Andelarna bland personer från MENA, Sydasien och SSA var 65, 50 respektive 62 procent.

Högst andel som inte visste vart de skulle vända sig fanns bland personer i åldern 16–19 år (40 procent), personer med en förgymnasial eller kortare utbildning (43 procent) och personer från Sydasien (50 procent). De lägsta andelarna fanns bland personer i åldern 26–29 år (33 procent), personer med en gymnasial utbildning (32 procent) och personer från andra världsdelar (18 procent). Andelarna bland personer i åldern 20–25 år, personer med en eftergymnasial utbildning och personer från MENA och SSA var 38, 36, 35 respektive 38 procent.

Kunskap om var man kan få tag på preventivmedel

Totalt svarade 1 580 av 1 773 respondenter på frågan om var man kan få tag på preventivmedel (bortfall: 11 procent). Mer än hälften (54 procent) uppgav att de visste, medan 21 procent inte visste och 25 procent svarade att frågan inte var aktuell för dem. En högre andel kvinnor (61 procent) än män (49 procent) visste var de kunde få preventivmedel. Omvänt uppgav en högre andel män (22 procent) än kvinnor (19 procent) att de inte visste. Andelarna bland icke-binära var 37 respektive 40 procent. Andelen som uppgav att frågan inte var aktuellt var också högre bland män (28 procent) än bland kvinnor (21 procent). Bland icke-binära var andelen 25 procent.

Den högsta andelen som inte visste var de kunde få preventivmedel fanns bland personer i åldern 16–19 år (27 procent). Motsvarande andelar var lika stora i grupperna 20–25 år och 26–29 år (18 procent). Även andelen som svarade att frågan inte var aktuellt var högst bland personer i åldern 16–19 år (28 procent). Andelarna bland grupperna 20–25 år och 26–29 år var 26 respektive 22 procent.

Högst andel som inte visste var de kunde få preventivmedel fanns bland personer med en förgymnasial eller kortare utbildning (25 procent). Motsvarande andelar bland personer med utbildning på gymnasial och eftergymnasial nivå var 22

respektive 15 procent. Det fanns ingen skillnad mellan olika utbildningsnivåer vad gäller andelen som svarade att frågan inte var aktuellt (25–26 procent).

Andelen som inte visste var de kan få preventivmedel var dubbelt så hög bland personer från Sydasiens (31 procent) och SSA (30 procent) som bland personer från MENA (16 procent), och tre gånger så hög som bland personer från andra världsdelar (10 procent, antal = 4). Andelen personer från MENA som svarade att frågan inte var aktuell (34 procent) var nästan tre gånger så hög jämfört med andelen personer från Sydasiens (12 procent) och SSA (12 procent), och dubbelt så hög jämfört med personer från andra världsdelar (17 procent).

Informationskällor för sexualitet, prevention och sexuell och reproduktiv hälsa

Totalt svarade 1 474 av 1 773 respondenter (bortfall:17 procent) på frågan om var de hämtar sin information. De vanligaste informationskällorna var: internet eller sociala medier (39 procent), kompisar (33 procent), webbsidor inom hälso- och sjukvård, t.ex. 1177, UMO.se eller YOUMO.se (31 procent), undervisning om sexualitet och relationer i skolan (26 procent), mamma (19 procent), tv eller radio (17 procent), partner (13 procent), pappa (11 procent), ungdomsmottagningen (10 procent), andra mottagningar inom hälso- och sjukvården såsom SESAM, hälsocentral, barnmorskemottagning, eller hud- och STD-mottagning (9 procent), syskon (8 procent), tryckt informationsmaterial (7 procent), elevhälsan (7 procent), andra källor (4 procent) och vårdnadshavare (2 procent).

Det var en högre andel kvinnor än män som vände sig till webbsidor inom hälso- och sjukvården (34 respektive 30 procent), sina mödrar (34 respektive 12 procent), sina partner (22 respektive 8 procent), andra mottagningar inom hälso- och sjukvården (14 respektive 7 procent), syskon (10 respektive 7 procent) eller elevhälsan (9 respektive 5 procent). Det var däremot en högre andel män än kvinnor bland de som vände sig till sociala medier (43 respektive 31 procent), kompisar (36 respektive 29 procent), undervisning i skolan (27 respektive 25 procent), tv eller radio (19 respektive 15 procent), fäder (14 respektive 6 procent), ungdomsmottagningar (11 respektive 9 procent), tryckt informationsmaterial (7 respektive 5 procent) och andra källor (5 respektive 1 procent). De vanligaste informationskällorna bland icke-binära var i följande ordning: sociala medier (43 procent), webbsidor inom hälso- och sjukvården (29 procent), kompisar (21 procent), undervisning i skolan (18 procent), tv eller radio (14 procent), ungdomsmottagningen (14 procent), elevhälsan (14 procent), partner (11 procent), syskon (11 procent), tryckt informationsmaterial (11 procent), mödrar (7 procent), fäder (4 procent men en person), andra mottagningar (4 procent, en person) och andra källor (4 procent, en person).

Personer i åldern 16–19 år hade de högsta andelarna som vände sig till undervisning i skolan (35 procent), elevhälsan (13 procent), ungdomsmottagningen (16 procent) och andra källor (5 procent), i jämförelse med personer i åldrarna 20–25 år (25, 4, 10 respektive 3 procent) och 26–29 år (18, 3, 4 respektive 3 procent).

Bland personer i åldern 20–25 år fanns högsta andelen som vände till kompisar (34 procent) jämfört med personer i åldrarna 20–25 år (32 procent) och 16–19 år (33 procent). Personer i åldern 26–29 år hade de högsta andelarna som vände sig till sociala medier (47 procent), mödrar (23 procent), tv eller radio (24 procent), partner (20 procent), andra mottagningar inom sjukvården (12 procent) och tryckt informationsmaterial (11 procent). Det är att jämföra med 29, 15, 11, 5, 6 respektive 2 procent bland personer i åldern 16–19 år och 42, 19, 19, 14, 10 respektive 8 procent bland personer i åldern 20–25 år. I alla tre åldersgrupper var det lika stora andelar som vände sig till webbsidor inom hälso- och sjukvården (31 procent) eller syskon (7–8 procent). Av de som vände sig till sina fäder var andelen nästan lika stor bland personer i åldrarna 20–25 år (12 procent) och 26–29 år (13 procent). Motsvarande andel bland personer i åldern 16–19 år var 7 procent.

Bland personer med som högst en förgymnasial utbildning fanns högsta andelen som vände sig till andra källor (5 procent). Andelarna var sedan lika stora bland personer med gymnasial och eftergymnasial utbildning (3 procent). Bland dem med en gymnasial utbildning fanns högsta andelarna som vände sig till undervisningen i skolan (29 procent) och ungdomsmottagningen (13 procent), jämfört med personerna med förgymnasial (25 respektive 11 procent) och eftergymnasial utbildning (26 respektive 7 procent). Andelen personer med gymnasial (11 procent) var nästan densamma som för eftergymnasial utbildning (10 procent) när det gäller de som vände sig till andra mottagningar. Motsvarande andel bland personer med som högst förgymnasial utbildning var 8 procent. Samma andel vände sig till elevhälsan bland personer med förgymnasial eller kortare utbildning och personer med en gymnasial utbildning (8 procent), och dubbelt så hög jämfört med personer med en eftergymnasial utbildning (4 procent). Personer med en eftergymnasial utbildning hade de högsta andelarna av de som vände sig till sociala medier (54 procent), kompisar (41 procent), webbsidor inom sjukvården (35 procent), mödrar (25 procent), tv eller radio (25 procent), partner (20 procent), fäder (18 procent), syskon (13 procent) eller tryckt informationsmaterial (13 procent), i jämförelse med personer med gymnasial utbildning (38, 32, 33, 18, 18, 13, 8, 7 respektive 7 procent) och personer med som högst en förgymnasial utbildning (30, 28, 26, 15, 12, 7, 7, 5 respektive 3 procent).

Bland personer från MENA fanns den högsta andelen som vände sig till kompisar (39 procent) och de lägsta andelarna som vände till ungdomsmottagningen (7 procent) eller elevhälsan (6 procent). Andelar som vände sig till kompisar bland personer från andra världsdelar, Sydasien och SSA var 32, 26 respektive 21 procent. De högsta andelarna av de som vände sig till ungdomsmottagningen (17 procent, lägst antal = 7) och elevhälsan (12 procent, lägst antal = 5) fanns bland personer från andra världsdelar. Andelarna bland personer från Sydasien och SSA som vände sig till ungdomsmottagningen var 16 respektive 14 procent, och lika stora när det gäller att vända sig till elevhälsan (8 procent). Personer från Sydasien (8 procent) hade den högsta andelen som vände sig till andra källor, och de lägsta andelarna som vände sig till webbsidor inom sjukvården (24 procent), mödrar (4 procent), tv eller radio (11 procent), fäder (3 procent), syskon (4 procent) och

tryckt informationsmaterial (0,4 procent eller 1 person). De lägsta andelarna som vände sig till andra källor fanns bland personer från MENA och SSA (3 procent vardera). Andelen bland personer från andra världsdelar var 7 procent (endast 3 personer). De högsta andelarna som vände sig till webbsidor inom sjukvården (44 procent) och tv eller radio (21 procent) fanns bland personer från SSA. Andelarna bland personer från MENA var 29 respektive 18 procent, och bland personer från andra världsdelar var det 32 respektive 12 procent. Bland personer från andra världsdelar fanns de högsta andelarna som vände sig till mödrar (41 procent), fäder (29 procent), syskon (10 procent, men 4 personer) och tryckt informationsmaterial (10 procent men 4 personer). Motsvarande andelar bland personer från MENA var 24, 13, 9 respektive 8 procent, och andelarna bland personer från SSA var 12, 5, 6 respektive 9 procent. Personer från andra världsdelar hade också de högsta andelarna som vände sig till sociala medier (49 procent), undervisning i skolan (41 procent), partner (24 procent) och andra mottagningar inom sjukvården (17 procent, lägst antal = 7), jämfört med personer från MENA (45, 26, 16 respektive 7 procent), Sydasiern (31, 30, 6 respektive 7 procent) och SSA (28, 23, 5 respektive 16 procent).

Lämpliga kommunikationsformer

Av de 1 159 som hade något kunskapsbehov var det 951 personer (bortfall: 18 procent) som svarade på frågor om lämpliga kommunikationsformer. De mest använda formerna var: muntlig information av en kulturell förmedlare (38 procent) eller yrkesverksam person (30 procent), skriftlig information i form av broschyrer (28 procent), elektroniska meddelanden såsom e-post eller sms (27 procent), information på webbsidor (21 procent), visuell information såsom video, bild och teater (15 procent) eller information på tv eller radio (11 procent).

Det fanns ingen stor skillnad mellan män och kvinnor som föredrog muntlig information av en kulturell förmedlare (38 respektive 39 procent) eller yrkesverksam person (29 respektive 30 procent) eller traditionella medier såsom tv eller radio (11 respektive 12 procent). Det var dock en högre andel kvinnor (29 procent) som föredrog broschyrer jämfört med män (27 procent) och en högre andel män än kvinnor som föredrog elektroniska meddelanden (29 respektive 23 procent), internet (22 respektive 20 procent) eller visuell information (19 respektive 8 procent). De mest föredragna kommunikationsformerna bland icke-binära var i följande ordning: information av en yrkesverksam person (44 procent) eller av en kulturell förmedlare (41 procent), elektroniska meddelanden (30 procent), broschyrer eller internet (22 procent), visuell information (19 procent) eller tv och radio (15 procent).

Det var nästan lika stora andelar i alla tre åldersgrupperna som föredrog information av en kulturell förmedlare (38, 39 respektive 38 procent). I grupperna 16–19 år och 26–29 år var det lika stora andelar som föredrog information av en yrkesverksam person (28 procent båda) eller information på internet (22 respektive 23 procent). Andelarna personer i åldern 20–25 år var 34 respektive 20 procent. Personer i åldern 26–29 år hade de högsta andelarna som föredrog broschyrer (36

procent), elektroniska meddelanden (30 procent), tv eller radio (13 procent) eller visuell information (17 procent) jämfört med personer i åldrarna 20–25 år (31, 29, 9 respektive 13 procent) och 16–19 år (19, 21, 11 respektive 15 procent).

Bland personer med en förgymnasial eller kortare utbildning (42 procent) fanns den högsta andelen som föredrog muntlig information av en kulturell förmedlare. Motsvarande andelar var desamma bland personer med gymnasial och eftergymnasial utbildning (35 procent vardera). Personer med en eftergymnasial utbildning hade de högsta andelarna som föredrog information av en yrkesverksam person (35 procent), broschyrer (42 procent), elektroniska meddelanden (37 procent), internet (28 procent), visuell information (21 procent) eller tv (15 procent). Näst störst andelarna fanns bland personer med en gymnasial (30, 31, 26, 23 respektive 15 procent) utbildning, med undantag av de som föredrog tv; där var andelarna nästan lika sett till personer med gymnasial (9 procent) och förgymnasial utbildning (10 procent). Personer med en förgymnasial eller kortare utbildning hade de lägsta andelarna (27, 20, 22, 17 respektive 13 procent).

Bland personer från SSA fanns den högsta andelen som föredrog information av en kulturell förmedlare (51 procent) jämfört med personer MENA (31 procent), Sydasiien (38 procent) och andra världsdelar (42 procent). Personer från andra världsdelar hade den högsta andelarna som föredrog information av en yrkesverksam person (37 procent) i jämförelse med personer från MENA (27 procent), Sydasiien (33 procent) och SSA (34 procent). Bland personer från MENA fanns de högsta andelarna som föredrog broschyrer (36 procent) eller elektroniska meddelanden (33 procent) jämfört med personer från Sydasiien (19 respektive 19), SSA (20 respektive 21) och andra världsdelar (16 respektive 21 procent). Personer från MENA hade också, tillsammans med personer från Sydasiien, de högsta andelarna som föredrog internet (24 procent vardera) eller visuell information (17 procent vardera). Andelarna som föredrog internet och visuell information bland personer från SSA var 15 respektive 10 procent, och 21 respektive 8 procent bland personer från andra världsdelar. Personer från Sydasiien (16 procent) hade den högsta andelen som föredrog information via tv eller radio jämfört med personer från MENA (9 procent), SSA (9 procent) och andra världsdelar (13 procent).

Lämpliga språk för information

Av de 1 159 som angav att de behövde mer kunskap var det 944 personer (bortfall: 14 procent) som svarade på frågor om lämpliga språk för information. Modersmål var det språk som majoriteten (75 procent) valde som lämpligt för information, följt av lätt svenska (50 procent) och därefter engelska (15 procent). Drygt 4 procent valde andra språk.

En högre andel kvinnor (76 procent) än män (72 procent) valde modersmålet, medan en högre andel män (56 procent) än kvinnor (39 procent) valde lätt svenska. Det fanns nästan lika andelar män (15 procent) och kvinnor (15 procent) bland de som valde engelska. Andelarna bland icke-binära var 68, 54 respektive 18 procent.

I gruppen 26–29 år (81 procent) fanns den högsta andelen som valde modersmålet, följt av personer i åldern 20–25 år (79 procent). Den lägsta andelen fanns i gruppen 16–19 år (63 procent), men bland dem fanns i stället högsta andelen som valde lätt svenska (60 procent). Motsvarande andelar bland personer i åldrarna 20–25 år och 26–29 år var 46 respektive 43 procent. Andelen personer i åldrarna 16–19 år och 26–29 år bland dem som valde engelska var lika stor (17 procent), och bland personer i åldern 20–25 år var det 12 procent.

Den högsta andelen som valde modersmålet fanns bland personer med en eftergymnasial utbildning (80 procent). Motsvarande andelar bland personer med gymnasial och förgymnasial eller kortare utbildning var 77 respektive 68 procent. Bland dem som valde lätt svenska hade lika stora andelar en eftergymnasial respektive en förgymnasial eller kortare utbildning (51 procent vardera). Den lägsta andelen fanns bland personer med en gymnasial utbildning (48 procent). Bland dem som valde engelska var andelen med en eftergymnasial utbildning (22 procent) dubbelt så hög jämfört med personer med en förgymnasial eller kortare utbildning (11 procent). Andelen bland personer med en gymnasial utbildning var 14 procent.

Bland personer från MENA (81 procent) fanns den högsta andelen som valde modersmålet, följt av personer från SSA (69 procent) och därefter personer från Sydasien (64 procent). Den lägsta andelen fanns bland personer från andra världsdelar (55 procent), men bland dem fanns högsta andelen av de som valde lätt svenska (63 procent) och engelska (28 procent). De lägsta andelarna bland de som valde lätt svenska och engelska fanns i stället bland personer från MENA (45 respektive 11 procent). Motsvarande andelar bland personer SSA var 52 respektive 20 procent, och bland personer från Sydasien var de 61 respektive 17 procent.

Diskussion

Resultatdiskussion

En heterogen grupp med olika förutsättningar, villkor och hälsa

Det framgår av resultaten att respondenterna skiljer sig mycket åt och innefattar människor från olika länder, i olika åldrar, med olika utbildningsnivåer och olika skäl för migration m.m. De flesta i denna studie kommer dock från konfliktdrabbade länder. Resultaten visar vidare att personer som identifierar sig som män är överrepresenterade bland respondenterna från MENA, SSA och Sydasien medan det omvända gäller för personer från andra världsdelar.

Åldersmässigt är majoriteten från Sydasien tonåringar. Dessa tonåringar utgör även den högsta andelen som väntar på beslut och som lever med kompisar eller på flyktingförläggningar. De känner sig inte som en del av det svenska samhället och saknar dessutom socialt och emotionellt stöd. Med andra ord är tonåringar från Sydasien en särskilt utsatt grupp när det gäller livsvillkor.

Det finns också skillnader i utbildningsnivå som varierar med ålder och ursprungsregion. Till exempel har personer från MENA den högsta andelen personer med en eftergymnasial utbildning, medan personer från Sydasien har den högsta andelen respondenter med som högst en förgymnasial utbildning, följt av personer från SSA. En förklaring kan vara att en stor andel unga migranter från Sydasien är 16–19 år gamla och har inte hunnit slutföra en gymnasial eller eftergymnasial utbildning. En annan möjlig förklaring är att en del kommer från länder som har varit i konflikt eller krig i många år, till exempel Afghanistan och Somalia, och de har därför inte haft möjlighet att gå till skolan eller tvingats sluta skolan i förtid (31).

Enligt resultaten är det i första hand av skyddsskäl som de flesta respondenter har flyttat till Sverige, men det är också tydligt att personer från olika områden flyttar av olika skäl. Personer från konfliktdrabbade områden flyttar mest av skyddsskäl medan personer från andra världsdelar huvudsakligen flyttar av anknytningsskäl, arbete eller annat skäl. Detta avspeglas även i att försörjningssvårigheter förekommer i högre utsträckning bland personer från de tre stora ursprungsregionerna jämfört med personer från andra världsdelar. Allt detta kan resultera i olika behov, villkor och förutsättningar för integration, generell och sexuell hälsa samt tillgång till stöd och olika samhällstjänster, inklusive SRHR-relaterade tjänster.

Majoriteten av respondenterna skattar sin generella och sexuella hälsa som bra eller mycket bra, och 76 procent av de som testat sig uppgav att de fått beskedet att de var friska. Det är inte heller särskilt förvånande att den generella hälsan skattas som bra eller mycket bra i, högre utsträckning än den sexuella. En anledning kan vara att en del har flyttat utan sin partner och väntar på familjeåterförening, medan andra saknar rätt till familjeåterförening och bor ensamma. Trots att mer än hälften var 20 år eller äldre är det endast 14 procent som uppgav att de bodde med en

partner. Vidare är det en låg andel unga som skattar sin generella hälsa som bra eller mycket bra i den här studien jämfört med UngKAB15-studien (64). Detta tyder på att unga och unga vuxna migranter mår sämre än jämnåriga i den allmänna befolkningen, vilket står i strid med den så kallade "healthy migrant effect"-teorin, vilken innebär att migranter har ett bättre hälsoutfall än befolkningen i värdlandet (82, 83). Samtidigt finns andra studier som också visat att migranter mår sämre än den allmänna befolkningen i värdländerna (84). Till exempel finns litteraturoversikter som visar att unga migranter har sämre psykisk hälsa än etniska minoriteter och infödda jämnåriga (83, 85). Andra studier tyder på att en tänkbar "healthy migrant effect" kan utmanas av migranternas kön, utbildning och ursprung eller av en åldermässig heterogenitet samt stress på grund av de sociala, kulturella, ekonomiska och känslomässiga erfarenheter som nyanlända migranter får när de försöker anpassa sig i ett nytt land (83, 86). Det går alltså inte att generalisera i fråga om migranternas hälsa eftersom det finns variationer både inom och mellan olika migrantgrupper. Det framgår av studieresultaten att vissa grupper är överrepresenterade bland de som skattade sin generella och sexuella hälsa som dålig eller mycket dålig: män, tonåringar i åldern 16–19 år, personer med som högst en förgymnasial utbildning och personer från Sydasiens. De flesta respondenter från Sydasiens härrör från Afghanistan, med en hög andel ensamkommande barn som är en väl identifierad utsatt grupp. I en nyligen genomförd studie screenades till exempel ett stort antal ensamkommande barn positivt för symtom på posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) under sin hälsoundersökning (87). Samtidigt finns det andra som skattar sin hälsa som bra eller mycket bra: kvinnor, unga vuxna i åldern 26–29 år, personer med en eftergymnasial utbildning och personer från SSA. Detta avviker från andra studier eftersom unga kvinnor tenderar att rapportera sämre självskattad hälsa än unga män (64). Könskillnaderna i självskattad hälsa kan påverkas av ålder, utbildning, vistelsetid och ursprung (83).

Kränkningar av rättigheter

Diskriminering och kränkning

Både folkhälsopolitiken och diskrimineringslagsstiftningen erkänner alla människors lika värde, rättigheter och möjligheter, och det är ett brott att diskriminera någon på grund av kön, könsuttryck, religion, ålder, etnicitet, sexuell läggning och funktionsnedsättning (23, 26). Men trots detta har respondenterna i denna studie upplevt diskriminering eller kränkning på alla dessa grunder – hela 53 procent anser att de blivit behandlade eller bemötta på ett kränkande eller diskriminerande sätt under de senaste 12 månaderna. Omfattningen är därmed högre än vad andra nationella studier visar (64, 88). De nationella studierna har visat att upplevd diskriminering på grund av kön och ålder är vanligt förekommande medan det i den här studien är vanligast med självupplevd diskriminering eller kränkning som kan kopplas etnicitet (63 procent) och religionsfobi (36 procent).

Upplevelser av diskriminering eller kränkning som har samband med ursprung och etnicitet drabbar främst män, både i tidigare studier (64, 88) och i den här, och tillsammans med religion är detta de vanligaste orsakerna till självupplevd diskriminering och kränkning. Kvinnor känner sig dock i högre utsträckning kränkta eller diskriminerade pga. religion. Andra diskrimineringsgrunder såsom kön, könsuttryck och sexuell läggning förekommer i något lägre utsträckning än i andra nationella studier (64, 88). Samtidigt avstod 13 procent av respondenterna från att svara på frågan om sexuell läggning, och nästan en femtedel uppgav att de inte är öppna inför andra med sin könsidentitet eller läggning. Detta kan vara tecken på rädsla för att bli diskriminerad pga. dessa diskrimineringsgrunder. Vidare visar resultaten att gruppen icke-binära, knappt 2 procent av alla respondenter, står för det lägsta antalet men den högsta andelen av de som känner sig diskriminerade eller kränkta pga. kön, sexuell läggning, ålder, religion eller könsuttryck, och bland dem finns högsta andelen av de som är bisexuella eller som inte är öppna med sin sexuella läggning. Med undantag för upplevd diskriminering och kränkning i andras hem och inom sjukvården var andelarna som upplevt sig diskriminerade eller kränkta på övriga platser allra högst. En studie av mexikanska transpersoner som sökte asyl i USA visar att de har tvingats fly för att undkomma upprepade överfall och hot i hemlandet där de utsatts för verbala, fysiska och sexuella övergrepp av familj, skola, samhälle och polis. De hade dessutom upplevt diskriminering i skolan och på arbetsplatser. Allt detta hade negativ inverkan på deras hälsa och möjligheter till sysselsättning, utbildning och social integration i USA (89). I den här studien är det också gruppen icke-binära som i högst utsträckning skattar sin generella och sexuella hälsa som dålig.

Det är oroväckande att både självupplevd diskriminering och kränkning och fysiskt våld är vanligt förekommande i skolan, trots att skolan – enligt skollagen – har ansvar för det förebyggande arbetet mot kränkande behandling av barn och elever. Skolpersonal måste dessutom anmäla, utreda och vidta åtgärder mot kränkande behandling (90). Skolan är därmed en viktig arena för arbetet mot våld och diskriminering. Självupplevd diskriminering eller kränkning och våld kan ge upphov till avhopp, socialt utanförskap och ohälsa med negativa konsekvenser för både samhället och de utsatta. Studier har också visat ett samband mellan självupplevd diskriminering och PTSD och dålig självskattad hälsa bland migranter oavsett ålder, utbildningsnivå och ursprungsregion (83, 91). Resultaten i denna studie visar dock att utsattheten för våld och självupplevd diskriminering skiljer sig utifrån kön, ålder, utbildningsnivå och ursprungsregion. Därför behövs en fördjupad analys för att kunna jämföra resultaten med andra studier.

Sjukvård

Tillgång till sjukvård på lika villkor är en grundläggande mänsklig rättighet som framhålls i både svenska hälso- och sjukvårdslagen och diskrimineringslagen (92). Därför är det oroväckande att 9 respektive 16 procent av de som känt sig diskriminerade eller kränkta under det senaste året uppgav att det har skett vid kontakt med sjukvården och andra myndigheter. I förlängningen kan detta bidra till

ett minskat förtroende för samhällets institutioner och göra att människor avstår från att söka hjälp (93). Andra studier visar också att personer födda utomlands avstår från att söka vård dubbelt så ofta som svenskfödda (92). Resultatet i denna studie visar vidare att cirka en tiondedel av de som avstått från att söka vård uppgav lågt förtroende för hälso- och sjukvården eller dåliga tidigare erfarenheter som skäl. Bristande kunskap om den svenska hälso- och sjukvården är dock det främsta skälet (48 procent). Det framgår också att en del av de (14 procent) som varit i kontakt med sjukvården upplevt att de behandlats på ett diskriminerande eller kränkande sätt (11 procent), utan respekt för integritet (13 procent), och att bemötandet inte var respektfullt (8 procent) eller fördomsfritt (29 procent). Samtidigt uppgav drygt en fjärdedel att deras behov inte blev tillgodosedda. Det gäller framför allt killar, tonåringar, personer med en förgymnasial eller kortare utbildning och personer med ursprung i Sydasiens eller SSA. Tidigare studier har även visat att det finns skillnader i behandling, medicinering och väntetider till läkarkontakt som har samband med patientens kön, vilket resulterar i negativa konsekvenser för både män och kvinnor. Vidare har andra studier visat att betydligt fler utlandsfödda och lågutbildade män dör i behandlingsbara sjukdomar jämfört med svenskfödda och högutbildade män (92).

Välja partner

SRHR fastställer alla människors rätt att välja sin partner utan tvång, diskriminering eller våld, oavsett kön, könsuttryck, religion, ålder, etnicitet, sexuell läggning och funktionsnedsättning. De begränsningar som förekommer i den här studien är alltså en kränkning av denna rätt, eller ett brott mot den, och därmed de mänskliga rättigheterna.

I den här studien är det en låg andel som uppgav att de fritt får välja partner, jämfört med andelen i en studie utförd av MUCF, och även där är det en låg andel unga med utländsk bakgrund som får välja sin partner jämfört med unga svenskar (54). En femtedel (22 procent) begränsar sig själva i denna studie, men det framkommer också att religion (13 procent), familjemedlemmar (10 procent) och landsmän (7 procent) begränsar individens rätt att välja sin partner. Begränsningar från familj och landsmän drabbar i högre utsträckning de yngsta och personer från Sydasiens medan religion främst är en begränsande faktor bland yngre, högutbildade och personer från MENA. Tjejer och killar drabbas i samma utsträckning. Detta tyder på att familjemedlemmar, religion och landsmän spelar en stor roll för valet av partner bland unga migranter. Följden kan bli tvångäktenskap, arrangerade äktenskap eller hedersrelaterat våld och förtryck (33, 94).

Tidigare forskning har även visat ett samband mellan religion och hedersrelaterat våld och förtryck samt en hög frekvens av våld i hederskontexter. Samtidigt påpekas att heder inte är det enda motivet bakom våld eftersom det också förekommer våld i nära relationer i dessa kontexter (95).

Övergrepp och våld

SRHR ger också alla människor rätten att bestämma över sin kropp, bland annat rätt att säga ja eller nej till sex. Resultaten visar dock att denna rätt inte är självklar för en del av de 44 procent som någon gång haft samlag, eftersom de uppger sig ha begränsade möjligheter att förhandla om när (6 procent) och hur (12 procent) de ska ha sex, eller bestämma att de inte ska ha sex. Detta drabbade i denna studie främst kvinnor, tonåringar, personer med som högst en förgymnasial utbildning och personer från SSA. Migranter, särskilt nyanländas, inställning till sex återspeglar ofta deras kulturella bakgrund, med normer och en syn på sexualitet som innebär att män har fler rättigheter och möjligheter än vad kvinnor har (37). Majoriteten av respondenterna i denna studie kommer från länder som är mindre jämställda än Sverige, med patriarkala samhällen där kulturella normer främjar manlig dominans och kvinnlig underordning, inklusive den sexuella arenan. I dessa kontexter förväntas kvinnor vara lydiga och okunniga om sex, och de tillåts inte förhandla om sex (37). Unga kvinnor och personer med som högst en förgymnasial utbildning kan dessutom sakna kunskap om sina rättigheter, vilket kan öka utsattheten för sexuellt utnyttjande.

I denna studie är det få som har erfarenhet av fysiskt våld (6 procent), i likhet med UngKAB15-studien (64), vilket gör det svårt att jämföra olika grupper och olika typer av våld. I båda finns dock vissa tendenser till att främst unga män utsätts för våld på offentliga platser medan kvinnor i högre grad utsätts för våld i hemmet av andra släktingar eller en partner (64). Det kan finnas mörkertal eftersom en ny kartläggning av hedersrelaterat våld och förtryck visar att många offer är rädda för att skada sina familjer och därför avstår från att söka hjälp och stöd.

Kartläggningen visar dessutom att allvarlig våldsutsatthet samt normer som förtrycker och begränsar människor är vanligt förekommande bland personer med vissa etniska tillhörigheter, religiösa trosuppfattningar, könsöverskridande identiteter eller uttryck, funktionsnedsättningar, sexuell läggning, ålder, socioekonomiska förhållanden och geografisk hemvist. Samtidigt framhåller författarna att målgruppen har väldigt lågt förtroende för organisationer som arbetar med hedersproblematik, vilket är oroväckande (95).

Denna studie visar också att majoriteten (64 procent) av de (25 procent) som varit utsatta för sexuella handlingar mot sin vilja avstått från att anmäla eller berätta för någon. De drabbade är främst killar (26 procent), personer i åldrarna 16–19 år (26 procent) och 20–25 år (27 procent), personer med en eftergymnasial utbildning (28 procent) och personer med ursprung i Sydasiens (37 procent), vilket tyder på att det kan handla om ensamkommande barn från Afghanistan. Sexuella övergrepp och utnyttjande av pojkar är också vanligt förekommande i Afghanistan genom så kallad ”Bacha Bazi” eller fenomenet ”danspojkar” som ofta blir utsatta för våldtäkt (61, 96). Förutom kriget kan detta vara skälet till att många unga pojkar tvingats fly från hemlandet. Vidare har sexuella övergrepp och utnyttjande av ensamkommande pojkar och ungdomar efter ankomsten till Europa identifierats och dokumenterats i Grekland och Italien (97). Dessutom har sexuellt utnyttjande av pojkar från Afghanistan, Syrien, Irak, Iran och Bangladesh beskrivits i en studie som

genomfördes i Grekland år 2017 (94). Pojkars utsatthet framkommer även i kartläggningen om hedersrelaterat våld som visat att pojkar och ungdomar som bryter mot normer om kön och heterosexualitet är mer utsatta för både begränsningar och fysiskt och sexuellt våld än vad tidigare studier visat. Samtidigt kan tabu kring sexualitet och maskulinitet göra det svårt för pojkar att prata om sexuellt våld. Pojkars utsatthet för sexuellt våld och utnyttjande är ofta förbisett och nämns mycket sällan i litteraturen. Följden kan bli att manliga offer förbises och deras unika behov inte tas hänsyn till när man utformar och implementerar hälsofrämjande och förebyggande insatser (32). Situationen kan vara ännu mer komplicerad för unga nyanlända som inte behärskar språket och inte kan tillräckligt om samhällets viktiga funktioner för att veta vart de kan vända sig.

Riskfaktorer för sexuell ohälsa, oönskade graviditeter och hiv/STI

Många faktorer är kända för att påverka ungas sexuella och reproduktiva hälsa, och de flesta anses som kontextbundna och möjliga att påverka. Riskfaktorer är faktorer som kan öka det sexuella risktagandet eller riskutsattheten. I den här studien nämns till exempel riskfaktorerna brist på socialt (29 procent) och emotionellt stöd (41 procent). De kan ha betydelse för utsatthet och sårbarhet för hiv/STI och oönskade graviditeter, och nämns särskilt av sydsasiater. Gruppen består främst av ensamkommande barn från Afghanistan, varav många har förlorat sina sociala nätverk och lever i ensamhet utan sina vårdnadshavare eller andra familjemedlemmar. Det kan innebära svårigheter med personlig utveckling, identitet, sociala relationer och uppträdande, inklusive sexuellt risktagande (37, 48, 66). Gruppen från Sydasiens har till exempel högst andel som utsatts för oönskade sexuella handlingar och som använde alkohol eller droger vid senaste sextillfället.

Preventivmedel och skydd

Ett annat exempel är att hela 27 procent av de som är sexuellt aktiva (44 procent) i studien inte använde något skydd vid senaste sextillfället. Motsvarande andel var 7 procent i den nationella UngKAB15-studien (64). Endast fyra av tio använde kondom vid sitt senaste sextillfälle för att skydda sig mot oönskade graviditeter (42 procent) eller hiv och andra STI (36 procent), något som tyder på ett sexuellt risktagande. Andelen som använde kondom vid senaste sextillfället var dock hög jämfört med studierna UngKAB15 och Ungdomsbarometern, med cirka 25 procent (64, 88). Positiva attityder till kondomanvändning är däremot vanligare i UngKAB15 än i denna studie (64). Dessutom är andelen (65 procent) som uppgav att de kunde föreslå kondom eller annat preventivmedel vid sitt senaste sextillfälle lägre än i UngKAB15 (89 procent). Hormonellt preventivmedel användes i större utsträckning i UngKAB15-studien, 50 procent jämfört med 17 procent i den här studien (64). Framtida studier behöver därför undersöka oviljan att använda hormonella metoder bland migranter. Andelen som har använt ”naturliga metoder” (säkra perioder och avbrutet samlag) är däremot mindre i UngKAB15, 3 procent mot 17 procent i den här studien (64). Den lägre användningen av säkra metoder kan öka risken för oönskade graviditeter. Detta bekräftar tidigare studier som visar

att tjejer och unga kvinnor som befinner sig i en migrationssituation löper en större risk för sexuellt överförda infektioner och oönskade graviditeter eftersom de skyddar sig i lägre utsträckning än andra unga (33, 41-43). Kvalitativa studier har också visat att migranternas attityder till preventivmedel eller skydd påverkas av olika sociokulturella faktorer, inklusive familjemedlemmarnas motstånd, längtan efter barn och påtryckningar från maka eller svärföräldrar om att få barn, kulturförbud, rädsla för biverkningar och missuppfattningar, okunskap och svårigheter att få preventivmedel (41, 45, 52). Samtidigt visar kvantitativa studier att utbildningsnivå (98), arbete, vistelsetid i mottagarlandet och ålder vid migrationen är avgörande faktorer för användningen av preventivmedel bland migranter (49).

Kunskap om var preventivmedel och annat stöd finns

En ytterligare riskfaktor är okunskap om vart man kan vända sig för att få hjälp och stöd. En femtedel av respondenterna vet inte var de kan få preventivmedel, och fyra av tio vet inte var de kan få kunskap om SRHR. Det gäller även för drygt hälften av de (17 procent) som avstått från att söka vård och en fjärdedel av de (66 procent) som aldrig testat sig för hiv eller andra STI. Liknande resultat har påvisats i en studie av thailändska kvinnor i Sverige, där mindre än hälften visste vart de skulle vända sig för att få SRH-relaterade tjänster (99). Däremot uppgav nio av tio i Ungdomsbarometern att de vet vart de ska vända sig för testning (88). Detta kan delvis förklara den låga andelen som testat sig för hiv/STI i den här studien (24 procent) och i studien med thailändska kvinnor (25 procent) (99), jämfört med UngKAB15 (53 procent) och Ungdomsbarometern (89 procent) (60, 79). Vidare har forskning visat att en del migranter är rädda för att ett positiv testresultat leder till avslag eller utvisning, och avstår därför från att testa sig (100, 101). En annan förklaring till att så få testat sig i den här studien kan vara att över hälften (56 procent) inte har sexdebuterat; resultaten visar nämligen en nästan dubbelt så hög andel hiv- och STI-testning (32 procent) bland dem som har haft sin sexdebut jämfört med andelen (18 procent) bland dem som inte haft sex. Det kan också vara anledningen till att hela 60 procent av dem som aldrig testat sig anser att det inte är viktigt att göra det. Detta tyder på omedvetenhet och okunskap om andra smittvägar än oskyddade sexuella kontakter, något som kan öka risken för både smittspridning och försenad diagnos och behandling. Av de som testat sig för hiv/STI angav de flesta att det gjort det för att de fått en kallelse till hälsoundersökning för nyanlända (67 procent), vilket visar hur viktigt det är att erbjuda hälsoundersökningen till nyanlända.

Språk

Språksvårigheter är ett annat välkänt hinder för migranternas tillgång till olika tjänster. I den här studien angav 50 procent att de behöver tolk vid kontakt med sjukvården, och hela 75 procent ville få information på modersmålet av en kulturell förmedlare. Nästan 17 procent av de som avstått från att söka vård, trots behov, uppgav att språkproblem var skälet. Detta kan delvis förklara varför fyra av tio

vänder sig till framför allt opålitliga informationskällor såsom internet och sociala medier.

En mycket låg andel uppgav att sexualundervisningen (26 procent) och ungdomsmottagningen (10 procent) är deras huvudsakliga informationskällor, jämfört med UngKAB15 och Ungdomsbarometern (64, 88). Vidare uppgav nästan hälften av de som testat sig i UngKAB15 att de vid det tillfället haft ett samtal om skydd, jämfört med en tredjedel i den här studien (64). En möjlig förklaring kan vara språkliga hinder, men även kulturella skillnader och brist på kulturell kompetens kan försvåra kommunikation mellan unga migranter och sjukvårdspersonal (100, 102, 103).

Kön, ålder, ursprung, utbildning

Riskfaktorerna som nämns i studien är dock inte jämnt fördelade utifrån kön, ålder, utbildningsnivå och ursprungsregion. Vissa grupper är mer utsatta och sårbara än andra. Till exempel finns det en större andel män och killar än tjejer och kvinnor bland de (36 respektive 43 procent) som använde kondom vid senaste sextillfället, för att skydda sig mot hiv och andra STI (48 respektive 17 procent) och för att skydda sig mot oönskade graviditeter (52 respektive 25 procent). Samtidigt är kondom användningen högst bland tonåringar, personer med en eftergymnasial utbildning och personer från andra världsdelar och Sydasiern, men lägst bland unga vuxna, personer med som högst en förgymnasial utbildning och personer från MENA och SSA.

Skyddsfaktorer för sexuell hälsa, oönskade graviditeter och hiv/STI

Normer om avhållsamhet och sen sexdebut

Skyddsfaktorer är de faktorer som kan minska det sexuella risktagandet och riskutsattheten, och öka människors förmåga att skydda sig mot hiv/STI och oönskade graviditeter samt främja sexuell hälsa. De skyddsfaktorer som nämns i denna studie är avhållsamhet från sex, särskilt bland tonåringar där 74 procent inte hade sexdebuterat, och en sen sexdebut i hela populationen, med en genomsnittsålder på 19 år. Det är att jämföra med 16 år som rapporteras i UngKAB15-studien (64). Vidare visar en studie från Linköpings universitet att ungdomar med sen sexuell debut oftare hade föräldrar som är födda utanför Europa samt oftare har låg sexuell lust, låg pornografikonsumtion, låg alkohol- och tobakskonsumtion och få antisociala beteenden. De har också mer sällan erfarenhet av sexuella övergrepp än 18-åringar som redan debuterat sexuellt (104). Tidig sexdebut (yngre än 14 år) har samband med sexuellt risktagande (fler sexpartner, erfarenhet av oral- och analsex, rökning, drog- och alkoholanvändning) och antisocialt beteende samt erfarenhet av sexuella övergrepp, något som ökar risken för oönskade graviditeter och hiv/STI (83, 105).

Förekomsten av tonårsgraviditeter i denna studie är endast 4 procent, och andelen aborter är också ganska låg, 12 procent mot 16 procent i UngKAB15(64). Detta

kan delvis bero på sen sexdebut och avhållsamhet. Fyndet strider dock mot tidigare forskning som visar att migranter genomför en högre andel aborter (106, 107) och har en högre prevalens av hiv och STI (106), men sämre tillgång till preventivmedel och rådgivning än den allmänna befolkningen i värdländerna (106, 107). Det kan finnas ett visst mörkertal i den här studien, men forskning har också visat att religiöst aktiva ungdomar är mindre benägna att vara sexuellt aktiva i jämförelse med andra ungdomar (108). Majoriteten av respondenterna i den här studien är troende muslimer och kristna, och tillhör därmed två stora religioner som främjar avhållsamhet, förbjuder abort och utomäktenskapligt sex och dessutom påverkar synen på alkoholkonsumtion och sex mot ersättning. Vidare är det endast en av tio som använde alkohol eller droger vid senaste sextillfället, och det är bara 4 respektive 2 procent som någonsin betalat eller fått ersättning för en sexuell tjänst.

Sexualundervisning och personligt ansvarstagande

Det hävdas i boken *Religion and AIDS in Africa* att sekulära beslutsfattare har förbisett dessa faktorer samt religiösa ledares kapacitet att legitimera olika typer av förebyggande strategier (108). Däremot är den allmänna opinionen i Sverige att föräldraskap hör vuxenlivet till, samtidigt som det finns en acceptans för att ungdomar har ett sexualliv. Man räknar dock med att ungdomar tar ansvar för sin sexualitet och undviker oönskade graviditeter och hiv/STI, med hjälp av preventivmedel och kondomer. Sverige har också förhållandevis få tonårsgraviditeter, trots den tillåtande synen på ungdomars sexualitet, och det är tack vare en tillgänglig hälso- och sjukvård och en sexualundervisning som bejakar sexualitet och betonar ansvarstagande (109).

Tillgång till hälso-och sjukvård samt olika behov

Resultaten visar att det råder ojämställdhet och ojämlikhet i tillgången till SRH-relaterad hälso-och sjukvård samt att det upplevda behovet varierar bland unga och unga vuxna migranter. Det är dock endast 14 procent som uppgav att de sökt någon SRH-relaterad service under senaste året, vilket delvis kan bero på att majoriteten skattade sin sexuella hälsa som bra eller mycket bra. Samtidigt uppgav 17 procent att de avstått från att söka vård som de behövt.

Bland de som har sökt SRH-relaterad service under det senaste året finns de högsta andelarna framför allt bland kvinnor (22 procent mot 10 procent av männen), men även i den äldsta åldersgruppen 26–29 år (17 procent) och personer med en eftergymnasial utbildning (16 procent), oavsett varifrån de kommer. Detta innebär att kvinnliga migranter tar mer ansvar än sina manliga motsvarigheter, som dessutom i högre utsträckning än kvinnor uppgav att de avstått från att söka vård trots behov. Resultaten tyder också på att ungdomar och tonåringar inte nyttjar de tillgängliga tjänsterna i samma utsträckning som unga vuxna, trots att den yngsta gruppen rapporterar en sämre generell och sexuell hälsa än andra åldersgrupper. Inom gruppen med en eftergymnasial utbildning fanns både en något större andel

som sökt SRH-relaterad service under det senaste året som de som avstått från att söka vård, i jämförelse med dem som har en gymnasial eller kortare utbildning.

Upplevda hinder för att söka vård

Även tidigare studier har visat att utbildningsnivå påverkar migranternas tillgång till hälso- och sjukvård, men forskning visar också att det även finns andra komplexa hinder (100, 103, 110, 111). Detta bekräftas i denna studie som visar att drygt hälften (48 procent) av de (17 procent) som avstått från att söka vård inte visste vart de skulle vända sig. Vidare var det 21 procent som avstått på grund av långa väntetider, 17 procent hade inte råd, 16 procent pga. språkbarriär och drygt 10 procent pga. misstro, dåligt bemötande eller svårigheter att nå sjukvården på telefon. I gruppen från Sydasien fanns den allra högsta andelen (23 procent) som avstått från att söka vård – trots att samma grupp rapporterade mer generell och sexuell ohälsa än personer från övriga ursprungsregioner. En möjlig förklaring är okunskap om tillgängliga tjänster eftersom gruppen från Sydasien har den största andelen (59 procent) som avstod av denna anledning, i jämförelse med andra grupper. Detta är oroväckande eftersom gruppen huvudsakligen består av ensamkommande barn, som ju är en särskilt utsatt grupp (55-57). Följden kan bli att de får en onödigt sen diagnos och behandling, med negativa konsekvenser för både individen och samhället.

Uppsökta verksamheter inom hälso- och sjukvården

Totalt rapporterar 43 procent av de (14 procent) som sökt hälso- och sjukvården under det senaste året att de vänt sig till hälsocentraler, medan drygt 20 procent besökte ungdomsmottagningar och cirka 15 procent av besöken skedde på en kvinnoklinik, barnmorskemottagning, mödrahälsovård eller okänd mottagning. Det är alltså en hög andel som besöker hälsocentraler, vilket är begripligt eftersom det främst gäller åldersgruppen 26–29 år som inte längre ingår i ungdomsmottagningarnas målgrupp. Personer med en eftergymnasial utbildning och personer från MENA har också besökt hälsocentraler i högre grad än andra grupper, oavsett kön. Det tyder på att utbildningsnivå är avgörande för tillgången till tjänster. Dessutom anses högutbildade migranter ha kunskap så att de kan få tillgång till, bearbeta och använda information för att främja sin hälsa (100).

Resultaten visar att andelen manliga unga migranter (27 procent) bland de 20 procent som vänt sig till ungdomsmottagningar (av de 14 procent som sökt vård senaste året) är dubbelt så hög som andelen kvinnor (13 procent). Detta står i kontrast till det rapporterade mönstret i den allmänna befolkningen där det främst är flickor och unga kvinnor som besöker ungdomsmottagningen (16). Detta kan delvis bero på könsbaserade kulturella normer och inställningar till ungdomars sexualitet som ofta missgynnar tjejer genom att hindra dem från att skaffa information och använda olika tjänster (51, 52). Många utrikes födda tonårstjejer kan avstå från att besöka ungdomsmottagningen eftersom de är uppväxta och lever med krav från sin familj och släkt som innebär att de måste följa vissa regler för att inte förstöra familjens anseende. Den som besöker ungdomsmottagningen kan då anses ha ett promiskuöst sexuellt beteende, liksom att tjejer som besöker

ungdomsmottagningar genomgår abort utan föräldrarnas vetskap, vilket är en missuppfattning som måste bort. Dessutom finns en intervjustudie med sjukvårdspersonal där man tar upp de manliga hälsokommunikatörer inom migrantföreningar som jobbar med förebyggande insatser mot hiv och andra STI. Personalen är orolig för att dessa män uteslutande pratar med pojkar, och att flickor ofta utelämnas från dessa samtal (100). Detta understryker vikten av att undersöka migranttjejers tillgång till och åsikter om ungdomsmottagningar, för att identifiera deras speciella behov.

Det framkommer också att andelen tonåringar i åldern 16–19 år (46 procent), bland de som besökt ungdomsmottagningar, är tre gånger så hög som andelen ungdomar i åldern 20–25 år (17 procent). En möjlig förklaring är att tonåringar har bättre chans att få information om ungdomsmottagningar via skolan. Det framgår också att tonåringar har högst andel bland de som anger skolan som informationskälla för SRH-frågor. Många nyanlända ungdomar över 18 år får dock ingen sex- och samlevnadsundervisning i skolan. Vidare visar resultaten att högst andel som vänt sig till ungdomsmottagningar under det senaste året fanns bland personer med en förgymnasial eller kortare utbildning (24 procent) och bland personer från Sydasien (29 procent). Det kan då handla om ensamkommande killar från Afghanistan, som enligt studieresultat mår sämre än andra grupper. Detta kan också bero på insatser som har varit specifikt riktade till ensamkommande nyanlända (66, 67), eller på att de vänder sig till sjukvården eftersom de inte kan få vägledning av sina familjer eller föräldrar. Bland sydasiater var det också lägst andel som uppgav pappa (3 procent) eller mamma (4 procent) som informationskälla för SRH-frågor. Det mest oroväckande är att elevhälsan endast använts av 4 procent av de som sökt vård under det senaste året, trots att tonåringar uppgav en sämre generell och sexuell hälsa än andra åldersgrupper. Dessutom är det endast 7 respektive 10 procent som angav elevhälsan och ungdomsmottagningen som informationsskällor.

Drygt 17 procent av de (14 procent) som sökt hälso- och sjukvård under det senaste året har vänt sig till kvinnokliniken eller mödravårdsvården, och naturligt nog är det mest kvinnor som har besökt dessa mottagningar. De flesta besökarna är 20 år eller äldre och har en gymnasial eller eftergymnasial utbildning, och när det gäller mödravård kommer 21 procent från MENA medan 17 procent av besökarna till kvinnokliniken kommer från MENA/Sydasien. Det kan handla om kvinnor som väljer att skaffa barn eller bilda familj, eftersom samma grupper (dvs. kvinnor, unga vuxna, personer med eftergymnasial utbildning och personer från MENA) i högst grad uppgav att skälet var mödravård och vård och eftervård vid förlossning. Resultaten lyfter fram behovet av att undersöka ojämlikheterna i tillgången till dessa tjänster och se varför vissa grupper använder dessa tjänster i lägre utsträckning än andra, för att identifiera utsatta grupper som behöver insatser. Till exempel visar en tidigare studie att gravida somaliska kvinnor gör färre och senare besök på mödravårdcentraler jämfört med svenska kvinnor, vilket ökar risken för mödradödlighet och -sjuklighet samt fosterdöd och låg födelsevikt (112).

Anledningar till att söka vård

Anledningarna till att söka hälso- och sjukvård skiljer sig åt mellan olika migrantgrupper beroende på kön, ålder, utbildning och ursprungsregion. En tredjedel angav att de besökt vården för att få preventivmedel eller relaterad information, och bland dem fanns en högre andel kvinnor (34 procent) än män (28 procent). Samma skillnad mellan kvinnor och män ses bland de som vet var man kan få preventivmedel. Detta tyder på att kvinnor tar mer ansvar än män vad gäller preventivmedel, något som också har framkommit i UngKAB15 (64). Resultaten kan även innebära att de kvinnliga migranterna vet för lite om preventivmedel, vilket andra studier har visat (44, 45, 51, 52). En kvalitativ studie genomförd i Spanien visar dock att kunskapen om preventivmedel generellt sett är stor bland kvinnliga migranter, och att kvinnor är främsta målgruppen för information om familjeplanering eftersom det finns uppfattningar om att reproduktiv hälsa är kvinnans domän (113).

Av de som besökt vården för att få preventivmedel eller relaterad information var de flesta tonåringar, personer med förgymnasial eller kortare utbildning och personer från Sydasien. Det kan vara ett tecken på att dessa grupper är mer sexuellt aktiva och möjligen i en mer utsatt situation än andra, och därför har ett stort behov av preventivmedel eller relaterad information eftersom de sexdebuterade tidigare än andra grupper. Resultatet kan också indikera att dessa grupper har för lite kunskap om preventivmedel. En amerikansk studie om attityder till familjeplanering bland sydasiatiska migranter visar att de har en generationsöverskridande kunskapsbrist när det gäller preventivmedel, oavsett utbildningsnivå (41). Fyndet betonar behovet av att nå alla unga migranter med information om preventivmedel.

Resultaten visar också att information om sexualitet och sexuell hälsa är anledningen till besöket för drygt en fjärdedel (26 procent) av de (14 procent) som sökt hälso- och sjukvård under det senaste året. Andelen män och killar (43 procent) som uppgav denna anledning är mer än tre gånger så hög som andelen kvinnor och tjejer (12 procent), och samma mönster (32 respektive 12 procent) ses bland dem som efterfrågar möjlighet att tala med någon om sexualitet och relationer. Detta speglar sannolikt normer och tabun kring sexualitet som begränsar kvinnors tillgång till sexuell upplysning och utsätter dem för STI och oönskade graviditeter (37, 51, 52). Det är angeläget att stärkas tjejers och unga kvinnors egenmakt och rätt till information om sexualitet och SRHR i det förebyggande arbetet. De som vänt sig till vården för att få sådan information är också framför allt tonåringar (46 procent), personer med en förgymnasial eller kortare utbildning (31 procent) och sydasiater (48 procent). I dessa grupper finns även högst andel som vill ha någon att tala med om sexualitet och relationer. Detta tyder på att det råder okunskap om sexualitet och sexuell hälsa samt osäkerhet om sociala koder bland tonåriga migranter, speciellt de som kommer från Sydasien. Det handlar förmodligen om ensamkommande pojkar, särskilt från Afghanistan, som lever utan sina föräldrar eller vårdnadshavare som annars skulle vägleda dem. Tidigare studier har också visat att unga migranter behöver mer kunskap om SRH-frågor

(46, 48). Resultaten betonar vikten av att undersöka om de befintliga informationskanalerna, till exempel YOUMO, möter unga migranternas behov.

Totalt 8 procent av de som sökt sig till hälso- och sjukvården angav sexuellt våld eller övergrepp som orsak, och detta svar var vanligare bland män och killar (12 procent) än kvinnor och tjejer (5 procent). Män och killar är också i majoritet av de (24 procent) som varit utsatta för sexuella handlingar mot sin vilja. Fyndet bekräftar manliga migranternas utsatthet för sexuellt våld, och lyfter fram vikten av att uppmärksamma deras speciella behov när man utformar insatser. Sexuellt våld uppges också i hög grad som anledning till besök av tonåringar (17 procent), personer med en förgymnasial eller kortare utbildning (12 procent) och personer från Sydasiens (15 procent) jämfört med övriga grupper. Detta tyder på att det kan handla om ensamkommande pojkar från Afghanistan som är en välkänd utsatt grupp vad gäller sexuellt våld. Sexuellt våld mot unga män och pojkar är också vanligt förekommande i många konfliktdrabbade områden och länder samt under flykt (55, 60). Det är möjligt att utsattheten fortsätter även efter migrationen; det framgår i alla fall av en kartläggning i Stockholm län som visar att flera barn som utsatts för människohandel, exempelvis prostitution och sexuell exploatering, är ensamkommande barn (57).

Av de som besökt hälso- och sjukvården under det senaste året ville 22 procent testa sig för könssjukdomar, något som kan vara tecken på att de haft oskyddat sex. Men det kan också vara en logisk följd av erbjudanden om hälsoundersökning som inkluderar även hiv- och STI-testning, eftersom drygt 67 procent av de som testat sig uppgav detta som anledning. Resultaten visar dock en stor skillnad mellan könen: 33 procent av de manliga besökarna uppgav att de velat testa sig för hiv/STI, men endast 14 procent av kvinnorna, trots att de sistnämnda nästan rutinmässigt testas vid preventivmedelsrådgivning eller graviditet. Fyndet står i kontrast till UngKAB15-resultat, som visar att en högre andel tjejer än killar någon gång hade testat sig för en STI (64). Det kan innebära att kvinnliga migranter underutnyttjar eller har begränsad tillgång till testning, något som behöver undersökas och uppmärksammas i det förebyggande arbetet. Vidare finns skillnader utifrån ålder, utbildningsnivå och ursprungsregion: 25 procent av tonåringar och ungdomar uppgav testning som skäl jämfört med 17 procent av de unga vuxna, liksom 33 procent av personer med en gymnasial utbildning jämfört med 21 och 16 procent av personer med en förgymnasial eller kortare respektive eftergymnasial utbildning. Det tyder på att sexuellt risktagande förekommer oftare bland unga (tonåringar och ungdomar) än bland unga vuxna som i hög grad kan antas befinna sig i stabila förhållanden. Bland personer från SSA finns också högst andel som uppger testning som anledning till besöket och som efterfrågar helgöppna mottagningar för testning och rådgivning. Det kan handla om tjejer och unga kvinnor från SSA-länder med hög förekomst av hiv och STI, t.ex. hepatit, som är mer medvetna om dessa sjukdomar än andra grupper, men det kan också bero på att de är en av de prioriterade grupperna när det gäller att förebygga vissa smittsamma sjukdomar (106).

Behov av mer kunskap och fler insatser

När det gäller behov av kunskap och tjänster finns också skillnader utifrån kön, ålder, utbildningsnivå och ursprungsregion. Drygt hälften uppgav att de inte behöver mer kunskap om SRHR, vilket delvis kan bero på att en ungefär hälften inte har haft sin sexdebut. Annars är möjlighet att tala med någon om sexualitet och relationer (26 procent) den mest efterfrågade insatsen, följt av helöppna mottagningar för testning och rådgivning (14 procent), information om var man kan få råd när klinikerna är stängda (12 procent), gratis kondomer och gratis preventivmedel (8 procent).

Det är framför allt killar, tonåringar, personer med som högst en förgymnasial utbildning och sydsasiater som efterfrågar samtal om sexualitet och relationer, vilket reflekterar okunskapen inom SRHR-frågor. Många kommer från länder där frågor som rör kroppen och sexualitet är tabubelagda, och endast en femtedel respektive en tiondedel uppgav att de vänder sig till sina föräldrar för att få information om sexualitet och SRHR. Tjejer uttrycker mindre behov av samtal om sexualitet och relationer än killar, vilket delvis kan bero på att killar sexdebuterar i genomsnitt två år tidigare. Men det kan också vara en återspeglning av könsbaserade kulturella normer som ofta styr synen på och inställningen till ungdomars sexualitet, och som anger att tjejer och unga kvinnor ska vara okunniga om sexualitet (37, 51, 52). Det gäller därför att överbrygga klyftan mellan den svenska och hemlandets syn på ungdomars sexualitet genom tidig information och bättre tillgång till hälso- och sjukvården där man kan uppmärksamma unga migranternas specifika behov. Behov och önskemål om gratis kondomer är också vanligare bland män och de yngsta respondenterna, som även använder kondomer i större utsträckning än tonårstjejer som föredrar hormonell metod. Det finns landsting och regioner som erbjuder gratis kondomer till unga, och det är angeläget att även unga migranter tar del av dessa insatser. Kvinnor, ungdomar och unga vuxna har däremot uttryckt störst behov av gratis preventivmedel och helöppna kliniker för testning och rådgivning samt information om var man kan få råd när mottagningar är stängda. Detta tyder på att ungdomar och unga vuxna saknar kunskap om tjänster såsom 1177 Vårdguiden som är tillgänglig dygnet runt. Preventivmedel är också subventionerade för personer upp till 20 år eller 25 år, beroende på var man befinner sig i landet (114). Men det är främst unga vuxna, alltså personer i åldern 26–29 år (11 procent), personer med en eftergymnasial utbildning (13 procent) och personer från andra världsdelar (18 procent) som efterfrågar gratis preventivmedel. Med undantag för personer från andra världsdelar finns i dessa grupper även högst andel som genomfört abort i Sverige.

Förutom familjeplanering är det mest killar och unga män som vill ha mer kunskap inom de flesta områden (kroppen, rättigheter, första sexuella upplevelsen, samtal om sexualitet och relationer, förhandling om kondomanvändning och sätt att skydda sig mot hiv och andra STI). Detta talar för att tjejer är mer rädda för en oönskad graviditet medan killar är mer rädda för könssjukdomar och främst bryr sig om sin egen sexualitet. Detta pekar mot de könsnormer och rollfördelningar som anger att reproduktion är kvinnors domän och sexualitet hör till mäns domän

(37, 113). Kunskapsbehoven reflekterar även respondenternas åldersgrupper. Bland tonåringar finns till exempel högst andel som vill ha mer kunskap om kroppen och den första sexuella upplevelsen, medan högst andel som vill ha kunskap om familjeplanering finns bland unga vuxna. De flesta som uttrycker ett kunskapsbehov kommer från Sydasiens eller SSA, vilket delvis kan bero på att andelen med en eftergymnasial utbildning är högre bland personer från MENA och andra världsdelar. Dessa personer har därmed bättre förutsättningar att på egen hand skaffa, bearbeta och använda information. De står även för de högsta andelarna bland de 40 procent som anser att de inte behöver mer kunskap.

Metoddiskussion

Urvalsgruppen och datainsamling

Resultaten från studien är baserat på 1 773 deltagare. Datainsamlingen genomfördes via tre olika arenor:

1. fysiska platser, huvudsakligen skolor
2. hemskickat brev genom SCB
3. webbaserad enkät som annonserades framför allt genom sociala medier.

Av de som vi träffade personligen i skolorna tackade 85 procent ja till att delta, kanske för att de kunde träffa en medarbetare som förklarade och besvarade deras frågor. Då fick de en förståelse för studiens syfte, och vid behov stöd under ifyllandet av enkäten. En stor del av de skolor som kontaktades tackade dock nej till att delta i studien, bl.a. pga. tidsbrist. Många lärare och ansvariga som vi besökte var också rädda för att frågorna och syftet med studien skulle vara svåra att förstå, och tackade därför nej till att delta. En del lärare hade också meddelat studenterna i förväg att deltagandet var frivilligt utan att förklara syftet eller nyttan med studien, så i några skolor träffade vi färre elever än vad vi hoppats på. Detta kan dock också ha bidragit till högre svarsfrekvens eftersom de elever som hade tid och intresse hade stannat kvar. Därför bör svarsfrekvensen 85 procent tolkas mot bakgrund av ovanstående. Svarsfrekvensen på enkäter som SCB skickade var 15 procent, vilket är något lägre än 26 procent för nationella enkäten UngKAB15 som riktade sig till samma åldersgrupp (16–29 år).

Resultaten från de olika arenorna kan skilja sig åt beroende på deltagarnas olikheter med avseende på exempelvis ursprungsland, kön, utbildningsnivå eller om familjemedlemmar eller kamrater fanns med under datainsamlingen. Dock tror vi att användningen av olika arenor var värdefull för att nå en bredare grupp av migranter. Utifrån detta är det svårt att veta hur representativa de svarande egentligen är, och det är viktigt att komplettera denna studie med fördjupningsstudier. Samtidigt hör majoriteten av respondenterna i denna studie till de största migrantgrupperna i Sverige.

Ursprungsland och vistelsetid

Vi måste uppmärksamma att vår urvalsgrupp består av 43 procent syrier, 17 procent afghaner, 10 procent eritreaner, 8 procent somalier och 7 procent irakier. Totalt kommer 85 procent av urvalsgruppen från dessa fem länder, men det är inte representativt för gruppen utländskt födda personer i Sveriges befolkning även om det delvis kan vara representativt för gruppen nyanlända migranter. Resultaten visar också att 76 procent av deltagarna hade bott i Sverige i tre år eller mindre. Dessutom hade 67 procent av deltagarna fått uppehållstillstånd år 2015 eller senare, och ytterligare 11 procent väntade fortfarande på beslut om uppehållstillstånd. Därför bör man vara försiktig med att generalisera resultaten, och vi kan inte dra slutsatser om alla migranter i Sverige utifrån vår studie.

Resultaten som stratifierades efter kön

Totalt 63 procent av deltagarna var män och 35 procent kvinnor. Detta resultat kan delvis förklaras av migrationsmönster, med en större andel unga män än unga kvinnor som har flyttat till Sverige på senare år. Exempelvis var enligt SCB 63 procent av alla syrier i Sverige 15–29 år män, och 37 procent var kvinnor år 2017. Vidare var 82 procent av personerna från Sydasiens män.

Resultatet visar också att 2 procent (34 personer) valde ett annat alternativ på kön än man eller kvinna. Detta inkluderar alternativen: icke-binär (antal = 12), vet ej (antal = 11), vill inte svara (antal = 10) och annat (antal = 1). På grund av det låga antalet bör resultatet tolkas med försiktighet, och det går inte att dra några slutsatser om ”icke-binära”.

Studiedesign och möjlighet till jämförelse med UngKAB15

En styrka med studien är att enkäten fanns på olika språk (arabiska, dari, somaliska, tigriniska, engelska och svenska), var anpassad kulturellt och testades i pilotstudien, vilket säkrade kvaliteten på enkäten och underlättade genomförandet av studien. De valda språken täcker inte in alla migranter, men dessa språk representerar de vanligaste språkgrupperna bland migranter i Sverige. Studien är alltså mer anpassad till målgruppen än de nationella enkäterna som vanligtvis skickas hem och som är skrivna på svenska.

En stor del av frågorna i studien är direkt jämförbara med frågor i nationella studien UngKAB15. Det är dock svårt att jämföra resultaten eftersom det i vår studie inte går att göra någon bortfallsanalys eller använda kalibreringsvikter för att stärka representativiteten.

Bortfall

En tabell med antalet och andelen bortfall för varje fråga är bifogad (bilaga 3). Andelen bortfall varierar mellan frågorna, med högst andel på känsliga frågor och frågorna med delfrågor, exempelvis fråga 27: ”Under ditt senaste besök, hur väl stämmer följande påståenden?” som har fem delfrågor. Detta kan bero på att några hade svårt att förstå frågan och svarade på en av delfrågorna. En annan fråga med

hög andel bortfall är frågan om graviditet: ”Har du eller en partner till dig någon gång varit gravid?” Detta kan bero på att en högre andel män inte tyckte att frågan var inriktad till dem.

Bortfallet kan också bero på att en femtedel av deltagarna uppfattade frågorna som känsliga och privata. Detta kan förklara varför 13 procent av deltagarna har valt alternativet ”kan/vill inte svara” på frågan om sexuell läggning.

Referenser

1. Starrs AM, Ezeh AC, Barker G, Basu A, Bertrand JT, Blum R, et al. Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission. *The Lancet*. 2018;391(10140):2642-92.
2. The United Nations. Report of the Fourth World Conference on Women : (Beijing, 4-15 September 1995). [New York]: United Nations; 1996.
3. United Nations. International Conference on Population and Development (ICPD), Cairo 1994. ICPD [Internet]. 1994.
4. WHO. Sexual health and its linkages to reproductive health: an operational approach: World Health Organisation; 2017.
5. World Health Organization. Defining Sexual Health: Report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002, Geneva 2006.
6. Regeringen. Sveriges internationella politik för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter [Elektronisk resurs]. Stockholm: Regeringskansliet, Utrikesdepartementet; 2006.
7. Socialstyrelsen & Folkhälsomyndigheten. Underlag till nationell strategi för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
8. UNESCO. People on the Move Handbook of selected concepts and terms: The Hague process on Refugees and Migration Foundation (THP)- UNESCO Section on International Migration and Multicultural Policies 2008. Available from: <http://unesdoc.unesco.org/images/0016/001636/163621e.pdf>.
9. UNHCR. 'Refugees' and 'Migrants' – Frequently Asked Questions (FAQs)2016 [cited 2018 15 December]. Available from: <https://www.unhcr.org/en-us/news/latest/2016/3/56e95c676/refugees-migrants-frequently-asked-questions-faqs.html>.
10. IOM. Glossary on migration : international migration law. Geneva: International Organization for Migration (IOM); 2004.
11. Regeringskansliet. Begreppet invandrare: användningen i myndigheters verksamhet. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer; 2000.
12. Statistiska centralbyrån. Syrien vanligaste födelselandet bland invandrade 20162017 [cited 2018 30 september]. Available from: <http://www.scb.se/hitta-statistik/artiklar/2017/Syrien-vanligaste-fodelselandet-bland-invandrade-2016/>.
13. Migrationsverket. Olika skäl för uppehållstillstånd 2018. Available from: <https://www.migrationsverket.se/Om-Migrationsverket/Migration-till-Sverige/Olika-skal-for-uppehallstillstand.html>.
14. Regeringskansliet. Lag (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd 2013. Available from: http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2013407-om-halso--och-sjukvard-till-vissa_sfs-2013-407.
15. Regeringskansliet. Lag (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. t.o.m. SFS 2017:5802017. Available from: http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2008344-om-halso--och-sjukvard-at_sfs-2008-344.
16. Regeringen. Nationell strategi mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar [Elektronisk resurs]: Regeringskansliet; 2017. Available from: <https://www.regeringen.se/4ad776/globalassets/regeringen/dokument/socialdepartementet/fokhalsa-och-sjukvard/nationell-strategi-mot-hiv-aids-och-vissa-andra-smittsamma-sjukdomar.pdf>
17. Ungdomsstyrelsen. Ungdom och Ungdomspolitik - Ett svenskt perspektiv 2010. Available from: https://www.mucf.se/sites/default/files/publikationer_uploads/unqdom-och-unqdomspolitik.pdf.

18. Löfberg C, Kindahl S. När unga behöver skydd och stöd : ungas sexuella och reproduktiva rättigheter. Stockholm: Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällsfrågor; 2015. Available from: https://www.mucf.se/sites/default/files/publikationer_uploads/nar-unga-behover-skydd-och-stod-fokus15-del_3.pdf.
19. The Global Migration Group (GMG). Migration and Youth: Challenges and Opportunities 2014. Available from: http://www.globalmigrationgroup.org/system/files/23_Key_Messages_and_Policy_Recommendations.pdf.
20. The United Nations. International Migration Report 2017: Highlights (ST/ESA/SER.A/404): The United Nations; 2017. Available from: https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/migrationreport/docs/MigrationReport2017_Highlights.pdf.
21. Europaparlamentet. Antagna Texter -Utvecklingen avseende FN:s globala pakter för säker, ordnad och reguljär migration och om flyktingar: Europaparlamentets resolution av den 18 april 2018 om framstegen när det gäller FN:s globala pakter för säker, ordnad och reguljär migration samt om flyktingar (2018/2642(RSP)) 2018 Juli 16. Available from: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//NONSGML+TA+P8-TA-2018-0118+0+DOC+PDF+V0//SV>.
22. Regeringskansliet. Att förändra vår värld : Agenda 2030 för hållbar utveckling. Stockholm: Regeringskansliet; 2016. Available from: <http://www.unesco.se/wp-content/uploads/2016/03/Att-foeraendra-v--r-vaerld--Agenda-2030-foer-h--llbar-utveckling.pdf>.
23. Regeringen. Prop. 2017/18:249 God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik Regeringskansliet; 2018. Available from: https://www.regeringen.se/498282/contentassets/8d6fca158ec0498491f21f7c1cb2fe6d/prop.-2017_18_249-god-och-jamlik-halsa--en-utvecklad-folkhalsopolitik.pdf.
24. Regeringskansliet. Regeringens jämställdhetspolitik. Stockholm: Regeringskansliet; 1998.
25. Regeringskansliet. En strategi för lika rättigheter och möjligheter oavsett sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck [Elektronisk resurs] 2014. Available from: <http://www.regeringen.se/sb/d/16973/a/231350>.
26. Regeringskansliet. Diskrimineringslag (2008:567) Regeringskansliet; 2017. Available from: http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/diskrimineringslag-2008567_sfs-2008-567.
27. The UN Refugee Agency. Global Trends- Forced Displacement in 2017: UNHCR; 2018. Available from: <http://www.unhcr.org/5b27be547.pdf>.
28. Statistiska centralbyrån. Sveriges folkmängd från 1749 och fram till idag 2018. Available from: <http://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-sverige/befolkningsutveckling/>.
29. Migrationsverket. Statistik. Inkomna ansökningar om asyl -2015: Migrationsverket; 2016. Available from: <http://www.migrationsverket.se/Om-Migrationsverket/Statistik/Oversikter-och-statistik-fran-tidigare-ar/2015.html>.
30. Statistiska centralbyrån. Tabeller och diagram: Befolkning efter födelseland och ursprungsland 31 december 2018 Befolkningsstatistik [Internet]. 2019 [cited 2019 22 mars]. Available from: <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/befolkning/befolkningens-sammansattning/befolkningsstatistik/>.
31. Statistiska centralbyrån. Utbildningsbakgrund bland utrikes födda [Elektronisk resurs]. Stockholm: Statistiska centralbyrån; 2018. Available from: https://www.scb.se/contentassets/e9353be5b6624556a8c695c2e348a8c2/uf0506_2017a01_br_a4_0br1805.pdf.
32. Mason-Jones AJ, Nicholson P. Structural violence and marginalisation. The sexual and reproductive health experiences of separated young people on the move. A rapid review with relevance to the European humanitarian crisis. Public health [Internet]. 2018; 158:[156-62 pp.].

33. Sahbani S, Al-Khateeb M, Hikmat R. Early marriage and pregnancy among Syrian adolescent girls in Jordan; do they have a choice? Pathogens and global health [Internet]. 2016; 110(6):[217 p.].
34. Hopkinson RA, Keatley E, Glaeser E, Erickson-Schroth L, Fattal O, Nicholson Sullivan M. Persecution experiences and mental health of LGBT asylum seekers. Journal of homosexuality [Internet]. 2017; 64(12):[1650-66 pp.]. Available from: <https://www.tandfonline.com.proxy.ub.umu.se/doi/pdf/10.1080/00918369.2016.1253392?needAccess=true>.
35. Sandfort T, Anyamele C, Dolezal C. Correlates of sexual risk among recent gay and bisexual immigrants from Western and Eastern Africa to the USA. Journal of Urban Health [Internet]. 2017; 94(3):[330-8 pp.]
36. UNICEF. Uprooted: The growing crisis for refugee and migrant children: UNICEF; 2016. Available from: https://www.unicef.org/publications/files/Uprooted_growing_crisis_for_refugee_and_migrant_children.pdf.
37. Folkhälsomyndigheten. Migration, sexuell hälsa och prevention : två kunskapsöversikter med fokus på risktagande och riskutsatthet i samband med migration. Stockholm: Smittskyddsinstitutet (SMI); 2012. Available from: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12840/migration-prevention-sexuell-halsa.pdf>.
38. Sastre F, Sanchez M, De La Rosa M. Changes in pre-to post-immigration HIV risk behaviors among recent Latino immigrants. AIDS Education and Prevention [Internet]. 2015; 27(1):[44-57 pp.]
39. Hossain MM, Sultana A, Das A. Gender-based violence among Rohingya refugees in Bangladesh: a public health challenge. Indian journal of medical ethics [Internet]. 2018:[1-2 pp.]. Available from: <https://ijme.in/articles/gender-based-violence-among-rohingya-refugees-in-bangladesh-a-public-health-challenge/?galley=pdf>.
40. Sauer PJ, Neubauer D. Female genital mutilation: a hidden epidemic (statement from the European Academy of Paediatrics). European journal of pediatrics [Internet]. 2014; 173(2):[237-8 pp.]
41. Farid H, Siddique SM, Bachmann G, Janevic T, Pichika A. Practice of and attitudes towards family planning among south Asian American immigrants. Contraception [Internet]. 2013; 88(4):[518-22 pp.]
42. Parker AL, Parker DM, Zan BN, Min AM, Gilder ME, Ringringulu M, et al. Trends and birth outcomes in adolescent refugees and migrants on the Thailand-Myanmar border, 1986-2016: an observational study. Wellcome Open Research [Internet]. 2018; 3.
43. Yago TS, Tomás CA. Sociodemographic and clinical data predicting unplanned pregnancy in young 13 to 24 years, Spain. Revista española de salud pública [Internet]. 2014; 88(3):[395-406 pp.].
44. Craig AD, Dehlendorf C, Borrero S, Harper CC, Rocca CH. Exploring young adults' contraceptive knowledge and attitudes: disparities by race/ethnicity and age. Women's Health Issues [Internet]. 2014; 24(3):[281-9 pp.]
45. Watts NC, Liamputtong MC, Pranee Carolan M. Contraception knowledge and attitudes: truths and myths among African Australian teenage mothers in Greater Melbourne, Australia. Journal of clinical nursing [Internet]. 2014; 23(15-16):[2131-41 pp.]
46. Flodström E. Unga irakiers syn på sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter : tema: invandrades hälsa och möten med den svenska hälso- och sjukvården. 2012; (2):[140-9 pp.]. Available from: <http://www.socialmedicinskritidskrift.se/>.
47. Tiittala P, Kivelä P, Liitsola K, Ollgren J, Pasanen S, Vasankari T, et al. Important Gaps in HIV Knowledge, Attitudes and Practices Among Young Asylum Seekers in Comparison to the General Population. Journal of immigrant and minority health [Internet]. 2018:[1-9 pp.]
48. UMO. Vad behöver unga nyanlända? En studie av ensamkommandes och andra unga nyanländas behov när det gäller frågor kring sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) och psykisk

- hälsa. 2016. Available from: <https://www.umo.se/globalassets/umo/block/standardtexter/umo-rapport-vad-behover-unga-nyanlanda.pdf>
49. Omland G, Ruths S, Díaz E. Use of hormonal contraceptives among immigrant and native women in Norway: data from the Norwegian Prescription Database. *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* [Internet]. 2014; 121(10):[1221-8 pp.]
 50. Wray A, Ussher JM, Perz J. Constructions and experiences of sexual health among young, heterosexual, unmarried Muslim women immigrants in Australia. *Culture, health & sexuality* [Internet]. 2014; 16(1):[76-89 pp.]
 51. Kingori C, Ice GH, Hassan Q, Elmi A, Perko E. 'If I went to my mom with that information, I'm dead': sexual health knowledge barriers among immigrant and refugee Somali young adults in Ohio. *Ethnicity & health* [Internet]. 2018; 23(3):[339-52 pp.]
 52. Metusela C, Ussher J, Perz J, Hawkey A, Morrow M, Narchal R, et al. "In My Culture, We Don't Know Anything About That": Sexual and Reproductive Health of Migrant and Refugee Women. *International journal of behavioral medicine* [Internet]. 2017; 24(6):[836-45 pp.]
 53. Botfield JR, Newman CE, Zwi AB. Drawing them in: professional perspectives on the complexities of engaging 'culturally diverse' young people with sexual and reproductive health promotion and care in Sydney, Australia. *Culture, Health & Sexuality* [Internet]. 2017; 19(4):[438-52 pp.]
 54. Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällsfrågor. Särskilt utsatta ungdomsgrupper : ungas sexuella och reproduktiva rättigheter. Stockholm: Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällsfrågor; 2016. Available from: https://www.mucf.se/sites/default/files/publikationer_uploads/sarskilt-utsatta-ungdomsgrupper-fokus15-del2.pdf
 55. Freccero J, Biswas D, Whiting A, Alrabe K, Seelinger KT. Sexual exploitation of unaccompanied migrant and refugee boys in Greece: Approaches to prevention. *PLoS medicine* [Internet]. 2017; 14(11):[e1002438 p.]
 56. Socialstyrelsen. Ensamkommande barns och ungas behov – en kartläggning [Elektronisk resurs]: Socialstyrelsen; 2013. Available from: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2013-11-37.pdf>
 57. Landberg Å, Jonsson L, Svedin CG. Den långa resan - möten med barn som misstänks vara utsatta för människohandel och sexuell exploatering [Elektronisk resurs]: Länsstyrelsen i Stockholms län; 2015. Available from: <http://www.lansstyrelsen.se/stockholm/SiteCollectionDocuments/Sv/publikationer/2015/den-langa-resan.pdf>.
 58. Petersson CC, Plantin L. Breaking with Norms of Masculinity: Men Making Sense of Their Experience of Sexual Assault. *J Clinical Social Work Journal*. 2019:1-12.
 59. Björklund I, Boman S. Män utsatta för sexuella övergrepp : erfarenheter från ett psykoterapeutiskt arbete. Stockholm: RFSU; 2016. Available from: <https://www.rfsu.se/globalassets/pdf/man-utsatta-for-sexuella-overgrepp.pdf>
 60. Chynoweth SK, Freccero J, Touquet H. Sexual violence against men and boys in conflict and forced displacement: implications for the health sector. *Reproductive health matters* [Internet]. 2017; 25(51):[90-4 pp.].
 61. Arpi I. Flyktingpojkar utnyttjas sexuellt. *Svenska Dagbladet* [Internet]. 2016. Available from: <https://www.svd.se/flyktingpojkar-utnyttjas-sexuellt>.
 62. Pachankis JE, Hatzenbuehler ML, Berg RC, Fernández-Dávila P, Mirandola M, Marcus U, et al. Anti-LGBT and anti-immigrant structural stigma: An intersectional analysis of sexual minority men's HIV risk when migrating to or within Europe. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* [Internet]. 2017; 76(4):[356-66 pp.]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5659919/pdf/nihms896995.pdf>.

63. Tanner AE, Reboussin BA, Mann L, Ma A, Song E, Alonzo J, et al. Factors influencing health care access perceptions and care-seeking behaviors of immigrant Latino sexual minority men and transgender individuals: baseline findings from the HOLA intervention study. *Journal of health care for the poor and underserved* [Internet]. 2014; 25(4):[1679 p.]
64. Folkhälsomyndigheten. Sexualitet och hälsa bland unga i Sverige – UngKAB15 – en studie om kunskap, attityder och beteende bland unga 16–29 år [Elektronisk resurs] 2017. Available from: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/11272529714342b390d40fe3200f48cf/sexualitet-halsa-bland-unga-sverige-01186-2017-1-webb.pdf>
65. Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor. Rätten till kunskap : ungas sexuella och reproduktiva rättigheter. Stockholm: Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor; 2016. Available from: https://www.mucof.se/sites/default/files/publikationer_uploads/ratten-till-kunskap-fokus15-del1.pdf.
66. Höög K, Shalmashi S, Gustavsson E. Sex och samlevnad i en ny värld-Ett projekt för ensamkommande flyktingungdomar Stockholms läns landsting, LAFA; 2013. Available from: <https://www.kcsh.se/Documents/Sex%20och%20samlevnad%20i%20en%20ny%20värld.pdf>.
67. Österlund M. Sexualitet och hälsa: Rapport om utbildning för boendepersonal i Stockholms stad: Stockholm läns landsting; 2018. Available from: https://www.kcsh.se/Documents/Rapporter/Sexualitet%20halsa_webb.pdf.
68. Regeringen. Förordning (2013:1020) med instruktion för Folkhälsomyndigheten. Stockholm 2013.
69. Dahlén S, Birgersson Nordling C. Youmo i praktiken : en vägledning om att samtala med unga nyanlända om frågor som rör hälsa, sexualitet och jämställdhet. Stockholm: Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor; 2017.
70. UMO. Youmo.se: Hälsa och jämställdhet för unga på flera språk 2017. Available from: https://www.umo.se/globalassets/umo/block/informationsmaterial/slutgiltigt_rapport_a5_tryck.pdf.
71. RFSL. Newcomers Youth2017 16 november Available from: <https://newcomersyouth.se/om-oss/>
72. Regeringskansliet. FN:s konventioner om mänskliga rättigheter. Stockholm: Regeringskansliet ;; 2007. Available from: <https://www.regeringen.se/49baf9/contentassets/d6d5653029e14e338a4b86f5f4b34c6b/fns-konventioner-om-manskliga-rattigheter>
73. Malarcher S. Social determinants of sexual and reproductive health: Informing future research and programme implementation 2010. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44344/1/9789241599528_eng.pdf.
74. World Health Organization. The Right to Health Fact Sheet no. 31. Geneva: WHO; 2008. Available from: http://www.who.int/hhr/activities/Right_to_Health_factsheet31.pdf.
75. United Nations. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights: United Nations Human Rights : Office of the High Commissioner; 1966. Available from: <http://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/cescr.pdf>.
76. UN Committee on Economic SaCRC. General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12 of the Covenant). 2000.
77. Fokhälsomyndigheten. Folkhälsans utveckling - årsrapport 2017 [Elektronisk resurs]: Folkhälsomyndigheten; 2017. Available from: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/9de83d1af6ce4a429e833d3c8d7ccf85/folkhalsans-utveckling-arsrapport-2017-16136-webb2.pdf>.
78. Folkhälsomyndigheten. Folkhälsans utveckling – Årsrapport 2018 [Elektronisk resurs] 2018. Available from: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/577b81a929364c6da074a391e29c134d/folkhalsans-utveckling-arsrapport-2018-18001.pdf>.
79. Lavrakas PJ. *Encyclopedia of survey research methods*: Sage Publications; 2008.

80. Keygnaert I, Vettenburg N, Roelens K, Temmerman M. Sexual health is dead in my body: participatory assessment of sexual health determinants by refugees, asylum seekers and undocumented migrants in Belgium and the Netherlands. *J BMC Public Health* [Internet]. 2014; 14(1):[416 p.]. Available from: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2458-14-416>.
81. NATSAL. The National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles Questionnaire: The British National Surveys of Sexual Attitudes and lifestyles; 2010. Available from: http://www.natsal.ac.uk/media/2097/final-questionnaire_technical-report-appendix-b.pdf.
82. La Parra-Casado D, Stornes P, Solheim EF. Self-rated health and wellbeing among the working-age immigrant population in Western Europe: findings from the European social survey (2014) special module on the social determinants of health. *The European Journal of Public Health* [Internet]. 2017; 27(suppl_1):[40-6 pp.]
83. Pfarwaller E, Suris J-C. Determinants of health in recently arrived young migrants and refugees: a review of the literature. *Italian Journal of Public Health* [Internet]. 2012; 9(3). Available from: <https://ijphjournal.it/article/viewFile/7529/6788>.
84. Nielsen SS, Krasnik A. Poorer self-perceived health among migrants and ethnic minorities versus the majority population in Europe: a systematic review. *International journal of public health* [Internet]. 2010 [cited 2018 November 30]; 55(5):[357-71 pp.]. Available from: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs00038-010-0145-4.pdf>.
85. Borsch AS, de Montgomery CJ, Gauffin K, Eide K, Heikkilä E, Smith Jervelund S. Health, Education and Employment Outcomes in Young Refugees in the Nordic Countries: A Systematic Review. *Scandinavian Journal of Public Health* [Internet]. 2018.
86. Setia MS, Lynch J, Abrahamowicz M, Tousignant P, Quesnel-Vallee A. Self-rated health in Canadian immigrants: analysis of the Longitudinal Survey of Immigrants to Canada. *Health & Place* [Internet]. 2011; 17(2):[658-70 pp.]
87. Salari R, Malekian C, Linck L, Kristiansson R, Sarkadi A. Screening for PTSD symptoms in unaccompanied refugee minors: a test of the CRIES-8 questionnaire in routine care. *Scandinavian journal of public health* [Internet]. 2017; 45(6):[605-11 pp.]
88. Folkhälsomyndigheten. Ungdomar och Sexualitet 2014/15 i samarbete med Ungdomsbarometern: Folkhälsomyndigheten; 2016. Available from: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/globalassets/livsvillkor-levnadsvanor/hiv-sti-prevention/preventionsgrupper/uungdomsbarometern-2014.pdf>.
89. Cheney MK, Gowin MJ, Taylor EL, Frey M, Dunnington J, Alshuwaiyer G, et al. Living outside the gender box in Mexico: Testimony of transgender mexican asylum seekers. *American journal of public health*. 2017;107(10):1646-52.
90. Regeringskansliet. Skollag (2010:800). Stockholm: Regeringskansliet; 2010. Available from: http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/skollag-2010800_sfs-2010-800.
91. Rodríguez-Álvarez E, González-Rábago Y, Borrell LN, Lanborena N. Perceived discrimination and self-rated health in the immigrant population of the Basque Country, Spain. *Gaceta sanitaria* [Internet]. 2017; 31(5):[390-5 pp.].
92. Diskrimineringsombudsmannen;. Rätten till sjukvård på lika villkor: rapport. Stockholm: Diskrimineringsombudsmannen (DO); 2012. Available from: <http://www.do.se/sv/Material/Ratten-till-sjukvard-pa-lika-villkor>
93. Diskrimineringsombudsmannen. Upplevelser av diskriminering: en sammanfattande rapport samt analys baserat på en kvalitativ undersökning om upplevd diskriminering. Stockholm: Diskrimineringsombudsmannen, DO; 2010.
94. Digidiki V, Bhabha J. Emergency within an emergency: the growing epidemic of sexual abuse and exploitation of migrant children in Greece. Boston: FXB Center for Health and Human Rights at

- Harvard University; 2017. Available from: <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Emergency-Within-an-Emergency-FXB.pdf>.
95. Strid S, Enelo J-M, Cinthio H, Baianstovu RÍ. Det hedersrelaterade våldets och förtryckets uttryck och samhällets utmaningar. En kartläggning i Göteborg, Malmö och Stockholm 2017–2018 [Elektronisk resurs] Del III: Redovisning av den kvantitativa delstudien i Stockholm. Stockholm: Stockholm stad; 2018. Available from: <https://malmo.se/download/18.578ac132166b2bd8d609f81/1541751689593/Det+hedersrelaterade+v%C3%A5ldets+och+f%C3%B6rtryckets+uttryck+och+samh%C3%A4llets+utmaningar+-+2018+Malm%C3%B6+stad.pdf>
 96. Regeringskansliet. Mänskliga rättigheter, demokrati och rättsstatens principer i Afghanistan 2015-2016 2017. Available from: <https://www.regeringen.se/498ac6/contentassets/3f6f0c81b6df420a82f462bed070d62b/afghanista-n---manskliga-rattigheter-demokrati-och-rattsstatens-principer-2015-2016.pdf>.
 97. Damon A, Arvanitidis B, Nagel C. The Teenage Refugees Selling Sex on Athens Streets. Cable News Network. 2015.
 98. Poncet LC, Huang N, Rei W, Lin Y-C, Chen C-Y. Contraceptive use and method among immigrant women in France: relationship with socioeconomic status. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care* [Internet]. 2013; 18(6):[468-79 pp.].
 99. Åkerman E, Östergren P-O, Essén B, Fernbrant C, Westerling R. Knowledge and utilization of sexual and reproductive healthcare services among Thai immigrant women in Sweden. *J BMC international health* [Internet]. 2016; 16(1):[25 p.]. Available from: <https://bmcinthealthumrights.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12914-016-0100-4>.
 100. Kalengayi FKN, Hurtig A-K, Ahlm C, Ahlberg BM. "It is a challenge to do it the right way": an interpretive description of caregivers' experiences in caring for migrant patients in Northern Sweden. *BMC health services research* [Internet]. 2012; 12(1):[433 p.].
 101. Santos-Hövenner C, Marcus U, Koschollek C, Oudini H, Wiebe M, Ouedraogo OI, et al. Determinants of HIV, viral hepatitis and STI prevention needs among African migrants in Germany; a cross-sectional survey on knowledge, attitudes, behaviors and practices. *J BMC Public Health* [Internet]. 2015 [cited 2018 30 september]; 15(1):[753 p.]. Available from: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12889-015-2098-2>.
 102. Kalengayi FKN, Hurtig A-K, Nordstrand A, Ahlm C, Ahlberg BM. Perspectives and experiences of new migrants on health screening in Sweden. *BMC health services research* [Internet]. 2015; 16(1):[14 p.].
 103. Kalengayi FKN, Hurtig A-K, Nordstrand A, Ahlm C, Ahlberg BM. 'It is a dilemma': perspectives of nurse practitioners on health screening of newly arrived migrants. *Global health action* [Internet]. 2015; 8(1):[27903 p.].
 104. Kastbom ÅA, Sydsjö G, Bladh M, Priebe G, Svedin CG. Differences in sexual behavior, health, and history of child abuse among school students who had and had not engaged in sexual activity by the age of 18 years: a cross-sectional study. *J Adolescent health, medicine therapeutics* [Internet]. 2016 [cited 2019 25 april]; 7:[1 p.]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4712967/pdf/ahmt-7-001.pdf>.
 105. Kastbom ÅA, Sydsjö G, Bladh M, Priebe G, Svedin CG. Sexual debut before the age of 14 leads to poorer psychosocial health and risky behaviour in later life. *J Acta Paediatrica* [Internet]. 2015 [cited 2019 25 april]; 104(1):[91-100 pp.]. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/apa.12803>.
 106. Folkhälsomyndigheten. Hiv- och STI-prevention och sexuell och reproduktiv hälsa för migranter [Elektronisk resurs] 2018. Available from: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/h/hiv--och-sti-prevention-och-sexuell-och-reproduktiv-halsa-for-migranter/>.

107. Rodríguez-Alvarez E, Borrell LN, González-Rábago Y, Martín U, Lanborena N. Induced abortion in a southern European region: examining inequalities between native and immigrant women. *International journal of public health* [Internet]. 2016 [cited 2018 30 november]; 61(7):[829-36 pp.]. Available from: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs00038-016-0799-7.pdf>.
108. Trinitapoli J, Weinreb A. *Religion and AIDS in Africa*: Oxford University Press; 2012.
109. Danielsson M, Rogala C, Sundström K. Få tonårsgraviteter i Sverige–jämförelse mellan fem västländer. *Läkartidningen* [Internet]. 2003; 23(100):[2063-6 pp.]
110. Botfield JR, Zwi AB, Newman CE. Young migrants and sexual and reproductive healthcare. 2016. In: *Handbook of migration health* [Internet]. [438]
111. Nørredam M, Krasnik A. Migrants' access to health services. 2011. In: *Migration Health in the European Union* [Internet]. [71-2]. Available from: https://books.google.se/books?hl=en&lr=&id=XGFFBgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA67&dq=migrants+access+to+health+care&ots=itarNztwBD&sig=UF7Ev0NoabEib5dgxTtubzRbdSw&redir_esc=y#v=onepage&q=migrants%20access%20to%20health%20care&f=false.
112. Råssjö EB, Byrskog U, Samir R, Klingberg-Allvin MJS. Somali women's use of maternity health services and the outcome of their pregnancies: a descriptive study comparing Somali immigrants with native-born Swedish women. *J Sexual Reproductive Healthcare*. 2013;4(3):99-106.
113. Alvarez-Nieto C, Pastor-Moreno G, Grande-Gascón ML, Linares-Abad M. Sexual and reproductive health beliefs and practices of female immigrants in Spain: a qualitative study. *J Reproductive health*. 2015;12(1):79.
114. RFSU. Preventivmedel 2016 - En del av RFSUs Sverigebarometer: RFSU; 2016. Available from: <https://www.rfsu.se/globalassets/pdf/sverigebaromete-2016.pdf>.

Bilagor

Bilaga 1. Verksamheter och skolor som deltog i undersökningen

Verksamhet/skola	Ort	Målgrupp
Midgårdsskolan	Umeå	Elever som läser svenska som andra språk på gymnasiet samt elever på språkintröduktion
Dragonskolan	Umeå	Elever på språkintröduktionsprogram
Forslundagymnasiet	Umeå	Elever på språkintröduktionsprogram
Västra språkintröduktion	Umeå	Elever på språkintröduktionsprogram
SFI	Umeå	Elever som läser svenska för invandrare (SFI)
Baldergymnasiet	Skellefteå	Elever på språkintröduktionsprogram
Medlearn	Umeå	Elever på arbetsmarknadsutbildning
Medlearn	Piteå	Elever på arbetsmarknadsutbildning
Medlearn	Luleå	Elever på arbetsmarknadsutbildning
Medlearn	Älvsbyn	Elever på arbetsmarknadsutbildning
Medlearn	Jokkmokk	Elever på arbetsmarknadsutbildning
SFI	Bräcke	Arabisktalande elever på samhällsorienteringskurs på SFI
SFI	Boden	Elever som läser svenska för invandrare (SFI)
Komvux	Sollefteå	Elever som läser svenska för invandrare (SFI)
SFI	Kramfors	Elever som läser svenska för invandrare (SFI)
Vuxenutbildning Linné	Uppsala	Elever som läser svenska för invandrare (SFI)
Celsiuskolan	Uppsala	Elever på språkintröduktionsprogram
SFI	Bräcke	Svenskundervisning för invandrare (SFI)
Studium	Göteborg	Svenskundervisning för invandrare (SFI)
Hälsokommunikatorer	Timrå	Elever som läser svenska för invandrare (SFI)
Somaliska föreningen	Umeå	Medlemmar

Bilaga 2. Enkät

Först några frågor om dig och din bakgrund

<p>1. Jag upplever/ser mig själv som:</p> <p><input type="checkbox"/> Kvinna</p> <p><input type="checkbox"/> Man</p> <p><input type="checkbox"/> Icke-binär</p> <p><input type="checkbox"/> Annat, skriv i rutan:</p> <input type="text"/>
<p><input type="checkbox"/> Vet inte</p> <p><input type="checkbox"/> Vill inte svara</p>
<p>2. Hur gammal är du?</p> <p><input type="text"/><input type="text"/> år</p>
<p>3. I vilket land föddes du?</p> <input type="text"/>
<p>4. Hur länge har du bott i Sverige?</p> <p><input type="text"/> år <input type="text"/> månad/er</p>
<p>5. När fick du uppehållstillstånd i Sverige?</p> <p>År: <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> Jag väntar på beslut</p>
<p>6. Varför kom du till Sverige?</p> <p><input type="checkbox"/> För att söka asyl</p> <p><input type="checkbox"/> För att bo med mina föräldrar/familj som kom tidigare för att söka asyl här</p> <p><input type="checkbox"/> För att bo med/gifta mig med en svensk person</p> <p><input type="checkbox"/> För att bo med/gifta mig med icke-svensk person som bor i Sverige</p> <p><input type="checkbox"/> För att bo som kvotflykting (utvald av FN flyktingorgan)</p> <p><input type="checkbox"/> För att arbeta i Sverige</p> <p><input type="checkbox"/> Av annan anledning:</p> <input type="text"/>
<p>7. Vilken är din religion?</p> <p><input type="checkbox"/> Islam</p> <p><input type="checkbox"/> Kristendom</p> <p><input type="checkbox"/> Annan religion, I så fall vilken:</p> <input type="text"/>
<p><input type="checkbox"/> Ateism</p> <p><input type="checkbox"/> Vill inte svara</p>
<p>8. Hur många år har du gått i skolan?</p> <p><i>Inklusive högre utbildning om du studerade vid högskola eller ett universitet</i></p> <p><input type="text"/><input type="text"/> år</p> <p><input type="checkbox"/> Jag har aldrig deltagit i skolutbildning</p>

<p>9. Vilken är din nuvarande dagliga aktivitet? <i>Du kan ange flera alternativ.</i></p> <p><input type="checkbox"/> Arbetar/anställd</p> <p><input type="checkbox"/> Studerar/ praktiserar</p> <p><input type="checkbox"/> Långtidssjukskriven (mer än 3 månader)</p> <p><input type="checkbox"/> Arbetsökande/arbetslös</p> <p><input type="checkbox"/> Föräldraledig</p> <p><input type="checkbox"/> Annat, skriv i rutan:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>
<p>10. Har det under de senaste 12 månaderna hänt att du haft svårigheter att betala för mat, hyra, räkningar m.m.?</p> <p><input type="checkbox"/> Nej</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, vid ett tillfälle</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, vid flera tillfällen</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, men innan jag kom till Sverige</p>
<p>11. Vem bor du med? <i>D.v.s. bor du tillsammans med under större delen av veckan.</i> <i>Du kan ange flera alternativ.</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ingen</p> <p><input type="checkbox"/> Familj</p> <p><input type="checkbox"/> Make/maka /partner</p> <p><input type="checkbox"/> Barn (egna barn eller andras barn)</p> <p><input type="checkbox"/> Kompis/ar</p> <p><input type="checkbox"/> På flyktingboende /ungdomsboende</p> <p><input type="checkbox"/> Annan, skriv i rutan:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>
<p>12. Behöver du tolk när du ska samtala med vårdgivare eller andra myndigheter?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, alltid</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, ibland</p> <p><input type="checkbox"/> Nej, jag kan prata engelska</p> <p><input type="checkbox"/> Nej, en familjemedlem hjälper mig</p> <p><input type="checkbox"/> Nej, Jag kan prata svenska</p>
<p>13. Hur mycket känner du dig som en del av det svenska samhället?</p> <p><input type="checkbox"/> Helt</p> <p><input type="checkbox"/> I stort sätt</p> <p><input type="checkbox"/> På något sätt men inte helt</p> <p><input type="checkbox"/> Bara lite</p> <p><input type="checkbox"/> Inte alls</p>

Nu kommer frågor om din(a) hälsa, säkerhet och sociala relationer

<p>14. Hur tycker du att din hälsa är/ hur skulle du beskriva din hälsa?</p> <p><input type="checkbox"/> Mycket bra</p> <p><input type="checkbox"/> Bra</p> <p><input type="checkbox"/> Någorlunda bra</p> <p><input type="checkbox"/> Dålig</p> <p><input type="checkbox"/> Mycket dålig</p>
<p>15. Har du någon som du kan lita på och prata med om dina känslor?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nej</p>
<p>16. Kan du få hjälp av någon/några personer om du blir sjuk eller har problem (T.ex. få råd, låna saker, hjälp med att köpa mat, reparationer etc.)?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, alltid</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, för det mesta</p> <p><input type="checkbox"/> Inte ofta</p> <p><input type="checkbox"/> Nej, aldrig</p>
<p>17. Händer det att du här i Sverige avstår från att gå ut ensam av rädsla för att bli angripen/anfallen, rånad eller på annat sätt behandlad dåligt?</p> <p><input type="checkbox"/> Nej</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, ibland</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, ofta</p>

Nu kommer frågor om diskriminering och fysiskt våld

<p>18. Har du någon gång blivit behandlad/bemött på ett sätt så att du känt dig diskriminerad eller kränkt?</p> <p><i>Du kan ange flera alternativ.</i></p> <p><input type="checkbox"/> Nej → Gå till fråga 22</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, i mitt ursprungsland</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, under min resa till Sverige</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, i Sverige</p>
<p>19. Har du under de senaste 12 månaderna i Sverige blivit behandlad/bemött på ett sätt så att du känt dig diskriminerad eller kränkt?</p> <p><input type="checkbox"/> Nej → Gå till fråga 22</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, en gång</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, flera gånger</p>

20. Hade den diskriminerande eller kränkande behandlingen samband med något av följande?

Du kan markera flera svarsalternativ.

- Etnisk tillhörighet eller ursprungsland
- Kön (att du är född som man eller kvinna)
- Sexuell läggning (om du blir kär/ förtjust i människor av samma kön, motsatt kön eller båda)
- Ålder
- Funktionsnedsättning (nedsatt förmåga att fungera fysiskt, psykiskt eller intellektuellt)
- Religion
- Könsidentitet (hur du identifierar dig själv, som man, kvinna...)
- Annat, skriv i rutan:
- Jag vet inte

21. Var blev du diskriminerad eller kränkt?

Du kan markera flera svarsalternativ.

- I skolan
- På arbetsplatsen
- I hemmet av familj eller släkt
- I annans bostad eller bostadsområdet
- På allmän plats (exempelvis: buss, tåg, bibliotek eller affär)
- Via internet och sociala medier
- Inom hälso- och sjukvården
- Annan myndighet (exempelvis: migrationsverket, arbetsförmedling, försäkringskassa eller polisstation)
- På annan plats, skriv i rutan:

22. Har du under de senaste 12 månaderna varit utsatt för fysiskt våld?

- Nej → Gå till fråga 24
- Ja

23. Var skedde våldet?

Du kan markera flera svarsalternativ.

- I skolan
- På arbetsplatsen/i arbetet
- I hemmet av min partner
- I hemmet av andra släktingar
- I annans bostad/ bostadsområdet
- På allmän plats
- På annan plats, skriv i rutan:

Nu kommer frågor om sexuell och reproduktiv hälso-och sjukvård

Exempelvis; vård som handlar om mödra- och barnavård, familjeplanering, pre- och postnatal vård, könssjukdomar, sexuellt våld, aborter, fertilitetsbehandling.

24. Har du under de senaste 12 månaderna sökt hjälp för sexuella eller reproduktiva frågor/ problem? <input type="checkbox"/> Nej → Gå till fråga 29 <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vet inte																														
25. Vad var orsaken till ditt/dina besök? <i>Du kan markera flera svarsalternativ.</i> <input type="checkbox"/> Få information om preventivmedel eller för att få preventivmedel/ kondomer <input type="checkbox"/> Information om sexualitet och sexuell hälsa <input type="checkbox"/> Sexuella övergrepp eller sexuellt våld <input type="checkbox"/> Test eller undersökning av könssjukdomar <input type="checkbox"/> Abort <input type="checkbox"/> Graviditet <input type="checkbox"/> Förlossning- eller eftervård <input type="checkbox"/> Annat: <input type="text"/>																														
26. Vilken/vilka mottagning/ar hade du kontakt med angående sexuell eller reproduktiva frågor/problem? <i>Du kan markera flera svarsalternativ.</i> <input type="checkbox"/> Vårdcentral <input type="checkbox"/> Ungdomsmottagning <input type="checkbox"/> Kvinnoklinik <input type="checkbox"/> Barnmorskemottagning eller mödrahälsovård <input type="checkbox"/> Hud och std mottagning <input type="checkbox"/> Asyl/flykting hälsoklinik <input type="checkbox"/> Sex- och samlevnads-klinik (SESAM) <input type="checkbox"/> Elevhälsoteamet (kurator, psykolog eller sköterska) <input type="checkbox"/> Hälsomottagning i kriminalvård, statlig institutionsvård (SIS) <input type="checkbox"/> Hälsomottagning inom socialtjänsten/beroendevård <input type="checkbox"/> Vet inte																														
27. Under ditt senaste besök, hur väl stämmer följande påståenden? <table border="1"><thead><tr><th></th><th>Stämmer helt</th><th>Stämmer</th><th>Stämmer inte</th><th>Stämmer inte alls</th></tr></thead><tbody><tr><td>a. Jag kände att jag blev bemött med respekt</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>b. Samtalet eller undersökningen gjordes så att ingen annan kunde se eller höra oss</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>c. Personalen visade inga fördomar</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>d. Jag fick den behandling eller hjälp som jag önskade</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>e. Jag kände mig behandlad rättvist utan diskriminering eller kränkning</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></tbody></table>		Stämmer helt	Stämmer	Stämmer inte	Stämmer inte alls	a. Jag kände att jag blev bemött med respekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. Samtalet eller undersökningen gjordes så att ingen annan kunde se eller höra oss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c. Personalen visade inga fördomar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d. Jag fick den behandling eller hjälp som jag önskade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e. Jag kände mig behandlad rättvist utan diskriminering eller kränkning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Stämmer helt	Stämmer	Stämmer inte	Stämmer inte alls																										
a. Jag kände att jag blev bemött med respekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
b. Samtalet eller undersökningen gjordes så att ingen annan kunde se eller höra oss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
c. Personalen visade inga fördomar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
d. Jag fick den behandling eller hjälp som jag önskade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
e. Jag kände mig behandlad rättvist utan diskriminering eller kränkning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										

28. Hur nöjd var du med den hjälp du fick vid ditt senaste besök?

- Mycket nöjd
- Ganska Nöjd
- Varken nöjd eller missnöjd
- Ganska missnöjd
- Mycket missnöjd

29. Har du under de senaste 12 månaderna tyckt att du är i behov av sexuell eller reproduktiv vård men ändå inte sökt vård?

- Nej → Gå till fråga 31
- Ja

30. Vad var orsaken/orsakerna till att du inte sökte sjukvård?

Flera alternativ kan anges.

- Visste inte vart jag skulle vända mig
- Det gick över
- För långa väntetider
- Svårt komma fram på telefon
- Negativa erfarenheter från tidigare besök
- Jag litar inte på hälsosystemet i Sverige
- Kliniken är väldigt långt ifrån mig
- Jag har inte ekonomiskt råd att besöka sjukvården
- Det är jobbigt att tala svenska
- Hade inte tid
- Annan orsak

31. Behöver du något av följande?

Du kan markera flera svarsalternativ.

- Möjlighet att samtala med någon om sexualitet och relationer
- Gratis preventivmedel
- Gratis kondomer
- Helgöppna mottagningar för testning och rådgivning
- Information om var man får råd när klinikerna är stängda
- Annat

Nu kommer det frågor om sexualitet och relationer

<p>32. Hur tycker du att din sexuella hälsa är?</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Mycket bra<input type="checkbox"/> Bra<input type="checkbox"/> Någorlunda bra<input type="checkbox"/> Dålig<input type="checkbox"/> Mycket dålig <input type="checkbox"/> Vet inte
<p>33. Hur nöjd är du med ditt nuvarande sexliv?</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Mycket nöjd<input type="checkbox"/> Ganska nöjd<input type="checkbox"/> Varken nöjd eller missnöjd<input type="checkbox"/> Ganska missnöjd<input type="checkbox"/> Mycket missnöjd <input type="checkbox"/> Inte aktuellt
<p>34. Jag känner mig sexuellt attraherad (blir kär/förtjust i) ...</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> endast till män<input type="checkbox"/> endast till kvinnor<input type="checkbox"/> till män och kvinnor<input type="checkbox"/> Annan, skriv i rutan: <input type="text"/><input type="checkbox"/> Jag känner mig inte sexuellt attraherad till någon alls<input type="checkbox"/> Vill inte svara
<p>35. I vilket utsträckning är du, inför andra, öppen med din sexuella identitet (hur du ser dig själv) / läggning (vilken kön du blir kär/förtjust i)?</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Jag är helt öppen → Gå till fråga 37<input type="checkbox"/> Jag är ganska öppen<input type="checkbox"/> Jag är delvis öppen och delvis inte öppen<input type="checkbox"/> Jag är inte särskilt öppen<input type="checkbox"/> Jag är inte alls öppen
<p>36. Förändras din hälsa av att du inte lever helt öppet med din sexuella identitet/läggning?</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Ja, min hälsa förändras positivt (blir bättre)<input type="checkbox"/> Ja, min hälsa förändras negativt (blir sämre) <input type="checkbox"/> Nej, min hälsa förändras inte<input type="checkbox"/> Vet inte

<p>37. Upplever du dig hindrad av din familj eller din närmaste omgivning när det gäller med vem du kan ha en sexuell/nära relation med? <i>Du kan markera flera svarsalternativ</i></p> <p><input type="checkbox"/> Nej</p> <p><input type="checkbox"/> Nej, inte av andra men jag begränsar mig själv</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, av min familj/ föräldrar/syskon</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, av mina landsmän</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, på grund av min religion</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, på grund av min sexuella identitet</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, på grund av min sexuella läggning</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, på grund av funktionshinder (Funktionshinder är den begränsning som en funktionsnedsättning innebär för en person i relation till omgivningen).</p> <p><input type="checkbox"/> Inget passar mig</p> <p><input type="checkbox"/> Vet inte</p>
<p>38. Har du någon gång haft samlag (sexuellt umgänge mellan två personer/partner)?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nej → Om du aldrig har haft samlag du kan gå till fråga 49</p>
<p>39. Hur gammal var du när du hade ditt första samlag (sexuellt umgänge)? <i>Ange en ungefärlig ålder om du är osäker</i></p> <p>Jag var <input type="text"/> <input type="text"/> år</p>
<p>40. Hur många personer har du haft sex med de senaste 12 månaderna? <i>Gör en uppskattning om du är osäker</i></p> <p><input type="text"/> Person/er</p>
<p>41. Vilket påstående passar, i huvudsak, bäst för dig?</p> <p><input type="checkbox"/> Jag och min partner bestämmer lika mycket när vi ska ha sex</p> <p><input type="checkbox"/> Jag bestämmer oftare när vi ska ha sex</p> <p><input type="checkbox"/> Min partner bestämmer oftare när vi ska ha sex</p> <p><input type="checkbox"/> Inget av påståendena stämmer för mig</p>
<p>42. Upplever du att du kan berätta för din partner hur du vill ha sex?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, alltid</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, oftast</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, ibland</p> <p><input type="checkbox"/> Nej, sällan</p> <p><input type="checkbox"/> Nej, aldrig</p> <p><input type="checkbox"/> Vet inte</p>
<p>43. Känner du så höga krav att vara bra sexuellt så du upplever det som ett problem?</p> <p><input type="checkbox"/> Nej, aldrig</p> <p><input type="checkbox"/> Nej, sällan</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, ibland</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, oftast</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, alltid</p> <p><input type="checkbox"/> Vet inte</p>

44. När du har sex med en ny partner som vill använda kondom vid samlag, hur reagerar du då?

Du kan markera flera svarsalternativ.

- Jag tycker personen inte litar på mig
- Jag tror att personen har en könssjukdom
- Jag blir störd eftersom jag inte gillar använda kondom

- Jag tycker inte det behövs eftersom jag litar på personen
- Jag tycker inte det behövs eftersom vi använder annat preventivmedel

- Jag tycker personen är försiktig och jag behöver inte oro mig efteråt
- Jag tycker det är bra eftersom jag gärna vill använda kondom själv

- Vet inte
- Inte aktuellt

Här kommer frågor om senaste gången du hade sex

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

46. Använde du/din partner något av följande metoder för att undvika graviditet vid senaste sextillfället? <i>Du kan markera flera svarsalternativ</i>
<input type="checkbox"/> Ja, p-piller eller annan hormonell metod
<input type="checkbox"/> Ja, kondom
<input type="checkbox"/> Ja, spiral
<input type="checkbox"/> Ja, naturlig familjeplanering (säkra perioder och/eller avbrutet samlag)
<input type="checkbox"/> Ja, akut p-piller
<input type="checkbox"/> Nej, men det var nödvändigt
<input type="checkbox"/> Nej, eftersom vi planerade att skaffa barn
<input type="checkbox"/> Nej, Jag vet inte hur man gör det eller vad man ska göra
<input type="checkbox"/> Nej, eftersom vi hade sex på ett sätt där kondom eller andra preventivmedel inte behövdes
<input type="checkbox"/> Osäker, vet inte
<input type="checkbox"/> Annat: <input type="text"/>

47. Har du/din partner skyddat dig mot könssjukdomar vid senaste sextillfället? <i>Du kan markera flera svarsalternativ</i>
<input type="checkbox"/> Ja, kondom
<input type="checkbox"/> Nej, jag tror inte att det är viktigt
<input type="checkbox"/> Nej, men det var nödvändigt
<input type="checkbox"/> Nej, eftersom vi planerade att skaffa barn
<input type="checkbox"/> Nej, Jag vet inte hur man gör det eller vad man ska göra
<input type="checkbox"/> Nej, eftersom vi hade sex på ett sätt som inte krävde något skydd
<input type="checkbox"/> Osäker, vet inte
<input type="checkbox"/> Annat: <input type="text"/>

48. Drack du alkohol eller tog någon form av drog den senaste gången du hade sex?
<input type="checkbox"/> Nej
<input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Vill inte svara
<input type="checkbox"/> Kan inte svara

Nu kommer frågor om sex mot din vilja eller sex mot ersättning

49. Har du någon gång upplevt något av följande handlingar mot din vilja ?			
	Ja	Nej, det har inte hänt	Vet inte/osäker
a. Trakasserier att jag blev störd med sexuella ord eller kommentarer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Någon blottat sig för dig (visat sitt könsorgan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Någon har berört ditt kön eller dina bröst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Jag var tvungen att onanera för någon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Jag hade vaginalt samlag (sex)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Jag hade oralsex (munsex)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Jag hade analt samlag/sex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Sexuella trakasserier via internet eller sociala medier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Någon har lagt ut nakenbilder av dig på internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Annat:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Nej, jag har aldrig varit föremål för något av ovanstående → Gå till fråga 52			

<p>50. Var den här personen: <i>Du kan markera flera svarsalternativ.</i></p> <p><input type="checkbox"/> Någon du är eller har varit i en relation med (partner)</p> <p><input type="checkbox"/> En familjemedlem eller en vän</p> <p><input type="checkbox"/> En lärare, chef, arbetsgivare eller handledare</p> <p><input type="checkbox"/> En kollega eller klasskamrat</p> <p><input type="checkbox"/> Någon du inte kände (obekant)</p> <p><input type="checkbox"/> Annat:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>

<p>51. Pratade du med någon eller anmälde du detta? <i>Du kan markera flera svarsalternativ.</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ja, jag pratade med en vän eller en släkting</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, jag pratade med en lärare/ skolkurator</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, jag informerade min chef/ arbetsgivare</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, jag informerade socialtjänsten</p> <p><input type="checkbox"/> Jag, jag polisanmälde detta</p> <p><input type="checkbox"/> Annat, skriv i rutan:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div> <p><input type="checkbox"/> Nej</p>

52. Har du någon gång...			
	Nej	Ja	Vet inte/osäker
a. ...fått ersättning/betalat för en sexuell tjänst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ...gett ersättning/betalat för en sexuell tjänst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Här kommer några frågor om preventivmedel och reproduktiv hälsa

53. Om du behöver preventivmedel, vet du var du kan få dem? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ej aktuellt
54. Har du eller en partner till dig någon gång varit gravid? <input type="checkbox"/> Nej → Gå till fråga 58 <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vet inte
55. Har du eller en partner genomgått en abort (avbryta graviditet avsiktligt)? <input type="checkbox"/> Nej → Gå till fråga 57 <input type="checkbox"/> Ja, utanför Sverige <input type="checkbox"/> Ja, i Sverige <input type="checkbox"/> Vet inte
56. Vem bestämde om att göra abort? <input type="checkbox"/> Jag <input type="checkbox"/> Min partner <input type="checkbox"/> Jag och min partner tillsammans <input type="checkbox"/> Sjukvårdspersonal <input type="checkbox"/> Annan, skriv i rutan: <input type="text"/>
57. Har du, någon gång fått barn utan att du själv ville det? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Här kommer några frågor om könssjukdomar, HIV och testning

58. Hur många sexpartner har du haft oskyddat analt eller vaginalt samlag med de senaste 12 månaderna? <i>Gör en uppskattning om du är osäker</i> <input type="text"/> Person/er <input type="checkbox"/> Jag har inte haft sex eller oskyddad sex de senaste 12 månaderna
59. Har du någon gång testats eller undersökts för någon/några av följande sjukdom/ar? <i>Du kan markera flera svarsalternativ</i> <input type="checkbox"/> könssjukdomar <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Hepatit B eller C <input type="checkbox"/> Ja, men vet inte för vilken sjukdom <input type="checkbox"/> Jag vet inte <input type="checkbox"/> Nej, jag var aldrig testats för dessa sjukdomar → Gå till fråga 64

60. Varför testade du dig?

Du kan markera flera svarsalternativ

- Fick en inbjudan från en vårdcentral för att genomgå hälsokontroll som nyanländ migrant i Sverige
- Jag startade en ny relation
- Jag testar mig med jämna mellanrum
- Jag hade haft oskyddat sex med en ny/tillfällig partner
- Jag fick ett meddelande eftersom jag hade haft sexuell kontakt med en person som har hiv eller annan könssjukdom
- Jag var gravid
- Annat:

61. Hade någon samtalat med dig om risken med oskyddat sex och hur man skyddar sig, där du senast testade dig?

- Ja, i Sverige
- Ja, i mitt ursprungsland
- Nej
- Vet inte

62. Har du någon gång blivit diagnostiserad med någon/några av följande sjukdom/ar?

Du kan markera flera svarsalternativ

- könssjukdomar (exempelvis: klamydia, syfilis eller könsherpes)
- HIV
- Hepatit B eller C

- Nej, Jag fick veta att jag var frisk
- Jag vet inte, jag fick inte resultaten av testen
- Jag vet inte, jag kunde inte läsa och/eller förstå resultaten

} → Gå till fråga 65

63. Var denna sjukdom upptäckt?

- I mitt ursprungsland
- Under min resa till Sverige
- I Sverige

} → Gå till fråga 65

64. Varför har du **inte** testat dig?

Du kan markera flera svarsalternativ.

- Jag vet inte var kan jag testa mig
- Jag vill inte veta om jag har en sjukdom
- Jag fick råd att inte göra det av en vårdpersonal
- Jag fick råd att inte göra det av en vän eller släkt
- Mottagningen är inte öppen de tiderna som jag kan gå och testa mig
- Jag litar inte på tystnadsplikten inom sjukvården
- Jag är rädd att personal eller andra besökare kan känna igen mig på mottagningen
- Jag tror inte att det är nödvändigt
- Annat:

--	--

Nu kommer några frågor om dina behov och hur du får information om sexuell och reproduktiv hälsa.

65. Varifrån får du information om relationer, sexualitet, preventivmedel och könssjukdomar?

Du kan markera flera svarsalternativ.

- Webbssidor inom hälso- och sjukvården t.ex. 1177, UMO.se och YOUUMO.se
- Andra webbssidor på internet eller socialmedia
- Ungdomsmottagning
- Andra mottagning inom hälso- och sjukvården (t.ex. SESAM, vårdcentral, Barnmorskemottagning, hud och std mottagning...)
- Undervisning om relationer och sexualitet i skolan
- Elevhälsan (sköterska, kurator)
- Kompisar/vänner
- Tryckt informationsmaterial (Informationsblad, tidningar)
- TV, radio
- Partner/s
- Pappa
- Mamma
- Vårdnadshavare (om annan än mamma och pappa)
- Syskon
- Annat:

--

66. Om du behöver mer kunskap, vet du vart kan du få denna kunskap?

- Ja
- Nej

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

Du kan markera flera svarsalternativ.

- Kroppen och hur den fungerar
- Mina rättigheter och andras rättigheter i Sverige i relation till sexualitet
- Den första sexuella upplevelsen
- Sexualitet och relationer
- Hur man förhandlar om att använda en kondom med en partner

- Hur man skyddar sig mot hiv och andra sexuella sjukdomar
- Hur och var man kan testa sig för hiv, klamydia och andra sexuella sjukdomar

- Familjeplanering (Hur man planerar för graviditet, undviker oönskade graviditeter, använder kondom och preventivmedel)

- Jag behöver inte mer kunskap
- Annat:

--

68. På vilket språk skulle du vilja ha denna kunskap?

Du kan välja flera alternativ.

- På mitt modersmål
- På lätt svenska
- På engelska
- På ett annat språk, vilket:

69. I vilket format eller hur vill du få information/ kunskap?

Du kan markera flera svarsalternativ.

- Muntligt av en kulturell förmedlare (någon som talar mitt språk och förstår min kultur ska berätta för mig)
- Muntligt av rådgivare (rådgivare ska berätta för mig)
- Broschyrer
- Elektroniska meddelanden: E-postmeddelanden, SMS
- Via en webbsida på internet
- Underhållning och media: TV, radio
- Visuellt t.ex video, teater

Här har vi två slutliga frågor

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

Du kan markera flera svarsalternativ.

- Frågorna var viktiga
- Frågorna väckte känslor
- Frågorna var intressanta att svara på
- Frågorna var svåra att förstå
- Frågorna var svåra att svara på, eftersom de var för känsliga och privata

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

TACK FÖR ATT DU TOG DIG TID ATT FYLLA I ENKÄTEN

Bilaga 3. Bortfall

	missing	answered	total	% missing	Notes
Background questions					
1	93	1680	1773	5,2	
2	0	1773	1773	0	
3	50	1723	1773	2,8	
4	54	1107	1161	4,7	Denna fråga finns inte med i SCB enkät
5	89	1684	1773	5	
6	239	1534	1773	13,5	
7	36	1737	1773	2	
8	111	1662	1773	6,3	
9	27	1136	1163	2,3	Denna fråga finns inte med i SCB enkät
10	71	1702	1773	4	
11	21	1752	1773	1,2	
12	29	1744	1773	1,6	
13	46	1727	1773	2,6	
Health, safety and social relationships					
14	95	1678	1773	5,4	
15	47	1726	1773	2,7	
16	29	1744	1773	1,6	
17	44	1729	1773	2,5	
Discrimination and physical violence					
18	151	1622	1773	8,5	
19	95	916	1011	9,4	de som inte svarade "nej" i frågan 18
20	24	610	634	3,8	de som inte svarade "nej" i frågan 19
21	17	617	634	2,7	de som inte svarade "nej" i frågan 19
22	110	1663	1773	6,2	
23	12	84	96	12,5	de som inte svarade "nej" i frågan 22
Sexual and reproductive health services					
24	97	1676	1773	5,5	
25	33	214	247	13,4	de som inte svarade "nej" i frågan 24
26	25	222	247	10,1	de som inte svarade "nej" i frågan 24
27-a	44	203	247	17,8	de som inte svarade "nej" i frågan 24
27-b	64	183	247	25,9	de som inte svarade "nej" i frågan 24
27-c	80	167	247	32,4	de som inte svarade "nej" i frågan 24
27-d	66	181	247	26,7	de som inte svarade "nej" i frågan 24
27-e	63	184	247	25,5	de som inte svarade "nej" i frågan 24
28	17	230	247	6,9	de som inte svarade "nej" i frågan 24
29	137	1636	1773	7,7	
30	13	272	285	4,6	de som inte svarade "nej" i frågan 29
31	262	1511	1773	14,8	
Sexuality and relationships					
32	114	1659	1773	6,4	
33	131	1642	1773	7,4	
34	159	1614	1773	9	
35	210	1563	1773	11,8	
36	49	751	800	6,1	de som inte svarade "helt öppen" i frågan 35
37	134	1639	1773	7,6	
38	120	1653	1773	6,8	
39	40	691	731	5,5	De som inte svarade "nej" i frågan 38
40	47	684	731	6,4	De som inte svarade "nej" i frågan 38
41	51	680	731	7	De som inte svarade "nej" i frågan 38
42	28	703	731	3,8	De som inte svarade "nej" i frågan 38
43	37	694	731	5,1	De som inte svarade "nej" i frågan 38
44	37	694	731	5,1	De som inte svarade "nej" i frågan 38
Last time you had sex					
45-a	117	614	731	16	De som inte svarade "nej" i frågan 38
45-b	194	537	731	26,5	De som inte svarade "nej" i frågan 38
45-c	208	523	731	28,5	De som inte svarade "nej" i frågan 38
46	142	589	731	19,4	De som inte svarade "nej" i frågan 38
47	71	660	731	9,7	De som inte svarade "nej" i frågan 38
48	38	693	731	5,2	De som inte svarade "nej" i frågan 38
Sex against your will or paid sex					

49	abuse-any type	179	1594	1773	10,1	
49-a	abuse_remarks	280	1493	1773	15,8	
49-b	abuse_expose	400	1373	1773	22,6	
49-c	abuse_touch	409	1364	1773	23,1	
49-d	abuse_masturbate	432	1341	1773	24,4	
49-e	abuse_vaginal	424	1349	1773	23,9	
49-f	abuse_oral	408	1365	1773	23	
49-g	abuse_anal	429	1344	1773	24,2	
49-h	abuse_internet	421	1352	1773	23,7	
49-i	abuse_nude pictures	436	1337	1773	24,6	
49-j	abuse_other	559	1214	1773	31,5	
50	abuser	89	311	400	22,3	de som svarade "Ja" på minst en av delfrågorna 49
51	report	72	328	400	18	de som svarade "Ja" på minst en av delfrågorna 49
52-a	sell_sex	266	1507	1773	15	
52-b	buy_sex	372	1401	1773	21	
Contraception and reproductive health						
53	get_cotraceptive	193	1580	1773	10,9	
54	pregnancy	534	1239	1773	30,1	
55	abortion	15	246	261	5,7	de som svarade "Ja" på frågan 54
56	abortion_decision	4	51	55	7,3	de som svarade "Ja" på frågan 55
57	unwanted_child	20	241	261	7,7	de som svarade "Ja" på frågan 54
Sexually transmitted diseases, HIV and testing						
58	unprotected sex	156	575	731	21,3	de som inte svarade "nej" i frågan 38
59	testedfor	199	1574	1773	11,2	
60	why tested	42	367	409	10,3	de som svarade "Ja" på frågan 59
61	protection advice	33	376	409	8,1	de som svarade "Ja" på frågan 59
62	diagnosed	40	369	409	9,8	de som svarade "Ja" på frågan 59
63	diagnosed where?	8	40	48	16,7	de som inte svarade "nej" eller "vet inte" på frågan 62
64	why didnt test	161	871	1032	15,6	de som svarade "Nej" på frågan 59
Needs and sources of information on SRH issues						
65	information source	299	1474	1773	16,9	
66	can_get_knowledge	205	1568	1773	11,6	
67	need knowledge about	232	1541	1773	13,1	
68	language of info	165	994	1159	14,2	de som svarade att de behöver mer kunskap på frågan 67
69	format of info	208	951	1159	17,9	de som svarade att de behöver mer kunskap på frågan 67
Final questions						
70	survey questions	234	1539	1773	13,2	
71	comments		310			

Denna rapport redogör för en kartläggning av unga migranternas sexuella och reproduktiva hälsa samt faktorer som har betydelse för området SRHR och hiv-prevention. Utgångspunkten för kartläggningen är den nationella strategin mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar. I strategin identifieras personer med ursprung i högendemiska områden som en av de mest utsatta grupperna, vilka ska prioriteras när det gäller förebyggande insatser.

Rapporten kan användas som ett kunskapsunderlag inför framtida forskning och prioriteringar av förebyggande insatser inom området.

Målgruppen för rapporten är personer som möter målgruppen unga migranter, inom exempelvis hälso- och sjukvård, kommuner, landsting, myndigheter och civilsamhällets organisationer. Den vänder sig även till tjänstemän, beslutsfattare och forskare inom området.

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

Vår vision är en folkhälsa som stärker samhällets utveckling.



Folkhälsomyndigheten

Solna Nobels väg 18, SE-171 82 Solna Östersund Forskarens väg 3, SE-831 40 Östersund.

www.folkhalsomyndigheten.se