



Folkhälsomyndigheten

Sexualitet och hälsa bland unga och unga vuxna inom statlig institutionsvård

En studie om kunskap, attityder och beteende bland unga och unga vuxna 16–29 år.



Sexualitet och hälsa bland unga och unga vuxna inom statlig institutionsvård

En studie om kunskap, attityder och beteende bland unga och unga vuxna 16–29 år.

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, 2018.

Artikelnummer: 18053.

Förord

Den här rapporten handlar om hivprevention samt sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) bland unga och unga vuxna (16–29 år) inom statlig institutionsvård. Rapporten är baserad på en enkätstudie som genomfördes 2016. Utgångspunkten är Folkhälsomyndighetens arbete med den nationella strategin mot hiv och aids och vissa andra smittsamma sjukdomar (proposition 2005/06:60).

Rapporten riktar sig främst till yrkesverksamma och beslutsfattare i landsting, kommun, det civila samhällets organisationer samt relevanta myndigheter och yrkesföreningar. Rapporten vänder sig specifikt till yrkesverksamma inom socialtjänst och på ungdoms- och LVM-hem. Förhoppningen är att rapporten kan bidra med kunskap för hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete.

Datansamlingen genomfördes av forskaren Malin Lindroth vid Hälsohögskolan i Jönköping. Rapporten har gemensamt utarbetats av Malin Lindroth, forskare vid Hälsohögskolan i Jönköping, samt Anna-ChuChu Schindele och Veronika Fridlund, båda utredare vid Folkhälsomyndigheten. Rapporten har granskats av utredarna Charlotte Deogan och Jakob Bergström. Folkhälsomyndigheten. Arbetet har genomförts på enheten för sexuell hälsa och hivprevention vid avdelningen för smittskydd och hälsoskydd.

Folkhälsomyndigheten, juni 2018

Louise Mannheimer

Enhetschef

Innehåll

Sammanfattning.....	9
Ordlista	13
Rapportens disposition	15
Bakgrund.....	16
Syfte	21
Metod.....	22
Bakgrundsvariabler	26
Hälsa, relationer och socialt stöd.....	29
Sexualitet	34
Preventivmetoder och preventivmedel	40
Sexuellt överförda infektioner	43
Oönskade graviditeter och abort	46
Kunskaper och behov.....	47
Metoddiskussion	53
Resultatdiskussion	55
Referenser	61
Bilagor.....	66

Sammanfattning

Bakgrund och metod: Den här rapporten är en del av Folkhälsomyndighetens uppföljning av arbetet med hivprevention och sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) riktat till unga och unga vuxna. Rapporten bygger på en enkätbaserad undersökning bland 16–29-åringar på statliga ungdoms- och LVM-hem. Studien genomfördes under perioden 1 september–31 december 2016. Personer som inte kunde tala svenska ingick inte i urvalet. Antalet respondenter i rapporten uppgår till 117 personer. Studien är inte generaliserbar till alla unga på ungdoms- och LVM-hem, men resultaten ger en indikation om hälsoläget i gruppen.

Bakgrundsvariabler: 53 procent kategoriserade sig som kille och 47 procent som tjej. Ingen kategoriserade sig som någon annan könsidentitet utöver de två juridiska alternativen för kön. Medelåldern bland tjejerna var 20 år och bland killarna 19 år. Ingen angav sig vara eller ha varit transperson. 80 procent var födda i Sverige och 20 procent var utrikes födda. 70 procent svarade att den högsta avslutade utbildning var grundskola eller motsvarande. 12 procent hade inte gått i skola eller avslutat någon utbildning.

Hälsa, relationer och socialt stöd: Totalt tyckte 70 procent att de hade en bra eller mycket bra hälsa, men en högre andel killar (44 procent) jämfört med tjejer (13 procent) upplevde sin hälsa som mycket bra. Totalt tyckte 62 procent att de hade någon som de kunde dela sina innersta tankar och känslor med. 45 procent kände att de hade kontroll över sitt liv, men en lägre andel tjejer (35 procent) än killar (54 procent) kände att de hade kontroll över sitt liv. Totalt upplevde 58 procent att de i stort sett var nöjda med sig själva. Andelen var lägre bland tjejer (37 procent) än bland killar (77 procent).

52 procent rapporterade att de blivit diskriminerade eller kränkta under de senaste 12 månaderna. Andelen var högre bland tjejer (69 procent) än bland killar (36 procent). 50 procent hade varit utsatta för fysiskt våld under de senaste 12 månaderna men en högre andel tjejer (65 procent) än killar (38 procent) hade varit utsatta. Totalt hade 46 procent försökt ta sitt liv under de senaste 12 månaderna, andelen var högre bland tjejer (59 procent) än killar (32 procent).

Sexualitet: Medelåldern för sexdebut med någon annan var 14 år (13 år för tjejer och 14 år för killar). 71 procent hade debuterat före 15 års ålder. De unga uppgav följande sexuella identitet: heterosexuell (80 procent), bisexuell (14 procent), homosexuell (1 procent), brukar inte kategorisera mig sexuellt (2 procent), vet inte (2 procent) och annat (1 procent). Totalt varierade antalet oskyddade sexuella kontakter under de senaste 12 månaderna mellan 1 och 30, och antalet var högre bland tjejer (median 4) jämfört med killar (median 2). Totalt hade 59 procent varit

utsatta för någon sexuell handling mot sin vilja men andelen var högre bland tjejer (85 procent) jämfört med killar (33 procent) . I samband med det senaste sextillfället var de vanligaste drogerna i följande ordning: amfetamin, kokain, heroin, ecstasy, LSD, spice eller andra nättdroger (41 procent), hasch eller marijuana (40 procent), alkohol (33 procent). 21 procent hade injicerat droger. Totalt hade 8 procent av tjejerna och 0 procent av killarna haft sex med flera personer vid senaste sextillfället. 24 procent hade någon gång fått ersättning eller betalt för en sexuell tjänst. Andelen var högre bland tjejer (35 procent) än bland killar (14 procent.) 29 procent av killarna hade gett ersättning för sex vilket var en högre andel än tjejer (8 procent).

Preventivmetoder och preventivmedel: En majoritet (70 procent) tyckte att kondom var det främst *tänkbara* skyddet, men vid senaste sextillfället var det mest *använda* skyddet hormonell metod (34 procent) det vill säga p-piller, minipiller, p-plåster eller p-stav. 41 procent tyckte att en sexpartner som föreslår kondom är ansvarsfull och omtänksam, men samtidigt utgick 39 procent från att en partner som föreslår kondom har en sexuellt överförd infektion. De tre vanligaste orsakerna till att kondom inte användes vid senaste sextillfället var: det är skönare utan (40 procent), använde annat graviditetsskydd som p-piller, spiral eller liknande (27 procent) och påverkad av narkotika (23 procent).

Sexuellt överförda infektioner: Det var vanligast att ha testat sig för klamydia (79 procent) följt av hepatit C (59 procent), hiv (56 procent), gonorré (56 procent), hepatit B (54 procent), könsherpès (49 procent), kondylom (48 procent) och syfilis (44 procent). Skillnaden mellan tjejers och killars erfarenhet av testning för en sexuellt överförd infektion, hiv eller hepatit, är genomgående stora. En högre andel tjejer än killar hade erfarenhet att ha testat sig vad gäller samtliga sexuellt överförda infektioner, hiv eller hepatit.

Den vanligaste sexuellt överförda eller blodburna infektionen som de unga uppgav att de har eller hade haft var klamydia (27 procent) följt av hepatit C (13 procent). En högre andel av tjejer (42 procent) än killar (13 procent) angav att de har haft klamydia. Det var också en högre andel tjejer (94 procent) än killar (64 procent) som någon gång testat sig för klamydia. Totalt uppgav 48 procent att det vid senaste testtillfället var någon som samtalade med dem om risker och skydd, andelen var högre andel tjejer (57 procent) än killar (38 procent).

Oönskade graviditeter och abort: Totalt 26 procent svarade att de själva eller deras partner hade genomgått en abort. Av dem som hade erfarenhet av abort svarade 41 procent att de haft ett samtal med en kurator, läkare eller barnmorska i samband med aborten.

Kunskaper och behov: Huvudsaklig informationskälla i frågor om relationer, sexualitet, preventivmedel och könssjukdomar var kompisar (47 procent). När det

gäller kunskaper om klamydia och hiv hade tjejer genomgående högre kunskap. För 8 av 12 påstående visade killar lägre kunskapsgrad än tjejer. Exempelvis var det en högre andel tjejer (95 procent) jämfört med killar (61 procent) som kände till att man kan ha klamydia utan att märka det. Likaså visste en högre andel tjejer (82 procent) än killar (58 procent) att man kan överföra klamydia till andra även om man inte själv har några symptom.

När det gäller undervisning om sexualitet och relationer i skolan ansåg 46 procent att skolans undervisning gett dem tillräckliga kunskaper för att kunna ta hand om sin sexuella hälsa. Andelen var lägre bland tjejer (29 procent) än bland killar (63 procent). Mest belyst i skolans undervisning var frågor om hur man blir gravid (59 procent), och minst belyst var normer och HBT-perspektiv (27 procent). Den kunskap som de unga efterfrågade mest var hur man får en relation att fungera bra (27 procent). Den mest efterfrågade hälsofrämjande insatsen var gratis kondomer (39 procent).

Slutsats: De unga och unga vuxna inom statlig institutionsvård som deltagit i undersökningen har hög ohälsa inom SRHR-området. De har låg tillgång till skyddande faktorer som en avslutad utbildning, förtroliga relationer, känsla att vara lika bra som andra, ha kontroll över sitt liv och att se positivt på sin framtid. Många har varit utsatta för våld och använder droger. Därtill har många erfarenhet av psykisk ohälsa, diskriminering, sex mot ersättning, sex under påverkan av droger samt erfarenhet av abort, klamydia och hepatit C. Men, resultaten pekar också på att det finns skyddande faktorer, som exempelvis att den generella hälsan uppges vara relativt god, att de har socialt stöd och att de är nöjda med sitt nuvarande sexliv. Tjejerna har också relativt goda kunskaper om hiv och sexuellt överförda infektioner. De testar sig och får information på ungdomsmottagningen. Bilden blir därför motsägelsefull eftersom rapporten visar att det utöver detta finns resultat som pekar på stor ohälsa i gruppen.

Resultaten indikerar skillnader i sexuell och reproduktiv hälsa mellan unga inom statlig institutionsvård jämfört med jämnåriga i den övriga befolkningen. Resultaten visar dessutom på stora hälsoskillnader mellan tjejer och killar inom SiS. Tjejers utsatta position blir tydlig, eftersom de i högre utsträckning än killar upplever sämre generell hälsa, har erfarenhet av sexuella handlingar mot sin vilja, diskriminering, fysiskt våld, hepatit C, klamydia, sex mot ersättning, liten möjlighet att föreslå kondom eller annat preventivmedel vid sex samt att de i lägre utsträckning hade sex på ett sätt som de själva ville vid senaste sextillfället.

Sammantaget är bilden av generell hälsa och sexuell hälsa bland de unga och unga vuxna inom statlig institutionsvård mångfacetterad, och behöver studeras ytterligare samt följas över tid. Rapporten pekar på behovet av att lyfta fram och tydliggöra att sexualitet är en del av hälsans bestämningsfaktorer, och hur

sexualitet och sexuell ohälsa verkar i förhållande till andra bestämningsfaktorer i samband med en utsatt livssituation.

Resultaten visar att det behövs tidiga samhällsinsatser som når denna grupp unga där de befinner sig. Unga inom statlig institutionsvård behöver få tillgång till sex- och samlevnadsundervisning, och framför allt killar behöver mer kunskap och reflektion om sexualitetsfrågor. Tjejers handlingsutrymme behöver öka och utsattheten minska. Arbetet behöver vara baserat på normkritiska, jämställda och icke-diskriminerande perspektiv. Aktörer inom socialtjänsten, skolan samt hälso- och sjukvården behöver utveckla arbetet för att främja hälsa och förebygga ohälsa inom SRHR-området.

Ordlista

Bisexuell: En person som attraheras känslomässigt och/eller sexuellt såväl av personer av det motsatta könet som av personer av samma kön. Definitionen bygger på antagandet att det finns två kön.

Diskriminering: Negativ särbehandling eller bristande tillgänglighet utifrån någon av diskrimineringsgrunderna.

Diskrimineringsgrunderna: Lika rättigheter och möjligheter oavsett kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder enligt diskrimineringslagen (2008:567).

Hbtq-personer: Ett paraplybegrepp för homosexuella, bisexuella, transpersoner och personer med queera uttryck och identiteter.

Heteronormativitet: Antagandet att alla är heterosexuella och att män är sexuellt attraherade av kvinnor och vice versa.

Heterosexuell: En person som attraheras känslomässigt och/eller sexuellt av personer av motsatt kön. Definitionen bygger på antagandet att det finns två kön.

Hiv: Humant immunbristvirus.

Homosexuell: Person som attraheras känslomässigt och/eller sexuellt av personer av samma kön. Definitionen bygger på antagandet att det finns två kön.

Incidens: Antalet nya fall av en sjukdom under en viss tidsperiod, oftast ett år.

Juridiskt kön: Det kön som anges exempelvis i folkbokföringen, i passet och som reglerar utformandet av personnumret. Det finns två juridiska kön i Sverige – man och kvinna.

Jämlikhet: Lika rättigheter och möjligheter för alla människor.

Jämställdhet: Lika rättigheter och möjligheter för kvinnor och män.

Kränkning: Behandling eller bemötande som upplevs nedsättande.

Könsidentitet/könstillhörighet: En persons självupplevda kön, det vill säga det kön man identifierar sig med. Även den inre upplevelsen av att inte ha något kön alls räknas som en könsidentitet.

Likabehandling: Alla ska behandlas så att de har lika rättigheter och möjligheter oavsett diskrimineringsgrunderna.

LVM: Lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall. En lag om vem som får och kan få statlig samhällsvård på grund av missbruk av alkohol eller droger.

LVU: Lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga. En lag om vem som kan tvångsomhändertas och få statlig samhällsvård på grund av sitt eget bruk eller missbruk av alkohol eller droger eller bristande omsorg i hemmet.

LSU: Lagen (1998:603) om verkställighet av sluten ungdomsvård. En lag om vem som kan tilldömas vård på ett statligt ungdomshem.

Normkritik: Ett analysverktyg i syfte att studera normer och värderingar, även kallat normmedvetenhet.

Preventivmedel: Hjälpmedel eller läkemedel som skyddar mot graviditet.

Preventivmetod: Hjälpmedel som skyddar mot sexuellt överförda infektioner och/eller graviditet.

SiS: Statens institutionsstyrelse är en myndighet som ansvarar för vård enligt LVU, LVM och LSU.

SRHR: Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter.

Stereotyp: I tanken oföränderlig och generaliserad bild av hur någonting ska eller bör vara.

STI: Sexuellt överförd infektion.

Transperson: Ett paraplybegrepp för personer vars könsidentitet eller könsuttryck inte stämmer överens med normen för det juridiska kön som de tilldelades vid födseln.

Queer: En teori som analyserar kön och sexualitet. Queerteori ställer sig utanför tvåkönsnormen och antagandet om heteronormativitet.

Ömsesidig sexualitet: Är ett uttryck inom sexualitetsområdet som beskriver ett växelvis och gemensamt utformande av sexuella handlingar på lika villkor, och med respekt för de inblandades viljor, där ett nej alltid respekteras.

Rapportens disposition

Bakgrund

Rapporten inleds med en bakgrund som belyser sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter, hivprevention samt en kort beskrivning av ungdoms- och LVM-hem.

Syfte och metod

Kapitlen beskriver de överväganden och beslut som ligger till grund för studiens design, statistiska analys och presentation av resultaten.

Resultat

Kapitlen återger studiens resultat inom områden som behandlar: hälsa, sociala relationer, diskriminering och våld, sexualitet, preventivmedel och preventivmetoder, sexuellt överförda infektioner, oönskad graviditet och abort, kunskap och behov av stöd.

Metoddiskussion

Metoddiskussionen belyser styrkor och svagheter i studiedesign.

Resultatdiskussion

Utifrån resultaten följer en diskussion om skillnader mellan unga och unga vuxna på ungdoms- och LVM-hem och övriga unga i befolkningen utifrån hälsa, diskriminering, preventivmedel och preventivmetoder, sexuellt överförda infektioner, sex mot ens vilja och sex mot ersättning, behov av hälsofrämjande insatser samt rätten till kunskap och information. Diskussionen baseras på rättighets-, jämställdhets- och jämlikhetsperspektiv samt ger förslag på utvecklingsområden.

Bakgrund

Varför en studie på statliga ungdoms- och LVM-hem?

Den här rapporten är en del av Folkhälsomyndighetens uppföljning av arbetet med hivprevention samt sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) bland unga och unga vuxna. Det hivpreventiva arbetet har utgått från regeringens proposition *Nationell strategi mot hiv och aids och vissa andra smittsamma sjukdomar* (proposition 2005/06:60¹) (1). Arbetet genomfördes 2009–2011 inom ramen för Nationell handlingsplan för klamydiaprevention av aktörer inom landsting, storstadskommuner och det civila samhällets organisationer samt myndigheterna i Hivrådet (2).

Uppföljningsarbetet bygger på befolkningsstudier som kompletterats med fördjupningsstudier bland de grupper som i högre grad än andra inte svarar på enkäter och undersökningar. Den här rapporten *Sexualitet och hälsa bland unga och unga vuxna på statlig institutionsvård* baseras på en sådan fördjupningsstudie. För att nå det övergripande målet ökad sexuell hälsa och förebygga hiv, syftade Nationell handlingsplan för klamydiaprevention till att nå risktagande unga (3). Tidigare forskning har visat att de som är omhändertagna av socialtjänst och befinner sig på ungdomshem inom Statens institutionsstyrelses (SiS) ansvar tillhör en särskilt riskutsatt och risktagande grupp (4).

SRHR och socialt utsatta positioner

Sexualiteten är en faktor i människors liv som påverkar hälsa och välbefinnande. Sexuell hälsa är ett område där både fysiska, psykiska och sociala aspekter av sexualiteten beaktas i relation till hälsa (3, 5-7). Världshälsoorganisationen (WHO) har tagit fram följande definition:

”Sexuell hälsa ett tillstånd av fysiskt, emotionellt, mentalt och socialt välbefinnande i förhållande till sexualitet; det är inte enbart frånvaro av sjukdom, funktionsnedsättning eller lidande. Sexuell hälsa kräver en positiv och respektfull inställning till sexualitet och sexuella relationer, liksom möjligheten att ha njutbara och säkra sexuella erfarenheter fria från tvång, diskriminering och våld. För att sexuell hälsa ska kunna uppnås måste alla människors sexuella rättigheter respekteras, skyddas och uppfyllas” (8).

Sexuell hälsa är starkt sammanlänkat med sexuella rättigheter som ska respekteras, skyddas och uppfyllas. Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter påverkar varje

¹ Från december 2017 finns en ny hivstrategi: www.regeringen.se/informationsmaterial/2017/12/nationell-strategi-mot-hiv-aids-och-andra-smittsamma-sjukdomar/.

människors personliga relationer och sexualitet. Sexuella rättigheter är knutna till de mänskliga rättigheterna och innefattar bland annat rätten att inte bli diskriminerad, rätten till integritet och sekretess, rätten att inte utsättas för våld och tvång samt rätten till utbildning, information, hälso- och sjukvård eller omsorg inom området sexualitet och reproduktion (7, 8).

Ur ett rättighets- och jämlikhetsperspektiv belyser WHO att det är särskilt viktigt att nå unga personer, personer som är frihetsberövade, migranter, personer som lever med hiv, personer med funktionsnedsättningar, homo- och bisexuella personer, transpersoner samt personer som säljer sex. Det är också viktigt att det omgivande samhället inte diskriminerar eller har fördomar som kan försvåra för dem som tillhör någon eller flera av dessa grupper om de söker vård eller stöd (9). Unga och unga vuxna inom SiS är en grupp som både utifrån ålder och frihetsberövande är prioriterade för hälsofrämjande och förebyggande arbete.

Vem placeras på statliga ungdoms- och LVM-hem?

När socialtjänsten placerar en person på ungdoms- eller LVM-hem, görs det på grund av allvarliga psykosociala problem som missbruk och kriminalitet. Placeringarna föregås av utredningsarbete inom socialtjänsten och beslut i socialnämnden (10, 11). För varje placering upprättas en vårdplan och den kommunala socialtjänsten uppdrar åt myndigheten; Statens institutionsstyrelse (SiS), att genomföra vården. Målet är att ge individuellt anpassad vård och behandling. När unga och unga vuxna är placerade på ungdoms- eller LVM-hem erbjuds behandling, utbildning (skolgång) samt viss hälso- och sjukvård (12).

Den placeringsform som gäller för unga under 20 år med allvarliga psykosociala problem kan ske med stöd av socialtjänstlagen (SoL²), men främst genom lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU³)(10, 11). Inom SiS vårdas även ett mindre antal unga i åldern 15–17 år, som i domstol dömts till tidsbestämd vård enligt lagen om slutna ungdomsvård (LSU⁴) (13). Utöver detta finns också en placeringsform för unga vuxna över 18 år som har ett allvarligt och livshotande missbruk av droger eller alkohol. Dessa placeringar sker med stöd av lagen om vård av missbrukare (LVM⁵). Under 2016 var en genomsnittlig vårdtid grundat på LVU cirka 5 månader, men en stor andel av placeringarna var korta akutplaceringar. Vidare var den genomsnittliga vårdtiden för LVM 5 månader och

² Socialtjänstlagen (2001:453).

³ Lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga.

⁴ Lagen (1998:603) om verkställighet av slutna ungdomsvård.

⁵ Lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall.

för LSU 9,7 månader. Inom alla placeringsformerna vårdas killar något längre tid än tjejer (14).

Unga som är placerade på ungdomshem är i högre grad än sina jämnåriga från en miljö som kan beskrivas som multipelt socioekonomiskt utsatt. De ungas föräldrar har i stor utsträckning låg utbildning och svag eller ingen etablering på arbetsmarknaden. Det är också vanligare att de ungas föräldrar har erfarenhet av psykisk ohälsa, kriminalitet eller missbruk (15). Bland de unga som placerats på ungdomshem finns en överrepresentation av personer med intellektuella och neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (16, 17). Erfarenhet av samhällsvård som ung har även visat sig vara förknippat med att upprepade gånger vårdas enligt LVM som vuxen (18).

Generell hälsa på statliga ungdoms- och LVM-hem

Forskning visar att unga som är i kontakt med socialtjänst har generellt nedsatt hälsa (19-22) En studie om barn och unga under 18 år som befann sig i en socialtjänstutredning konstaterade hög grad av ohälsa. Totalt remitterades varantant barn vidare till somatisk mottagning eller till barn- och ungdomspsykiatri. Vid systematiska hälsokontroller på fyra av ungdomshemmen upptäcktes en stor mängd behandlingskrävande hälsoproblem. Hälsokontrollerna visade att hälsoproblemen antingen inte var kända sedan tidigare, eller kända men bristfälligt omhändertagna. Detta gällde för 75 procent av flickor och 40 procent av pojkarna (23, 24).

En placering på ett LVM-hem föregås alltid av ett allvarligt alkohol- eller drogbruk, och detta påverkar den generella hälsan i stor utsträckning. De som placeras på LVM-hem lever ofta i en mycket utsatt livssituation. I systematiska hälsointervjuer framkommer följande:

- 5 av 10 saknar egen bostad.
- 3 av 10 har varit fosterhemsplacerade.
- 4 av 10 har grundskola som högst avslutade utbildning.
- 3 av 10 har förtidspension eller sjukbidrag.
- 5 av 10 har allvarliga problem med sin fysiska hälsa.
- 4 av 10 har någon gång haft självmordstankar.
- 4 av 10 har någon gång vårdats inom psykiatrin.
- 3 av 10 har försökt ta sitt liv (25).

En registerstudie visar att en av fyra som vårdades enligt LVM mellan 2001 och 2009 hade avlidit 2011(26).

Sexuell hälsa på ungdoms- och LVM-hem

På SiS dokumenteras och följs hälsoläget bland annat genom systematiska inskrivningsintervjuer. Några av frågorna i den så kallade ADAD-intervjun⁶ berör området SRHR och hivprevention, och rapporter från dessa intervjuer sammanställs varje år. I 2016 års rapportering, som baseras på 838 unga med en medelålder på 16 år visade att: 77 procent var sexuellt aktiva, 39 procent använde alltid preventivmedel (inte specificerat vilket), 2 procent hade en könssjukdom (inte specificerat vilken), 25 procent hade erfarenhet av egen eller partners graviditet, 10 procent hade erfarenhet av sex i utbyte mot pengar eller andra förmåner och 3 procent hade blivit utsatta för sexuella övergrepp av partner. 45 procent av flickorna uppgav att de hade mensbesvär och 11 procent av flickorna hade erfarenhet av abort (14).

När det gäller sexuell hälsa visar tidigare studier att unga på ungdomshem ofta är en sårbar grupp med hög förekomst av sexuellt överförda infektioner (27-29). Ett forskningsprojekt som genomfördes under 2010–2013 visade att de som vårdades på SiS ungdomshem hade högre sexuell ohälsa jämfört med övriga unga i befolkningen (4). Studien visade att unga inom SiS hade en tidigare sexuell debut med partner, hade haft oskyddat sex och hade använt alkohol och droger vid senaste sextillfället i betydligt högre utsträckning än jämnåriga (30). Studien visade också att unga inom tvångsvård såg sina sexuella erfarenheter som något som de själva tyckte var ”värt risken”. Chansen till njutning, tröst, närhet, och status, eller att vara som alla andra vägde tyngre än eventuella risker (31, 32).

Även på LVM-hemmen dokumenteras och följs hälsoläget genom systematiska inskrivningsintervjuer. Några av frågorna i den så kallade DOK-intervjun⁷ berör området SRHR och hivprevention. I 2016 års rapportering, som baseras på intervjuer med 900 personer, med en medelålder på 37 år, framkom följande:

- 58 procent av kvinnorna och 54 procent av männen hade utsatt sig för risken att bli smittad av könssjukdomar.
- 14 procent av kvinnorna och 2 procent av männen hade utfört sexuell handling mot ersättning under de senaste 6 månaderna.
- 40 procent av kvinnorna och 12 procent av männen hade haft fler sexualpartners än de egentligen hade velat.

⁶ ADAD är en förkortning av Adolescent Drug Abuse Diagnosis. Vid inskrivning på ett ungdomshem genomför specialutbildad behandlingshemspersonal en strukturerad intervju som ger information om ungdomens aktuella situation och problem inom nio olika livsområden: fysisk hälsa, skolgång, arbete/sysselsättning, fritid och vänner, familjeförhållanden, psykisk hälsa, brottslighet samt användning av alkohol och narkotika.

⁷ DOK-intervjun genomförs av personal med särskild utbildning för detta i anslutning till inskrivning på LVM-hemmet. DOK innehåller strukturerade frågor om bland annat missbruk, hälsa, försörjning samt familje- och boendesituation.

- 63 procent av kvinnorna och 49 procent av männen hade någon gång velat ta sitt eget liv.
- 16 procent av kvinnorna och männen hade injicerat droger någon gång under det senaste året, men inte under de senaste 30 dagarna.
- 22 år för kvinnor respektive 21 år för männen var den genomsnittliga åldern vid första injektionen av droger.
- 38 procent av kvinnorna och 36 procent av männen hade hepatit C (33).

När det gäller sexuell hälsa bland vuxna i missbruk, finns flera svenska studier som behandlar utsatthet för sexuellt våld, och sex som del i utbyte mot droger bland kvinnor (34-36). Det visar sig att kvinnor och män som lämnat ett drogmissbruk många gånger upplever en osäkerhet inför sexlivet. Att tala om sexualiteten kan därför vara viktigt när det gäller att förebygga risken för återfall i missbruk. Den som har erfarenheten av att sexualitet hör samman med droger behöver få verktyg för att bearbeta detta och hitta nya förhållningssätt. Annars finns en risk att gamla förhållningssätt behålls och att sexuella relationer sammankopplas med drogbruk (37, 38).

Syfte

Den här rapporten syftar till att ge aktuell kunskap om hälsoläget inom området sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) och hivprevention bland unga och unga vuxna i åldern 16–29 år som befinner sig på statliga ungdoms- och LVM-hem.

Metod

Studiedesign

Undersökningen genomfördes som en enkätbaserad studie. Studien omfattar de 24 ungdomshem och 11 LVM-hem som Statens institutionsstyrelses (SiS) ansvarar för. Enkäten gick ut till unga och unga vuxna i åldern 15–29 år⁸ som var placerade inom SiS under undersökningsperioden 1 september–31 december 2016. I studiens planeringsfas bestämdes att utesluta ensamkommande unga och andra personer som inte talade svenska, eftersom metoden inte skulle kunna fånga denna grupp. Av etiska skäl exkluderades också de som inte bedömdes kunna besvara enkäten på grund av extra sårbara positioner, exempelvis de som nyligen befunnit sig i ett aktivt alkohol- eller narkotikabruk och var starkt påverkade av abstinens och de med akut svår psykisk ohälsa som svår depression eller psykos eftersom det skulle kunna skapa obehag eller lidande hos den enskilda. Urvalet är inte representativt för unga och unga vuxna på ungdoms- och LVM-hem, utan återger erfarenheter och upplevelser bland dem som besvarade enkäten.

Totalt var 909 personer, 15 år eller äldre, inskrivna på ungdomshemmen under år 2016. Av dessa var 664 killar och 245 tjejer. 190 individer var asylsökande eller ensamkommande barn och dessa ingick inte i studien. Urvalsramen på LVU-hemmen för hela år 2016 bestod alltså av 719 personer.⁹ På LVM-hemmen vårdades 314 personer under 30 år 2016. Av dessa var 198 män och 116 kvinnor.

Sammantaget utgjordes de båda institutionsformernas gemensamma urvalsram för hela året 2016 av 1 033 personer. Exakt hur många som vårdades på ungdoms- och LVM-hemmen under den 4 månader långa datainsamlingsperioden är däremot okänt. Likaså är det okänt hur många av individerna på hemmen som tillhörde de övriga exkluderade grupperna, till exempel akut svår psykisk ohälsa eller som var i extra sårbara positioner.

Enkäten

I syfte att studera hälsoläget och visa på eventuella skillnader användes Folkhälsomyndighetens enkät UngKAB15, som använts i en befolkningsbaserad undersökning bland unga 16–29 år i Sverige (39). Enkäten justerades något för att

⁸ Rapporten behandlar bara unga i åldern 16–29 år, vilket är samma åldersgrupp som i den nationella befolkningsundersökningen. Datainsamlingen i sin helhet omfattade 15–29-åringar. Att datainsamlingen ändå inkluderade 15-åringar beror på att kommande fördjupningsstudier kommer att jämföra med tidigare undersökningar där åldersgruppen 15-åringar har varit med.

⁹ Uppgiften lämnades av utredare på SiS.

passa målgruppen. De huvudsakliga justeringarna låg inom frågeområdet sociodemografiska variabler, där följande alternativ lades in: födelseland/region, att inte ha avslutat någon utbildning samt en möjlighet att markera att man är hemlös. Utöver detta justerades fråga 47 om det senaste sextillfället, och ett svarsalternativ att ha varit påverkad av narkotika lades till. Den slutliga enkäten (se bilaga 1) behandlade följande områden: sociala aspekter, sexuell identitet, sexuella erfarenheter, preventivmetoder och preventivmedel, alkohol, droger och sex, oönskade graviditeter, våld, diskriminering, sex mot sin vilja, sex mot ersättning samt kunskap, information och behov.

Genomförande

Forskaren Malin Lindroth kontaktade institutionschefer på SiS samtliga ungdomshem och LVM-hem för att få namn och kontaktuppgifter till en kontaktperson på respektive institution. Två LVM-hem vårdade inte personer i den aktuella åldern. Bortsett från ett ungdomshem och två LVM-hem nåddes samtliga institutioner som vårdade personer i den aktuella åldern.

De flesta kontaktpersoner arbetade som sjuksköterskor på den aktuella institutionen, några få som rektorer, metod- och behandlingsansvariga eller psykologer. Via telefon förklarade forskaren för kontaktpersonerna studiens bakgrund och syfte, liksom inklusions- och exklusionskriterier samt tillvägagångssättet. Stor vikt lades vid att gå igenom förutsättningarna som rörde de svarandes integritet. Den som var intresserad av att delta skulle få ett förfrankerat svarskuvert som innehöll informationsblad och enkät, för att därefter besvara enkäten i avskildhet, försluta kuvertet och posta det. I samtalet poängterades också vikten av att beskriva att deltagande inte på något sätt var kopplat till orsaken för vistelsen på ungdoms- eller LVM-hemmet, till SiS eller till socialtjänsten i hemkommunen. Syftet med detta var att tydliggöra att det var frivilligt att delta samt att det inte påverkade deras vistelse på ungdoms- eller LVM-hemmet.

I samråd med kontaktpersonen gjorde forskaren en bedömning av hur många potentiella deltagare som fanns på institutionen under den tid som datainsamlingen pågick. Det överenskomna antalet enkäter, plus fem extra, och svarskuvert med enkät och informationsblad postades därefter till kontaktpersonen. Sammanlagt skickades 520 enkäter ut, varav 395 till ungdomshem och 125 till LVM-hem.

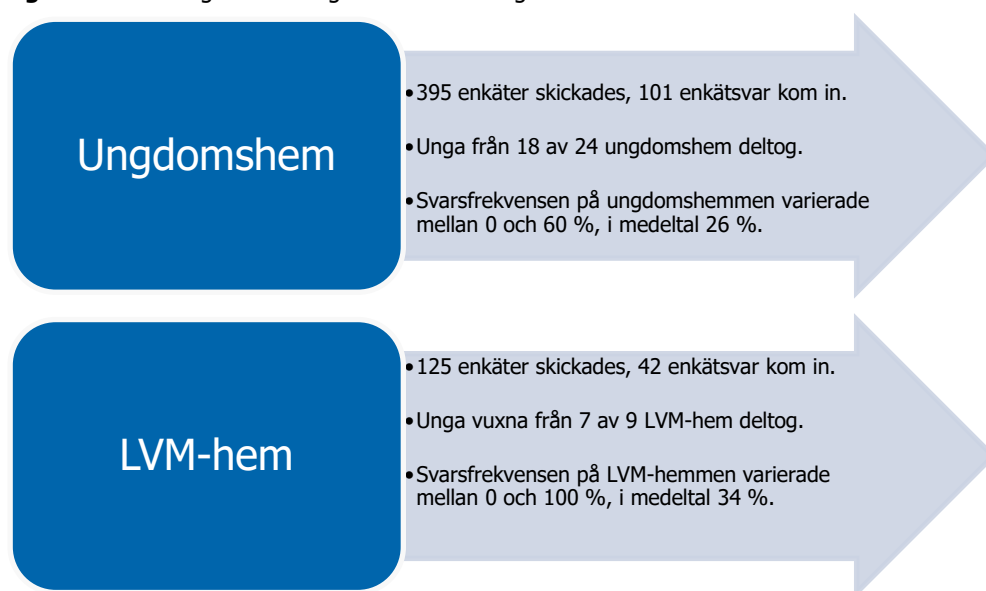
Under månadsskiftet november–december ringde forskaren upp kontaktpersonerna för att påminna om studien. I mitten av december gjordes en andra påminnelse, denna gång av de tre hälso- och sjukvårdsledarna inom SiS via mejl. Datainsamlingen pågick under perioden 1 september–31 december 2016.

Svarsfrekvens

Unga på 18 av de 24 ungdomshemmen deltog. Svarsfrekvensen per ungdomshem varierade mellan 0 och 60 procent. Totalt inkom 101 enkäter från ungdomshemmen.

Unga vuxna på 7 av de 9 LVM-hemmen deltog. Svarsfrekvensen per LVM-hem varierade mellan 0 och 100 procent. Totalt inkom 42 enkäter från LVM-hemmen (figur 1).

Figur 1. Översiktlig beskrivning av datainsamling och svarsfrekvens.



Sammanlagt 26 enkäter uteslöts från analysen som ligger till grund för den här rapporten. Fem enkäter uteslöts på grund av att de var ofullständigt ifyllda. Gemensamt för dessa var att det var unga män som besvarade enkäten, och att de bara besvarat de första sidorna. Tre av dessa unga anger att de kommit med vänner till Sverige för ett till två år sedan, så språksvårigheter kan ha orsakat de ofullständigt ifyllda enkäterna. Två enkäter som bevarats av unga män analyserades inte, eftersom svaren var uppenbart oseriösa och ytterligare två på grund av att kvinnorna som besvarat dem var över 30 år. Sjutton enkäter som hade besvarats av 15-åringar uteslöts för att möjliggöra en jämförelse med befolkningsundersökningen *Sexualitet och hälsa bland unga i Sverige*, som innehöll åldersspannet 16–29 år. Men de enkäter som besvarats av 15-åringarna kommer att ingå i jämförelser över tid med andra studier, exempelvis UngKAB09. Totalt har den här studien en svarsfrekvens på 23 procent (117 personer). En regelrätt bortfallsanalys är inte möjlig att göra eftersom placeringarna på SiS

varierar under året och först slutredovisas årsvis och på totalen för året. Under den tid studien genomfördes är det därför oklart hur många unga och unga vuxna som var placerade på SiS. Det går däremot att resonera om urvalets storlek, hur representativt det är och vilka som inte deltog i studien.

De allra flesta enkäter är ifyllda, från första till sista sidan, något som antyder att de som har tagit sig tid att bevara enkäten har fäst stor vikt vid att göra det. Det interna bortfallet varierar. Generellt kan sägas att slutet av enkäten har besvarats av färre än som började besvara den (läs vidare om respondenternas upplevelse av enkäten i kapitlet Metoddiskussion).

Analys och presentation av resultatet

Analyserna i rapporten baseras på 117 enkätsvar och resultaten presenteras genom deskriptiv data (procentandelar) i både text och tabellform uppdelat på kön. Tabellerna anger också antal svarande per fråga (n). De inkomna enkätsvaren kvalitetsgranskades innan de lades in manuellt i databearbetningsprogrammet SPSS version 22 (IBM Corp, Armonk, New York, USA). Materialet har röjandekontrollerats för att säkra anonymiteten för svar uppdelat på kön. Om svarsfrekvenser i frågor, som skulle kunna upplevas känsliga, är 2 eller färre redovisas de inte i rapporten.

Etiska överväganden

I anslutning till enkäten fanns skriftlig information om studiens syfte, genomförande, tillförlitlighet och om frivilligheten att delta (se informationsbrev i bilaga 2). Sidan innehöll även kontaktuppgifter till den ansvariga forskaren samt upplysningar om olika aktörer inom området sexuell hälsa dit det går att vända sig för att få svar på frågor eller söka hjälp. Detta motiverades av att deltagarna skulle kunna bli berörda av att svara på frågor om sexualitet, något som kan behöva bearbetas tillsammans med någon utomstående. Informationsbladet var separerat från enkäten, för att deltagarna skulle kunna spara det.

De svarandes deltagande i studien byggde på principen om informerat samtycke. De som samtyckte till att delta i studien gjorde detta genom att besvara enkäten och själva posta den i det förfrankerade och förslutna kuvertet, eller lämna till någon annan för att posta. De svarande som var 15–18 år samtyckte själva till att delta i studien och samtycke hämtades inte från vårdnadshavarna. Inga personuppgifter eller annan data som kunde möjliggöra identifiering hämtades in. Etikprövning gjordes och studien godkändes den 10 maj 2016 vid Regionala etikprövningsnämnden i Linköping (dnr 2016/163-31).

Bakgrundsvariabler

Kapitlet behandlar resultat för bakgrundsvariabler, som ålder, juridiskt kön, självupplevt kön, transefarenhet, födelse land/region samt utbildning och ekonomi.

Huvudsakliga resultat

- 47 procent kategoriserade sig som tjej och 53 procent som kille. Ingen kategoriserade sig som någon annan könsidentitet utöver de två juridiska alternativen för kön.
- Ingen angav sig vara eller ha varit transperson.
- 80 procent var födda i Sverige och 20 procent var utrikesfödda.
- 70 procent angav att den högsta avslutade utbildningen var grundskola eller motsvarande.
- 14 procent hade inte avslutat någon utbildning. En högre andel killar (16 procent) än tjejer (8 procent) hade inte avslutat någon utbildning.

Kön och könsidentitet

Frågan om kön hade följande tre svarsalternativ: kvinna, man och jag vill inte kategorisera mig. I den här rapporten används fortsättningsvis benämningen tjejer och killar i stället för kvinnor och män.

Totalt kategoriserade 47 procent sig som tjej och 53 procent som kille (tabell 1). Ingen kategoriserade sig som någon annan könsidentitet utöver de två juridiska alternativen för kön.

Tabell 1. Kön och könsidentitet.

Är du tjej/kvinna eller kille/man? Fråga 1.

	Tjejer		Killar		Personer som inte vill kategorisera sig utifrån kön		Totalt	
	Andel	n	Andel	n	Andel	n	Andel	n
Kön och könsidentitet	47	55	53	62	0	0	100	117

Transperson

Ingen svarade att de var eller har varit transperson.

Ålder

Bland tjejer var medelåldern 20 år och medianen 19 år. Bland killarna var medelåldern 19 år och medianen 18 år.

Utrikesfödda och migrationserfarenhet

En högre andel tjejer (91 procent) än killar (70 procent) var födda i Sverige. Totalt var 20 procent utrikesfödda.

Bland utrikesfödda hade 14 procent kommit till Sverige med sin familj, 2 procent med släktingar och 4 procent som ensamkommande. 15 procent svarade att de kommit frivilligt och 3 procent att de kommit mot sin vilja. De vanligaste födelseregionerna för de utrikesfödda var Asien eller Europa utom Norden.

Utbildning

Totalt hade de unga följande utbildningsbakgrund: 70 procent hade avslutat grundskola eller motsvarande, 16 procent hade avslutat gymnasiet. 12 procent hade ingen avslutad grundutbildning. En högre andel killar (16 procent) än tjejer (8 procent) hade inte någon avslutad utbildning.

Ekonomisk situation

45 procent svarade att de inte hade en särskilt god eller inte alls god ekonomi, medan 43 procent tyckte att de hade en mycket god eller god ekonomi. Killar (49 procent) tenderade i större utsträckning än tjejer (36 procent) att tycka att de hade en god eller mycket god ekonomi.

Tabell 2. Ekonomi.

Hur skulle du beskriva din/ditt hushålls ekonomi? Fråga 5.

	Tjejer		Killar		Totalt	
	Andel	n	Andel	n	Andel	n
Mycket god eller god	36	19	49	29	43	48
Inte särskilt god eller inte alls god	51	27	39	23	45	50
Vet inte	13	7	12	7	13	14
Totalt	100	53	100	59	100	112

Bostadssituation

På frågan om vem deltagarna delar bostad med när de inte befinner sig på ungdoms- eller LVM-hem, var det vanligaste svaret att bo tillsammans med föräldrar eller syskon (42 procent). En högre andel killar än tjejer bodde med föräldrar och syskon.

Tabell 3. Bostadssituation.

Med vem delar du bostad? Fråga 3.

	Tjejer		Killar		Totalt	
	Andel	n	Andel	n	Andel	n
Föräldrar eller syskon	32	17	51	31	42	48
Jag bor på annat sätt	32	17	21	13	26	30
Ingen	21	11	18	11	19	22
Make/maka/sambo/partner	13	7	7	4	10	11
Andra vuxna	2	1	3	2	3	3
Kollektiv/studentkorridor	0	0	0	0	0	0
Barn	0	0	0	0	0	0

Hälsa, relationer och socialt stöd

Kapitlet behandlar upplevelser och erfarenheter av generell hälsa, nära relationer, socialt stöd, psykisk hälsa, självkänsla, suicid samt självupplevd kränkning och diskriminering.

Huvudsakliga resultat

- Totalt tyckte 70 procent att de hade en bra eller mycket bra hälsa. En högre andel killar (44 procent) jämfört med tjejer (13 procent) upplevde sin hälsa som mycket bra.
- Totalt tyckte 62 procent att de hade någon som de kunde dela sina innersta tankar och känslor med.
- 45 procent kände att de hade kontroll över sitt liv. En lägre andel tjejer (35 procent) jämfört med killar (54 procent) kände att de hade kontroll över sitt liv.
- Totalt 58 procent upplevde att de i stort sett var nöjda med sig själva. Andelen var lägre bland tjejer (37 procent) än bland killar (77 procent).
- 52 procent rapporterade att de blivit diskriminerade eller kränkta under de senaste 12 månaderna. Andelen var högre bland tjejer (69 procent) än bland killar (36 procent).
- 50 procent hade varit utsatta för fysiskt våld under de senaste 12 månaderna. En högre andel tjejer (65 procent) än killar (38 procent) hade varit utsatta.
- Totalt hade 46 procent försökt ta sitt liv under de senaste 12 månaderna. En högre andel tjejer (59 procent) än killar (32 procent) hade försökt ta sitt liv.

Hälsa

Totalt ansåg 70 procent att de hade en bra eller mycket bra hälsa. En högre andel killar (44 procent) jämfört med tjejer (13 procent) upplevde sin hälsa som mycket bra.

Psykosomatiska och kroppsliga besvär

Tjejer tenderar att i större utsträckning än killar uppge att de upplevt samtliga av de psykosomatiska besvären i stort sett varje dag. En högre andel tjejer än killar rapporterade att de i stort sett varje dag har haft huvudvärk, ont i magen, känt sig nere, känt sig nervösa och har haft svårt att somna. Det vanligaste besväret som

återkommer i stort sett varje dag både för tjejer (67 procent) och killar (41 procent) är att ha svårt att somna.

Tabell 4. Psykosomatiska och kroppsliga besvär.

Om du tänker på de senast 6 månaderna, hur ofta har du upplevt något av följande? Svartalernativet "I stort sett varje dag" för påståendena i fråga 11. Fler svartalernativ kunde anges.

	Tjejer		Killar		Totalt	
	Andel	n	Andel	n	Andel	n
Ont i ryggen	29	15	17	9	23	24
Känt mig nere	44	23	13	7	28	30
Irriterad/dåligt humör	41	22	24	13	32	35
Känt mig nervös	28	14	6	3	16	17
Haft svårt att somna	67	37	41	22	54	59

Användning av läkemedel som inte ordinerats av läkare

Totalt svarade 69 procent att de någon gång använt receptbelagda läkemedel utan läkares ordination. En högre andel tjejer (76 procent) än killar (62 procent) hade gjort detta.

Tabell 5. Användning av receptbelagda läkemedel utan förskrivning.

Har du någon gång, utan läkares ordination, använt receptbelagda läkemedel, som smärtstillande, lugnande eller sömnmedel? Fråga 12.

	Tjejer		Killar		Totalt	
	Andel	n	Andel	n	Andel	n
Ja	76	42	62	37	69	79
Nej	20	11	33	20	27	27
Vet ej	4	2	5	3	4	5

Nära relationer

Totalt rapporterade 62 procent att de hade någon som de kunde dela sina innersta tankar och känslor med.

Tabell 6. Nära relationer.

Har du någon du kan prata med om dina innersta känslor? Fråga 9.

	Tjejer		Killar		Totalt	
	Andel	n	Andel	n	Andel	n
Ja	62	34	61	38	62	72
Nej	38	21	39	24	38	45

Socialt stöd

Totalt svarade 80 procent att de alltid eller för det mesta kunde få hjälp av någon eller några personer om de hade praktiska problem eller var sjuka.

Tabell 7. Socialt stöd.

Kan du få hjälp av någon eller några personer om du har praktiska problem eller är sjuk? Fråga 10.

	Tjejer		Killar		Totalt	
	Andel	n	Andel	n	Andel	n
Ja, alltid/för det mesta	78	42	82	49	80	91
Nej, aldrig/för det mesta inte	22	12	18	11	20	23

Självkänsla

En högre andel killar än tjejer tyckte att de i stort sett var nöjda med sig själva, att de hade kontroll över sitt liv och att de kunde göra saker lika bra som andra. En högre andel killarna tycker att de kände sig glada när de tänkte på sin framtid.

Tabell 8. Skattning av självkänsla.

Hur väl stämmer följande påståenden in på dig? Svarsalternativet "Instämmer helt" för påståendena i fråga 17

	Tjejer		Killar		Totalt	
	Andel	n	Andel	n	Andel	n
Jag är i stort sett nöjd med mig själv	37	20	77	47	58	67
Jag kan göra saker lika bra som alla andra	53	28	84	51	69	79
Jag känner mig glad när jag tänker på min framtid	36	19	52	31	44	50
Jag har kontroll över mitt liv	35	18	54	33	45	51

Diskriminering och kränkning

Totalt svarade 52 procent att de blivit diskriminerade eller kränkta under de senaste 12 månaderna. Andelen var högre bland tjejer (69 procent) än bland killar (36 procent).

Tabell 9. Diskriminering och kränkning.

Har du under de senaste 12 månaderna blivit behandlad/bemött på ett sätt så att du känt dig diskriminerad eller kränkt? Svartalternativet "Ja" på fråga 13.

	Tjejer		Killar		Totalt	
	Andel	n	Andel	n	Andel	n
Blivit behandlad/bemött på ett sätt så att jag känt mig diskriminerad eller kränkt	69	38	36	22	52	60

Totalt var de tre vanligaste orsakerna till självupplevd diskriminering eller kränkning, utifrån diskrimineringsgrunderna i följande ordning: etnisk tillhörighet/hudfärg (10 procent), funktionsnedsättning (9 procent) och ålder (6 procent).

För tjejer var de fyra vanligaste orsakerna: funktionsnedsättning (18 procent), ålder (13 procent), etnisk tillhörighet/hudfärg (9 procent), sexuell läggning (7 procent).

Killar upplevde sig i mycket mindre utsträckning diskriminerade. De två vanligaste orsakerna för dem var: etnisk tillhörighet/hudfärg (11 procent), religion (4 procent).

Utöver detta hade totalt 30 procent angett svartalternativet annat, vilket innebär att de blivit diskriminerade eller kränkta på andra grunder. Bland fritextsvaren framkommer exempelvis alternativen: "är missbrukare", "blir inte accepterad för den jag är" och "familjens ställning".

Bland killar var de vanligaste områdena där de upplevt diskriminering och kränkning: polis (23 procent) och socialtjänst/i HVB-vård/institutionsvård (21 procent).

Bland tjejer var de vanligaste områdena där de upplevt diskriminering och kränkning: socialtjänst/i HVB-vård/institutionsvård (36 procent), skola eller arbete (22 procent) och polis (22 procent).

Fysiskt våld

Totalt hade 50 procent varit utsatta för fysiskt våld under de senaste 12 månaderna. Andelen var högre bland tjejer (65 procent) än bland killar (38 procent).

För tjejer var det vanligast att ha blivit utsatt för våldet i någon annans bostad eller i bostadsområdet (26 procent) och på allmän plats eller nöjesställe (24 procent).

För killar var det vanligast att ha blivit utsatt för våldet på allmän plats eller nöjesställe (24 procent) samt någon annanstans (15 procent).

Totalt valde 9 procent alternativet annan plats och i fritextsvaren anger de exempelvis: på HVB-hem, på SiS-hem, hos polisen, på sjukhus och på hotell.

Tabell 10. Fysiskt våld.

Har du under de senaste 12 månaderna varit utsatt för fysiskt våld? Svartalernativet "Ja" på fråga 16.

	Tjejer		Killar		Totalt	
	Andel	n	Andel	n	Andel	n
Fysiskt våld under senast 12 månaderna	65	35	38	23	50	58

Suicidtankar

Totalt hade 56 procent någon gång *tänkt* ta sitt liv. En högre andel tjejer (76 procent) hade haft suicidtankar jämfört med killar (38 procent).

Tabell 11. Suicidtankar.

Har du någon gång tänkt på att ta ditt liv? Svartalernativet "Ja" på fråga 18.

	Tjejer		Killar		Totalt	
	Andel	n	Andel	n	Andel	n
Har du någon gång tänkt på att ta ditt liv?	76	40	38	23	56	63

Suicidförsök

Totalt hade 46 procent försökt ta sitt liv under de senaste 12 månaderna och 56 procent hade försökt ta sitt liv någon gång för mer än 12 månader sedan.

En högre andel tjejer (59 procent) än killar (32 procent) hade försökt ta sitt liv både under de senaste 12 månaderna samt någon gång tidigare i sitt liv.

Tabell 12. Suicidförsök.

Har du någon gång försökt ta ditt liv? Fråga 19.

	Tjejer		Killar		Totalt	
	Andel	n	Andel	n	Andel	n
Under senast 12 månaderna	59	13	32	6	46	19
För mer än 12 månader sedan	68	19	41	9	56	28

Sexualitet

Kapitlet presenterar resultat för frågor om debutålder, antal partner, att bestämma jämlikt, nöjdhet och välbefinnande, sex mot sin vilja samt sex mot ersättning.

Huvudsakliga resultat

- Medelåldern för sexdebut med någon annan var 13 år för tjejer och 14 år för killar. 71 procent hade debuterat före 15 års ålder.
- De unga beskrev sin sexuella identitet som: heterosexuell (80 procent), bisexuell (14 procent), brukar inte kategorisera mig sexuellt (2 procent), vet inte (2 procent), homosexuell (1 procent) och annat (1 procent). Sammantaget definierade sig 19 procent utanför heteronormen.
- Totalt varierade antalet oskyddade sexuella kontakter under de senaste 12 månaderna mellan 1 och 30 kontakter. Antalet oskyddade sexkontakter var högre bland tjejer (median 4) jämfört med killar (median 2).
- Totalt 59 procent hade erfarenhet av sexuella handlingar mot sin vilja. Andelen var högre bland tjejer jämfört med killar gällande samtliga typer av sexuella handlingar mot sin vilja.
- Vid det senaste sextillfället hade de unga använt följande droger: amfetamin, kokain, heroin, ecstasy, LSD, spice eller andra nätdroger (41 procent), hasch eller marijuana (40 procent), alkohol (33 procent). 21 procent hade injicerat droger.
- 8 procent av tjejerna hade haft sex med flera personer vid senaste sextillfället.
- Totalt hade 24 procent fått betalt för en sexuell tjänst. Andelen var högre bland tjejer (35 procent) än killar (14 procent). En högre andel killar (29 procent) jämfört med tjejer (8 procent) hade betalat för en sexuell tjänst.

Andel som haft sex och ålder för sexdebut med partner

Totalt 97 procent svarade att de hade haft sex med någon annan. Medelåldern för sexdebut med någon annan var 13 år för tjejer och 14 år för killar. 71 procent

(ungefär lika många tjejer som killar) hade debuterat före 15 års ålder. Variationen var mellan 9¹⁰ och 19 år.

Nöjd med sexlivet

Totalt svarade 54 procent att de var mycket eller ganska nöjda med sitt nuvarande sexliv. Killar (62 procent) tenderade att i större utsträckning vara mycket eller ganska nöjda med sitt nuvarande sexliv jämfört med tjejer (43 procent).

Tabell 13. Nöjd med sexlivet.

Hur nöjd är du med ditt nuvarande sexliv? Fråga 21.

	Tjejer		Killar		Totalt	
	Andel	n	Andel	n	Andel	n
Mycket eller ganska nöjd	43	23	62	38	54	61
Varken nöjd eller missnöjd	36	19	21	13	28	32
Ganska eller mycket missnöjd	21	11	16	10	18	21
Totalt	100	53	100	61	100	114

Vad är viktigt i en sexuell relation?

De tre områden som de unga ansåg var viktigast i en sexuell relation var: att vi, om det behövs, skyddar oss mot sexuellt överförda infektioner (79 procent), att kunna prata om sex (76 procent) och att vi, om vi inte vill bli gravida, skyddar oss med preventivmedel (74 procent). Störst skillnad fanns för påståendet att vi har testat oss för sexuellt överförda infektioner, som 79 procent av tjejerna tyckte var viktigt jämfört med 66 procent av killarna.

¹⁰ Frågan ställdes på samma sätt som i befolkningsundersökningen UngKAB15. Men eftersom ett stort antal unga inom SIS har debuterat sexuellt med en partner vid mycket låg ålder, väcker det frågor om hur vi ska tolka resultatet. Framtida studier behöver i större utsträckning fråga om debuten med en partner skedde frivilligt. Vi har ändå valt att redovisa frågan som den ställdes, vilket också gjordes i befolkningsundersökningen där samma förbehåll gäller.

Tabell 14. Vad är viktigt för dig i en sexuell relation?

Vad är viktigt för dig i en sexuell relation? Svartalternativet "Ja" i fråga 23.

	Tjejer		Killar		Totalt	
	Andel	n	Andel	n	Andel	n
Att jag kan prata om sex	76	40	77	43	76	83
Att vi bestämmer lika mycket hur och var vi har sex	73	38	71	42	72	80
Att vi har lika mycket intresse för sex	74	39	79	46	77	85
Att vi, om det behövs, skyddar oss mot sexuellt överförda infektioner	79	42	78	46	79	88
Att vi, om vi inte vill bli gravida, skyddar oss med preventivmedel	79	42	70	41	74	83
Att vi har testat oss för sexuellt överförda infektioner	79	41	66	39	72	80

Egenmakt vid senaste sextillfället

När det gäller det senaste sextillfället svarade totalt 87 procent att de hade sex på en trygg plats där de kände sig säkra. 91 procent ansåg att de hade sex på ett sätt som de själv ville. 83 procent svarade att de kände att de kunde föreslå och använda kondom eller annat preventivmedel om de ville.

Tabell 15. Egenmakt kopplat till senaste sextillfället.

Om du tänker på senaste gången du hade sex, stämmer följande påståenden in på det tillfället? Svartalternativet "Ja" på påståenden i fråga 30.

	Tjejer		Killar		Totalt	
	Andel	n	Andel	n	Andel	n
Jag hade sex på en trygg plats där jag kände mig säker	83	38	91	50	87	88
Jag hade sex på ett sådant sätt som jag själv ville	85	44	97	58	91	102
Jag kände att jag kunde föreslå och använda kondom eller annat preventivmedel om jag ville	75	36	89	49	83	85

Sexuella handlingar

Bland dem som debuterat med en partner var de vanligaste sexuella handlingarna vid det senaste sextillfället: *vaginalt samlag* (84 procent), *oralsex/munsex* (59 procent), *smeksex/gnidsex/petting* (40 procent), *analt samlag* (16 procent), *sexleksaker/hjälpmiddel* (13 procent) eller *online-sex/sex över internet* (1 procent).

Sexuell identitet

Totalt betraktade de unga sin sexuella identitet som: *heterosexuell* (80 procent), *bisexuell* (14 procent), *homosexuell* (1 procent), *brukar inte kategorisera mig sexuellt* (2 procent), *vet inte* (2 procent) och *annat* (1 procent).¹¹

Partner vid senaste sextillfället

Samtliga killar anger att partnern vid senaste sextillfället var en tjej. Bland tjejerna svarade 87 procent att deras partner vid det senaste sextillfället var en kille och 4 procent hade en partner som var tjej. Totalt hade 8 procent av tjejerna haft sex med flera personer vid senaste sextillfället.

Antal partner

De unga hade haft 1–100 sexpartner under de senaste 12 månaderna. Tjejer hade haft fler sexpartner (median 4) än killar (median 2).

De unga hade haft 1–1 000 sexpartner hittills i livet. Tjejer hade haft fler sexpartner (median 28) än killar (median 13).

Oskyddat sex

Totalt hade de unga haft 1–30 oskyddade sexuella kontakter (median 3) under de senaste 12 månaderna. Antalet oskyddade sexkontakter var högre bland tjejer (median 4) än killar (median 2).

Alkohol och andra droger vid senaste sextillfället

Andelen unga som använt alkohol och droger i samband med senaste sextillfället var i följande ordning: amfetamin, kokain, heroin, ecstasy, LSD, spice eller andra nädroger (41 procent), hasch eller marijuana (40 procent), alkohol (33 procent). 21 procent hade injicerat droger vid senaste sextillfället. En högre andel tjejer (50 procent) än killar (34 procent) hade använt amfetamin, kokain, heroin, ecstasy, LSD, spice eller andra nädroger. En högre andel killar (36 procent) än tjejer (29 procent) hade använt alkohol vid senaste sextillfället.

¹¹ Eftersom rapportens resultat inte innehåller decimaler förekommer ibland avrundningsfel vid summeringen i totalerna.

Tabell 16. Användning av alkohol och droger vid senaste sextillfället.

Använde du ... vid senaste sextillfället? Svartalernativet "Ja" på fråga 35–38.

	Tjejer		Killar		Totalt	
	Andel	n	Andel	n	Andel	n
Alkohol	29	15	36	21	33	36
Hasch eller marijuana, dvs. cannabis	48	24	33	19	40	43
Annan narkotika, som amfetamin, kokain, heroin, ecstasy, LSD, spice eller andra nãtdroger	50	26	34	20	41	46
Injicerat droger, dvs. anvãnt spruta fãr att ta droger	28	15	15	9	21	24

Sex mot sin vilja

Totalt hade 59 procent varit utsatta fãr nãgon sexuell handling mot sin vilja. En hãgre andel tjejer jãmfãrt med killar svarade att de har varit utsatta fãr samtliga typer av sex mot sin vilja. Den vanligast fãr bãde tjejer (79 procent) och killar (18 procent) var att nãgon hade berãrt kãn eller brãst. 22 procent angav att nãgon hade lagt ut nakenbilder av dem mot deras vilja. 12 procent uppgav att de sjãlva lagt ut nakenbilder mot sin vilja.

Tabell 17. Sex mot sin vilja.

Har det mot din vilja hãnt dig att ... Svartalernativet "Ja" pã pãstãendena i frãga 47. Fler alternativ kunde anges

	Tjejer		Killar		Totalt	
	Andel	n	Andel	n	Andel	n
Nãgon har blottat sig fãr dig	61	30	17	9	38	29
Nãgon har berãrt ditt kãn eller dina brãst	79	42	19	10	49	52
Du har onanerat åt nãgon	49	24	6	3	27	27
Du har haft vaginalt samlag	70	35	16	8	43	43
Du har haft oralsex/munsex	56	28	17	9	36	37
Du har haft analt samlag	40	19	8	4	23	23

Sex mot ersãttning

Totalt svarade 19 procent att de har erfarenheter av att ha *gett* ersãttning eller betalat fãr en sexuell tjãnst. Andelen var hãgre bland killar (29 procent) än bland tjejer (8 procent).

Totalt rapporterade 24 procent att de *fått* ersättning eller betalt för en sexuell tjänst. Andelen var högre bland tjejer (35 procent) än bland killar (14 procent).

Tabell 18. Sex mot ersättning.

Har du någon gång ... Svartalernativet "Ja" på fråga 48.

	Tjejer		Killar		Totalt	
	Andel	n	Andel	n	Andel	n
Betalat för en sexuell tjänst?	8	4	29	16	19	20
Fått ersättning för en sexuell tjänst?	35	18	14	8	24	26

Preventivmetoder och preventivmedel

Kapitlet presenterar attityd, erfarenhet och eventuella hinder när det gäller preventivmetoder och preventivmedel. Med preventivmetoder avses här kondom, vaginal-kondom (även kallat femidom), säkra perioder (tidigare kallat naturlig familjeplanering som idag kan stödjas av datorbaserad applikation) och avbrutet samlag. Med preventivmedel avses alla övriga som listats i enkäten.

Huvudsakliga resultat

- Det skydd som de flesta kunde tänka sig var kondom (70 procent). Men vid senaste sextillfället var det mest använda skyddet hormonell metod, dvs. p-piller, minipiller, p-plåster eller p-stav (34 procent).
- 41 procent upplevde en sexpartner som föreslår kondom som ansvarsfull och omtänksam. Samtidigt utgick 39 procent från att en partner som föreslår kondom utgår från att någon har en sexuellt överförd infektion (STI).
- De tre vanligast orsakerna till att kondom inte användes vid senaste sextillfället var: det är skönare utan (40 procent), använde annat graviditetsskydd som p-piller, spiral eller liknande (27 procent) och var påverkad av narkotika (23 procent).

Tänkbara preventivmetoder och preventivmedel

Vid en rangordning av tänkbara preventivmedel och preventivmetoder kom kondom på första plats (70 procent). Därefter kom övriga alternativ i följande ordning: p-stav (36 procent), p-piller (24 procent), minipiller (27 procent), säkra perioder (26 procent), spiral (20 procent), p-plåster (14 procent), vaginal kondom (12 procent), p-ring (8 procent) och pessar (5 procent).

Använda preventivmetoder och preventivmedel

De preventivmetoder eller preventivmedel som de unga använde vid senaste sextillfället var i störst utsträckning hormonell metod (34 procent). Därefter angav de: kondom under hela sextillfället (18 procent), avbrutet samlag (8 procent), sex på ett sådant sätt att skydd inte behövdes (7 procent), kondom som sattes på strax före utlösning (2 procent), kopparspiral (2 procent) samt ”säker period” (1 procent) och pessar (1 procent). 19 procent angav att de inte använde något skydd men att det hade behövts.

Attityd till kondom

Den mest vanliga attityden till en sexpartner som föreslog kondom var att partnern upplevdes som ansvarsfull och omtänksam (41 procent). Därefter angavs följande attityder: en partner som föreslår kondom utgår från att någon av parterna har en sexuellt överförd infektion (39 procent), kondom behövs inte om partnern är känd sedan tidigare (33 procent), det är bra eftersom man inte behöver oroa sig efteråt (27 procent), bra eftersom jag gärna använder kondom själv och tycker därför det är bra om en partner föreslår det (21 procent), vill inte använda kondom och blir irriterad om partner föreslår detta (9 procent) och det är bra om partner föreslår kondom eftersom det då blir enklare att ha sex (3 procent). Tjejers och killars svar tenderade att vara relativt lika i attitydfrågor till kondom.

Tabell 19. Attityd till kondom.

När du har sex med en ny partner som vill använda kondom vid samlag, hur reagerar du då? Fråga 24.

	Tjejer		Killar		Totalt	
	Andel	n	Andel	n	Andel	N
Jag tycker personen verkar vara omtänksam/ansvarsfull	49	27	34	21	41	48
Jag tycker det är bra eftersom jag då inte behöver oroa mig efteråt	26	14	29	18	27	32
Jag vill gärna använda kondom själv och tycker att det är bra om min partner föreslår det	20	11	23	14	21	25
Det skulle kännas som om personen kanske har en könssjukdom eller tror att jag har det	44	24	36	22	39	46
Jag vill inte använda kondom och blir störd om min partner förslår det	9	5	8	5	9	10
Om jag känner personen sedan tidigare tycker jag inte att det behövs	31	17	34	21	33	38
Jag tycker att det är bra eftersom det blir enklare att ha sex med kondom	0	0	5	3	3	3
Inte aktuellt, jag har inte samlag när jag har sex	0	0	0	0	0	0

Varför inte kondom?

Den vanligaste orsaken som angavs till att man inte använde kondom vid senaste sextillfället var det är skönare utan (40 procent). Därefter kom följande orsaker: använde annat graviditetsskydd som p-piller, spiral eller liknande (27 procent), var påverkad av narkotika (23 procent), hade ingen kondom till hands (16 procent) och var påverkad av alkohol (9 procent). 7 procent svarade att kondom inte användes

vid senaste sextillfället, eftersom de hade testat sig och visste att ingen hade någon sexuell överförd infektion.

Sexuellt överförda infektioner

Kapitlet behandlar sexuellt överförd infektion, hiv eller hepatit samt erfarenheter av samtal i samband med testning.

Huvudsakliga resultat

- Det var vanligast att ha testat sig för klamydia (79 procent), följt av hepatit C (59 procent), hiv (56 procent), gonorré (56 procent) och hepatit B (54 procent).
- Skillnaden var stor mellan tjejers och killars erfarenhet av att testa sig för en sexuellt överförd infektion, hiv eller hepatit. En högre andel tjejer än killar hade testat sig för samtliga infektioner.
- Den vanligaste sexuellt överförda infektionen eller blodburna infektionen som de unga rapporterade att de hade eller hade haft är klamydia (27 procent), följt av hepatit C (13 procent).
- En högre andel tjejer (42 procent) än killar (13 procent) svarade att de hade haft klamydia.
- 48 procent svarade att det vid det senaste testtillfället var någon som samtalade med dem om risker och skydd. En högre andel tjejer än killar hade haft ett sådant samtal.

Sexuellt överförda infektioner, hiv och hepatit

Den vanligaste sexuellt överförda infektionen var klamydia (27 procent). En högre andel tjejer (42 procent) än killar (13 procent) svarade att de hade haft klamydia. Därefter var de vanligaste sexuellt överförda infektionerna: hepatit C (13 procent), kondylom (3 procent), könsherpes (3 procent) och hepatit B (1 procent).

Tabell 20. Sexuellt överförda infektioner.

Har du eller har du haft någon av följande infektioner? Svarsalternativet "Ja" på fråga 50 och 51.

	Tjejer		Killar		Totalt	
	Andel	n	Andel	n	Andel	N
Klamydia	42	22	13	7	27	29
Kondylom	0	0	6	3	3	3
Syfilis	0	0	0	0	0	0
Gonorré	0	0	0	0	0	0
Hiv	0	0	0	0	0	0
Hepatit C	17	9	9	5	13	14

Är det viktigt att testa sig?

Totalt ansåg 79 procent att det var viktigt att ha testa sig för sexuellt överförda infektioner när de inledde en sexuell relation. Ungefär lika stor andel tjejer (79 procent) som killar (78 procent) tyckte så.

Erfarenheter av testning

För alla sexuellt överförda infektioner, hiv och hepatit hade en högre andel tjejer än killar testat sig någon gång. Det var vanligast att ha testat sig för klamydia (79 procent), följt av hepatit C (59 procent), hiv (56 procent), gonorré (56 procent), hepatit B (54 procent), könsherpes (50 procent), kondylom (48 procent) och syfilis (44 procent).

Skillnaden var stor mellan tjejers och killars erfarenhet av testning för en sexuell överförd infektion, hiv eller hepatit. En högre andel tjejer än killar rapporterade att de hade erfarenhet av testning.

Tabell 21. Erfarenheter av testning.

Har du någon gång testat eller undersökt dig för någon av följande infektioner? Svarsalternativet "Ja" på fråga 52.

Erfarenhet av testning	Tjejer		Killar		Totalt	
	Andel	n	Andel	n	Andel	n
Klamydia	94	50	64	38	79	88
Kondylom	58	29	38	20	48	49
Syfilis	54	27	34	18	44	45
Gonorré	75	38	39	21	56	59
Hiv	71	36	43	23	56	59
Könsherpes	62	31	36	19	49	50
Hepatit B	74	37	36	19	54	56
Hepatit C	76	39	43	23	59	62

Varför testade du dig?

De vanligaste skälen för att ha testat sig var: testar mig med jämna mellanrum (41 procent), hade haft oskyddat sex med en ny/tillfällig partner (33 procent), blev kontaktad i partnerspårning (13 procent), inledde en ny relation (13 procent) och annat (13 procent). I fritextsvaren angavs: pågående injektionsmissbruk, skolsyster sa att jag behövde det, våldtäkt, var osäker, något kändes fel och SiS testade mig för blodsjukdomar.

Var testade du dig?

De vanligaste platserna där de unga senast testade sig var i följande ordning: ungdomsmottagning (51 procent), vårdcentral/hälsocentral/husläkare (21 procent), hälsomottagning i kriminalvård eller statlig institutionsvård (13 procent), infektionsklinik (7 procent), barnmorskemottagning (5 procent), venerologisk mottagning/gynmottagning/sex- och samlevnadsmottagning (2 procent) samt annat (2 procent).

Samtal i samband med senaste testtillfället

Totalt 48 procent svarade att det vid senaste testtillfället var någon som samtalade med dem om risker och skydd. En högre andel tjejer (57 procent) än killar (38 procent) hade haft ett samtal.

Upplevelser av samtal om risker och skydd

Upplevelsen av samtalet om risker och skydd var: jag fick användbar information (68 procent), jag blev respektfullt bemött (61 procent), jag blev motiverad att använda preventivmedel (37 procent), började använda kondom eller annat preventivmedel (31 procent) och samtalet gjorde mig irriterad (21 procent).

Oönskade graviditeter och abort

Kapitlet behandlar erfarenheter av oönskad graviditet och abort, samt de samtal som de unga haft i samband med abort.

Huvudsakliga resultat

- Totalt 26 procent svarade att de själva eller deras partner hade gjort en abort.
- Av dem som hade erfarenhet av abort svarade 41 procent att de haft ett samtal med en kurator, läkare eller barnmorska.

Akut p-piller

Totalt svarade 2 procent (en tjej och en kille) att antingen de själva eller deras partner hade använt akut p-piller i samband med det senaste sextillfället.

Erfarenheter av abort

Totalt svarade 26 procent att de själva eller deras partner hade gjort en abort. 2 tjejer (4 procent) och 7 killar (13 procent) uppgav att de inte visste om de själva eller deras partner hade gjort en abort.

Vilka mottagningar hade de unga kontakt med i samband med aborten?

Av de som gjort abort eller haft en partner som gjort abort var det vanligast att i samband med aborten ha haft kontakt med följande mottagningar: kvinnoklinik vid ett sjukhus (33 procent), ungdomsmottagning (30 procent), barnmorskemottagning eller mödrahälsovård (26 procent), vårdcentral (15 procent), elevhälsoteamet på skolan (4 procent), hälsomottagning i kriminalvård eller i statlig institutionsvård/SiS (4 procent) och på hälsomottagning inom socialtjänsten/beroendevård (4 procent).

Samtal i samband med abort

Av dem som hade erfarenhet av abort svarade 41 procent att de haft ett samtal med en kurator, läkare eller barnmorska i samband med aborten.

Kunskaper och behov

Kapitlet behandlar resultat för kunskaper om klamydia och hiv, främsta informationskällorna och behov av hälsofrämjande insatser.

Huvudsakliga resultat

- Huvudsaklig informationskälla i frågor om relationer, sexualitet, preventivmedel och könssjukdomar var kompisar (47 procent).
- 64 procent kände till att det är viktigt att testa sig innan man slutar använda kondom med en ny partner.
- Skillnaden är stor mellan tjejers och killars kunskaper om sexuellt överförda infektioner, säkrare sex och att leva med hiv. Killar har lägre kunskapsgrad än tjejer.
- 46 procent ansåg att skolans undervisning gett dem tillräckliga kunskaper för att kunna ta hand om sin sexuella hälsa. Andelen var lägre bland tjejer (29 procent) än bland killar (63 procent).
- Mest belyst i skolans undervisning var hur man blir gravid (59 procent) och minst belyst (27 procent) var normer och hbtq-perspektiv.
- Den kunskap som efterfrågades mest var hur man får en relation att fungera bra (28 procent). Den mest efterfrågade hälsofrämjande insatsen var gratis kondomer (39 procent).

Kunskap om klamydia och hiv

Baserat på 12 påstående fick de unga markera vad de kände till om klamydia och hiv. Högst kännedom (79 procent) hade de unga om påståendet Om man använder kondom varje gång man har sex, minskar man risken att få klamydia.

För 8 av 12 sanna påstående om klamydia och hiv, gällde att killar hade lägre kunskapsgrad jämfört med tjejer. Exempelvis visste en högre andel tjejer (95 procent) än killar (61 procent) att man kan ha klamydia utan att märka det och att man kan överföra klamydia till andra även om man inte själv har några symptom (82 procent respektive 58 procent). Det påståendet som lägst andel (37 procent) kände till var: Om man behandlar hiv är risken mycket låg att överföra hiv till andra.

Tabell 22. Kunskap om klamydia och hiv.

Markera de påståenden du känner till om klamydia och hiv. Fråga 58.

	Tjejer		Killar		Totalt	
	Andel	n	Andel	n	Andel	N
Klamydia är mycket smittsamt	76	42	65	40	70	82
Man kan ha klamydia länge utan att märka det	95	52	61	38	77	90
Om man har klamydia kan man smitta andra även om man själv inte har några symtom	82	45	58	36	69	81
Om man använder kondom varje gång man har sex, minskar man risken att få klamydia	86	47	73	45	79	92
Klamydia kan smitta via vaginalsamlag, analsex och oralsex	66	36	52	32	58	68
Om man behandlar hiv är risken mycket låg att överföra hiv till andra	49	27	26	16	37	43
Alla som har hiv vet inte om det	57	37	36	22	50	59
En person som ser frisk ut kan ha hiv	82	45	53	33	67	78
Om man använder kondom varje gång man har sex, minskar man risken att få hiv	78	43	63	39	70	82
Alla personer som vet om att de har hiv får behandling och kan leva ett lika långt liv som andra	56	31	32	20	44	51
Det är viktigt att testa sig innan man slutar använda kondom med en ny partner	75	41	55	34	64	75
Man måste testa sig för att veta om man har hiv	86	47	58	36	71	83

Huvudsaklig informationskälla

Den huvudsakliga informationskällan om relationer, sexualitet, preventivmedel och könssjukdomar var kompisar/vänner (47 procent). Därefter kom övriga alternativ i följande ordning: ungdomsmottagning (45 procent), internet (38 procent) och undervisning om relationer och sexualitet i skolan (38 procent). Det fanns skillnader mellan tjejer och killar, där en högre andel tjejer svarade kompisar/vänner, ungdomsmottagningen, internet, mamma, webbsidor som hälso- och sjukvården står bakom som t.ex. 1177 och UMO.se och en mottagning inom hälso- och sjukvården.

Tabell 23. Huvudsaklig informationskälla.

Varifrån har du huvudsakligen fått information om relationer, sexualitet, preventivmedel och könssjukdomar? Fråga 60. Fler alternativ kunde anges.

	Tjejer		Killar		Totalt	
	Andel	n	Andel	n	Andel	N
Kompisar/vänner	60	33	36	22	47	55
Ungdomsmottagning	67	37	26	16	45	53
Internet	56	31	21	13	38	44
Undervisning om relationer och sexualitet i skolan	38	21	37	29	38	44
Partner	35	19	19	12	27	31
Mamma	38	21	11	7	24	28
Tv, tidningar, radio	24	13	16	10	20	23
Webbplatser som hälso- och sjukvården står bakom som t.ex. 1177 och UMO.se	36	20	3	2	19	22
Syskon	20	11	8	5	14	16
Pappa	7	4	13	8	10	12
Elevhälsan	11	6	8	5	9	11
Annat	2	1	15	9	9	10
Tryckt informationsmaterial	11	6	2	1	6	7
Annan vårdnadshavare	6	3	0	0	3	3

Skolans undervisning

Totalt svarade knappt hälften (46 procent) att skolans undervisning gett dem tillräckliga kunskaper för att kunna ta hand om sin sexuella hälsa. Andelen var lägre bland tjejer (29 procent) än bland killar (63 procent).

Inom områdena sexualitet, om kroppen, könssjukdomar, genus, relationer och jämställdhet samt normer och hbtq-perspektiv svarade en högre andel killar jämfört med tjejer att de hade fått tillräcklig kunskap.

De tre främsta områden där man i störst utsträckning fått tillräckliga kunskaper var: hur man blir gravid (59 procent), kondomanvändning (54 procent) och sexualitet (51 procent).

De tre områden där man i minst utsträckning fått tillräckliga kunskaper var: genus, relationer och jämställdhet (39 procent), hiv (30 procent) samt normer och hbtq-perspektiv (27 procent).

19 procent rapporterade att de inte fått någon undervisning alls om sexualitet och relationer i skolan.

Tabell 24. Tillräckliga kunskaper från skolans undervisning.

Sex och samlevnad kan man ha i flera olika ämnen i skolan. Hur mycket fick du lära dig om ...
Svarsalternativet "Tillräckliga kunskaper" i fråga 61 och 62.

	Tjejer		Killar		Totalt	
	Andel	n	Andel	n	Andel	N
Ta hand om din sexuella hälsa	29	15	63	31	46	46
Hur man blir gravid	49	23	68	34	59	57
Kondomanvändning	47	22	60	30	54	52
Sexualitet	40	19	62	31	52	50
Om kroppen	34	16	64	32	50	48
Menstruation	53	25	43	21	48	46
Preventivmetoder	34	16	52	26	43	42
Könssjukdomar	28	13	51	25	40	38
Genus, relationer och jämställdhet	28	13	50	24	39	37
Hiv	21	10	39	19	30	29
Normer och hbtq-perspektiv	17	8	38	18	27	26

Vad unga tycker att de behöver mer kunskap om

De områden där de unga ville ha mer kunskaper var: hur man får en relation att fungera bra (27 procent), hur det är att leva med hiv idag (18 procent), hur man hittar någon att ha en relation och vara tillsammans med (14 procent), hur man flirtar/raggar (12 procent), hur könssjukdomar överförs (12 procent), hur hiv överförs (11 procent) och olika sätt att ha säkrare sex (10 procent). Utöver detta uppgav 40 procent inget behov av nya kunskaper. För de flesta alternativ uppgav tjejer jämfört med killar att de ville ha mer kunskap.

Tabell 25. Behov av ökad kunskap.

Vad av följande vill du ha mer kunskap om? Fråga 59. Fler alternativ kunde anges.

	Tjejer		Killar		Totalt	
	Andel	n	Andel	n	Andel	n
Hur man får en relation att fungera bra	38	21	18	11	27	32
Hur det är att leva med hiv idag	22	12	15	9	18	21
Hur man hittar någon att ha en relation och vara tillsammans med	18	10	11	7	15	17
Hur man flirtar/raggat	11	6	13	8	12	14
Hur könssjukdomar överförs	9	5	15	9	12	14
Hur hiv överförs	11	6	11	7	11	13
Olika sätt att ha säkrare sex	9	5	11	7	10	12
Hur man undviker att kondomen går sönder	13	7	7	4	9	11
Hur jag kan prata om sex med en partner	15	8	2	1	8	9
Preventivmedelsanvändning (p-piller, p-stav m.m.)	9	5	5	3	7	8
Hur man undviker en oönskad graviditet	8	4	8	5	8	9
Hur jag kan prata om preventivmedel med en partner	9	5	2	1	5	6
Annat	4	2	0	0	2	2
Inget	38	21	42	26	40	47

Behov av hälsofrämjande insatser

De hälsofrämjande insatser som efterfrågades var: gratis kondomer (39 procent), mer kunskap om könssjukdomar (32 procent) och mer kunskap om fertilitet och förmågan att få barn (30 procent). En högre andel tjejer jämfört med killar svarade att de hade behov av samtliga hälsofrämjande insatser.

Tabell 26. Behov av hälsofrämjande insatser.

Har du behov av något av följande? Svartalternativet "Ja" på fråga 63. Fler alternativ kunde anges.

	Tjejer		Killar		Totalt	
	Andel	n	Andel	n	Andel	n
Gratis kondomer	48	22	31	15	39	37
Mer kunskap om könssjukdomar	34	15	30	14	32	29
Billigare preventivmedel	37	17	21	10	29	27
Mer kunskap om fertilitet (förmågan att få barn) och graviditet	39	17	22	10	30	27
Möjlighet att samtala med någon om sexualitet och relationer	39	17	13	6	26	23
Mer kunskap om kroppen	27	12	24	11	25	23
Ökad kunskap om hur man beställer klamydiatest på internet	25	11	21	10	23	21

Metoddiskussion

Studien i befolkningen, UngKAB, (39) och studien inom SiS är metodologiskt olika studier, och vid jämförelser behöver detta tas i beaktande.

Befolkningsstudien bygger på ett slumpmässigt urval och att enkäten skickas till folkbokföringsadressen. Det är därför troligt att många av de svarande besvarade enkäten i sin hemmiljö. Enkäten till unga på SiS delades ut av personer som arbetar på en SiS-institution, och enkäten besvarades i en miljö där de kanske vistades mot sin vilja. Den befolkningsbaserade undersökningen hade kontroll genom stratifiering, stickprovsberäkning, viktning och registerdata, som kunde beskriva bortfallet. Denna möjlighet saknades i föreliggande studie. Genomförandet av en enkätstudie inom SiS tillför kunskap eftersom studien når en specifik grupp unga och unga vuxna som annars kan vara svår att nå. Att man finns på en institution syns inte i befolkningsbaserade nationella enkätundersökningar då gruppen är liten och också kan ingå i bortfallet (39, 40).

Mot denna bakgrund ger jämförelsen i rapportens diskussion en bild av olika gruppers hälsoläge, vilket är folkhälsoarbetets uppgift. Trots svårigheten att bedöma urvalets faktiska storlek, och en viss snedfördelning i form av fler unga killar, är bedömningen att svaren indikerar värdefull kunskap om hälsoläget i en grupp som sannolikt inte kunde fångas i befolkningsenkäten.

Datainsamlingen genomfördes av kontaktpersoner på de olika institutionerna vilka genom egen bedömning valde vem som kunde besvara enkäten. Vid återkoppling på telefon med forskningsledaren rapporterades att en del unga hade svårt att sitta still och koncentrera sig under den tid som krävdes för att fylla i enkäten. Avseende överenskomna exklusionskriterierna, berättade kontaktpersonerna att de undviker att fråga unga i akut psykisk ohälsa eller abstinens, unga med lässvårigheter och unga med andra kognitiva svårigheter. Kontaktpersonerna på LVM-hemmen påpekade också att unga vuxna inom LVM många gånger har nedsatta kognitiva förmågor på grund av ett mångårigt alkohol- eller drogbruk och att det begränsade vem som kunde erbjudas deltagande i studien.

Det kan diskuteras om det är riktigt att inkludera både ungdomar på ungdomshem och unga vuxna på LVM-hem, det vill säga om det stora åldersspannet är rimligt. Fördelen blir ett underlag som täcker de åldrar som UngKAB-enkäten undersöker och därmed belyser hur resultat i den utsträckta ungdomstiden från tonår till ung vuxen förhåller sig bland unga inom SiS. Att inkludera unga vuxna upp till och med 29 år på LVM-hemmen gav dessutom ett kunskapsunderlag som tidigare saknats.

Svarsfrekvensen på de olika institutionerna påverkades troligen av att de kontaktpersoner som hjälpte till med att förmedla enkäterna hade ett varierat

intresse för studien. Vid de institutioner där kontaktpersonerna uttryckte intresse och engagemang över att få ett viktigt hälsoområde belyst var deltagandet högre. Totalt sett blev svarsfrekvensen i stort sett detsamma som vid det förra tillfället UngKAB-enkäten genomfördes inom SiS år 2010 (4). I de båda studierna 2010 och 2016 fanns i stort sett samma antal unga på ungdomshemmen som kunde och ville delta. Gruppen ensamkommande unga ingick varken i urvalet 2010 eller 2016.

Vid ett ungdomshem var personalen osäker på om unga kvinnor skulle svara på enkäten eftersom de ansågs vara sexuellt utsatta. Det belyser flera faktorer värda att diskutera. Det kan röra sig om välmotiverad omsorg om de unga, men det går inte att utesluta möjlig bristande saklighet i beslutet. Det finns kunskap om att behandlare kan ha svårt att ta del av tjejers berättelser om sexuella övergrepp (41). Detta kan höra samman med att kunskap om SRHR-området är sparsamt förekommande i grundutbildningar till socionom, sjuksköterska och psykolog, tre yrkesgrupper som är vanliga inom SiS (42).

Bland dem som inte inkluderades i urvalet fanns ensamkommande unga. Den största delen av dessa unga exkluderades i denna studie på grund av metodologiska skäl som språksvårigheter. Att undersöka och stärka sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter bland ensamkommande unga är angeläget, men kräver anpassade metoder. En kvantitativ enkätstudie bedömdes inte vara rätt metod.

Det finns alltid en risk att de svarande tolkar frågorna i enkäten olika. I den här studien kan frågor om tänkbara preventivmedel vara ett sådant område (bilaga 1, fråga 39). Vissa av alternativen i frågan kan killar inte själva använda, utan tanken är att de ska ange om de kan tänka sig att deras partner använder preventivmedlet. Samma sak gäller frågan om vilka preventivmedel som har använts de senaste 12 månaderna (fråga 40 i bilaga 1). I en analys av svaren framgår att en del killar svarat att de har använt exempelvis p-piller, eftersom de vet att deras partner gjort så. Andra killar kan ha svarat nej, och då syftat på att det inte var de själva utan just deras partner som använt preventivmedlet. Frågorna har ställts med utgångspunkt i att killar också kan behöva reflektera över de preventivmedel som tjejer använder, precis som tjejer ofta får frågan om de använder eller kan tänka sig att använda kondom. Samtidigt blir resultatet svårtolkat. Det är något som denna studie, när det gäller kondomfrågorna, delar med andra studier och undersökningar (43-45).

Resultatdiskussion

Hälsa, relationer och socialt stöd

Rapporten visar att det finns skillnader i förutsättningar till god hälsa och tryggt socialt liv mellan unga på ungdom- och LVM-hem och övriga unga i befolkningen. Exempelvis uppgav 70 procent av unga inom SiS att de hade en bra eller mycket bra hälsa, jämfört med 80 procent bland unga i övriga befolkningen. Totalt 62 procent uppgav att de hade någon de kunde dela sina innersta tankar och känslor med, jämfört med 84 procent bland unga i övriga i befolkningen. 52 procent upplevde diskriminering och kräkning, jämfört med 22 procent bland unga i befolkningen. 46 procent hade försökt att ta sitt liv de senaste 12 månaderna, jämfört med 2 procent bland unga i övriga befolkningen. När det gäller våld hade 50 procent av unga inom SiS varit utsatta för fysiskt våld under de senaste 12 månaderna, jämfört med 6 procent bland övriga unga i befolkningen. Trots att de själva angav, relativt god generell hälsa hade unga inom SiS psykosomatiska symtom i betydligt högre grad än unga i övriga befolkningen, till exempel sömnsvårigheter, nedstämdhet, ont i magen eller huvudvärk.

Bland unga på ungdoms- och LVM-hem var en högre andel tjejer än killar utsatta för fysiskt våld och diskriminering, hade suicidtankar under senaste året samt hade haft psykosomatiska besvär. Tjejer hade lägre självkänsla, upplevde mindre kontroll över sina liv, var mindre nöjda med sig själva och kände sig mindre glada när de tänkte på sin framtid. Att tjejer och killars upplevelser och förutsättningar, även på ungdoms och LVM-hem, präglas av ojämställdhet sammanfaller med vad som tidigare är känt om psykisk hälsa även bland unga i befolkningen (39, 46).

Rätten till kunskap och information

Något som är utmärkande för dem som besvarade enkäten är en osammanhängande skolgång och avsaknad av gymnasieutbildning. Skolan kommer först på fjärde plats som huvudsaklig informationskälla när det gäller frågor om sexualitet och preventivmedel. Ungdomsmottagningen är den näst vanligaste informationsgivaren men få unga män går till ungdomsmottagningarna vilka behöver förstärka och förbättra sitt arbete mot gruppen killar och unga män

Inte ens hälften av de unga inom SiS anger att skolans sex- och samlevnadsundervisning gett dem de kunskaper de behöver för att ta hand om sin egen sexuella hälsa. Tjejer upplevde i mindre utsträckning än killar att skolan gett dem tillräckliga kunskaper. Även om killar är mer nöjda med de kunskaper de fått i skolan väcker resultaten frågor om killar vet vilken kunskap de behöver eftersom killarna har en generell lägre kunskapsgrad. Många frågor inom sexualitetsområdet

som behöver diskuteras är perspektiv på jämställdhet och jämlikhet, vilket inte görs i skolan i dag (39). Totalt sett tyckte inte ens hälften att skolans sex- och samlevnadsundervisning gett dem de kunskaper de behöver för att ta hand om sin egen sexuella hälsa. Andelen var lägre bland tjejer än killar. Detta är inte specifikt för denna grupp men vanligare än bland unga generellt. Generellt upplever unga i Sverige att skolan brister i sitt uppdrag att förmedla kunskap om relationer, kön och sexualitet(39). Resultatet i föreliggande studie visar att även ungdomshem behöver ge kunskap om sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter samt att skolverksamheten behöver ett normkritiskt förhållningssätt och diskuterar jämställdhets- och hbtq-perspektiv i undervisningen.

Hbtq-perspektiv och icke-diskriminering

Ingen uppger sig vara eller ha varit transperson och ingen kille i studien betraktar sig som homosexuell eller hade sex med någon av samma kön vid senaste sextillfället. Därutöver är bara enstaka killar bisexuella. Tidigare forskning visar att många unga på ungdomshemmen lever i en starkt könsuppdelad och könsstereotyp värld, vilket gör att särskilt killar kan ha svårt att öppet leva med en könsöverskridande eller homosexuell identitet (47, 48).

Resultaten visar att en högre andel (28 procent) tjejer inom SiS än tjejer i övriga befolkningen (7 procent) betraktar sig som bisexuella. Det finns alltså anledning att fortsätta ge stöd till unga normbrytare så att de som önskar kan vara öppna med sin könsidentitet och sexuella identitet. Resultaten ligger i linje med tidigare kunskap och belyser behovet av normkritiska perspektiv på utrednings- och behandlingsarbete (4). Detta för att förhindra att personalen utgår från normativa antaganden som exempelvis heteronormativitet, som innebär föreställningen om att sexuell attraktion primärt bara finns mellan kvinnor och män. Sådana normativa antaganden kan bidra till diskriminering och ohälsa samt påverka den sexuella hälsan negativt (49-51).

Säkrare sex

Medelåldern för sexdebut med partner var 14 år bland unga inom SiS, medan motsvarande ålder bland unga i övriga befolkningen var 16 år. Resultaten stämmer väl överens med tidigare forskning (30). Att ha sex tillsammans med någon annan vid 14 års ålder behöver inte innebära ett sexuellt risktagande eller en sexuell utsatthet. Men tillsammans med andra faktorer i resultatet, som att många har erfarenhet av sex mot ersättning och sex mot sin vilja, kan det påverka hälsan negativt. I behandlande samtal måste utgångspunkten vara lyhördsenheten för hur den unga personen själv upplever sina sexuella erfarenheter.

De flesta unga på ungdoms- och LVM-hem tycker att det är viktigt att kunna prata om sex i en relation, och att det är viktigt att kunna bestämma lika mycket om hur och var de ska ha sex. Men en betydligt högre andel tjejer än killar uppger att de inte hade sex på en trygg och säker plats vid senaste sextillfället, eller att de inte hade en åsikt i frågan.

De unga inom SiS hade haft tre oskyddade sexuella kontakter under de senaste tolv månaderna, jämfört med en (1) oskyddad kontakt bland övriga unga i befolkningen (median). Trots att de flesta anger kondom som en tänkbar preventivmetod, så är det bara knappt två av tio som säger att de använde kondom vid det senaste sextillfället. Tidigare forskning visar att unga inom SiS förhandlar om kondom utifrån stereotypa föreställningar om könsroller samt hur man förhåller sig till rykten (32). Även i den här studien är tjejer mer utsatta än killar. Tjejer inom SiS svarade i lägre utsträckning (69 procent) än tjejer i övriga befolkningen (90 procent) att de vid senaste sextillfället kände att de kunde föreslå och använda kondom eller annat preventivmedel om de ville. Oskyddat sex är alltså vanligt och totalt 26 procent hade varit med om en abort, jämfört med 16 procent i övriga befolkningen. Likaså hade en högre andel unga inom SiS (27 procent) haft klamydia, jämfört med unga i övriga befolkningen (11 procent).

Resultaten visar att attityden till kondom och andra preventivmedel är positiv, men inte leder till säkrare sex. Precis som bland unga i övriga befolkningen finns inget direkt och enskilt samband mellan kunskap om säkrare sex och användning av preventivmetoder och preventivmedel (39, 43) (39). Resultaten visar också att unga inom SiS har relativt goda kunskaper och ibland också *mer* kunskaper än unga i övriga befolkningen. Det kan vara värt att uppmärksamma att en högre andel tjejer inom SiS (95 procent) visste att man kan ha klamydia utan att veta om det, jämfört med tjejer i övriga befolkningen (86 procent). Likaså visste en högre andel tjejer inom SiS (49 procent) att om hiv behandlas är risken för överföring mycket låg, jämfört med (31 procent) av tjejerna i övriga befolkningen. Sammantaget belyser detta att även personer med mycket kunskap kan vara riskutsatt och ha högt risktagande. Frågan om säkrare sex behöver nyanseras och omfatta fler aspekter som exempelvis sex mot ens vilja, sexuellt våld och sexuella övergrepp.

Sex mot sin vilja och sex mot ersättning

Totalt hade 59 procent varit utsatta för någon sexuell handling mot sin vilja och en högre andel tjejer (85 procent) jämfört med killar (33 procent) hade någon gång varit utsatta. Vid en jämförelse med unga i övriga befolkningen var motsvarande andel 40 procent. Inom SiS hade 70 procent av tjejerna och 16 procent av killarna varit med om vaginala samlag mot sin vilja medan det bland unga i övriga befolkningen var 18 procent av tjejerna och 7 procent av killarna. Likaså hade 56 procent av tjejerna och 17 procent av killarna inom SiS varit med om anala samlag

mot sin vilja medan det bland unga i övriga befolkningen var 7 procent av tjejerna och 2 procent av killarna. Alla sexuella handlingar mot någons vilja är ett övergrepp (52). Övergrepp och sexuellt våld kan vara allt från att hota eller tjata sig till sex, till att tvinga någon att utföra olika typer av sexuella handlingar eller våldtäkt (39, 53).

När det gäller sex mot ersättning hade 24 procent erfarenhet av att ha fått ersättning eller betalt vid sex, vilket kan jämföras med 3 procent bland unga i övriga befolkningen. Skillnaden mellan könen inom SiS är markant då en högre andel tjejer (35 procent) än killar (14 procent) hade erfarenhet av att ha sålt/fått ersättning för sex medan en högre andel killar (29 procent) än tjejer (8 procent) hade erfarenhet av att ha gett ersättning/betalt för sex. Sex mot ersättning är ett område inom socialtjänsten där unga personer kan hamna i mycket utsatta positioner och de ungas erfarenhet av detta behöver lyftas fram och bearbetas för att stärka hälsan och förebygga ytterligare utsatthet (54).

Droger, sexualitet och sexuell hälsa

I samband med det senaste sextillfället hade 41 procent använt droger såsom exempelvis amfetamin, kokain och heroin och 21 procent hade injicerat droger. Motsvarande andelar bland övriga unga i befolkningen var 0 procent. Bland unga vuxna inom SiS är användning av droger och att ha ett stort antal sexpartner ofta normaliserat inom den egna gruppen. Droger och ett stort antal partner är två faktorer som i stor utsträckning påverkar sexuellt risktagande, som leder till ökad risk för sexuellt överförda infektioner (43, 55). Dessutom visar forskning att sexualitetens plats i ett drogmissbruk är stor, och att det sociala utrednings- och behandlingsarbetet ytterligare behöver förstå hur detta påverkar unga och unga vuxnas hälsa (37, 38). Det finns alltså anledning att särskilt stärka arbetssätt och metoder som ger unga en möjlighet att reflektera över hur deras sexualitet samt sexuella och reproduktiva hälsa påverkas av droger. Studier bland personer som tagit sig ur ett drogberoende visar också att frågor om sexualitet, jämställdhet och könsroller ofta behöver diskuteras i samband med omställningen till ett drogfritt liv (38). Den forskning som hittills gjorts inom området droger och sexualitet har främst gjorts bland unga vuxna och vuxna personer som lämnat ett missbruk. Det finns idag lite kunskap om hur ungas sexuella och reproduktiva hälsa och rättigheter hälsa påverkas av ett drogmissbruk.

Bemötande

Unga inom SiS skiljer sig inte nämnvärt från unga i övriga befolkningen när de skattar nöjdhet med nuvarande sexliv. Den som möter unga inom SiS kan därför

behöva beakta att de, trots ett riskutsatt liv, ofta ser sina sexuella erfarenheter som möjligheter och inte som risker (31, 32). Många yrkesutbildningar tar inte upp området sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter. Yrkesgrupper som socionomer, psykologer och sjuksköterskor har därför lite eller inga kunskaper kring hur frågorna kan belysas i arbetet med unga. Det kan medföra att deras klienter och patienter, till exempel unga inom SiS, inte får ett bemötande som främjar sexuell och reproduktiv hälsa (42).

Slutsats

De unga och unga vuxna inom statlig institutionsvård som deltagit i undersökningen har hög ohälsa inom SRHR-området. De har låg tillgång till skyddande faktorer som en avslutad utbildning, förtroliga relationer, känsla att vara lika bra som andra, ha kontroll över sitt liv och att se positivt på sin framtid. Många har varit utsatta för våld och använder droger. Därtill har många erfarenhet av psykisk ohälsa, diskriminering, sex mot ersättning, sex under påverkan av droger samt erfarenhet av abort, klamydia och hepatit C. Men, resultaten pekar också på att det finns skyddande faktorer, som exempelvis att den generella hälsan uppges vara relativt god, att de har socialt stöd och att de är nöjda med sitt nuvarande sexliv. Tjejerna har också relativt goda kunskaper om hiv och sexuellt överförda infektioner. De testar sig och får information på ungdomsmottagningen. Bilden blir därför motsägelsefull eftersom rapporten visar att det utöver detta finns resultat som pekar på stor ohälsa i gruppen.

Resultaten indikerar skillnader i sexuell och reproduktiv hälsa mellan unga inom statlig institutionsvård jämfört med jämnåriga i den övriga befolkningen. Resultaten visar dessutom på stora hälsoskillnader mellan tjejer och killar inom SiS. Tjejers utsatta position blir tydlig, eftersom de i högre utsträckning än killar upplever sämre generell hälsa, har erfarenhet av sexuella handlingar mot sin vilja, diskriminering, fysiskt våld, hepatit C, klamydia, sex mot ersättning, liten möjlighet att föreslå kondom eller annat preventivmedel vid sex samt att de i lägre utsträckning hade sex på ett sätt som de själva ville vid senaste sextillfället.

Sammantaget är bilden av generell hälsa och sexuell hälsa bland de unga och unga vuxna inom statlig institutionsvård mångfacetterad, och behöver studeras ytterligare samt följas över tid. Rapporten pekar på behovet av att lyfta fram och tydliggöra att sexualitet är en del av hälsans bestämningsfaktorer, och hur sexualitet och sexuell ohälsa verkar i förhållande till andra bestämningsfaktorer i samband med en utsatt livssituation.

Resultaten visar att det behövs tidiga samhällsinsatser som når denna grupp unga där de befinner sig. Ungar inom statlig institutionsvård behöver få tillgång till sex- och samlevnadsundervisning, och framför allt killar behöver mer kunskap och

reflektion om sexualitetsfrågor. Tjejers handlingsutrymme behöver öka och utsattheten minska. Arbetet behöver vara baserat på normkritiska, jämställda och icke-diskriminerande perspektiv. Aktörer inom socialtjänsten, skolan samt hälso- och sjukvården behöver utveckla arbetet för att främja hälsa och förebygger ohälsa inom SRHR-området.

Referenser

1. Regeringens proposition 2005/06:60. Nationell strategi mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar. [Internet]. Stockholm: Regeringen, 2005. [citerad 1 juni 2016]. Hämtad från: <http://www.regeringen.se/rattsdokument/proposition/2005/12/prop.-20050660/>.
2. Socialstyrelsen. Nationell handlingsplan för klamydiaprevention med fokus på ungdomar och unga vuxna 2009–2014. [Internet]. Stockholm: 2009. [citerad 25 januari 2017]. Hämtad från: <http://www.lafa.nu/Documents/Styrdokument/Nationell%20handlingsplan%20f%C3%B6r%20klamydiaprevention.pdf>.
3. Regeringens proposition 2007/08:110. En förnyad folkhälsopolitik. [Internet]. Stockholm: Regeringen, 2007. [citerad 10 april 2016]. Hämtad från: <http://www.regeringen.se/rattsdokument/proposition/2008/03/prop.-200708110/>.
4. Lindroth M. Utsatthet och sexuell hälsa. En studie om unga på statliga ungdomshem [Doktorsavhandling, internet]: Malmö högskola; 2013 [citerad 15 augusti 2016]. Hämtad från: <http://dspace.mah.se/handle/2043/15887>.
5. Sven-Axel Månsson, Lars Plantin. Sexualitetsstudier. Malmö: Liber förlag AB; 2012.
6. Löfgren-Mårtensson L. Sexualitet. Malmö: Liber AB; 2013.
7. World Health Organisation (WHO). Action Plan for Sexual and Reproductive Health. Towards achieving the 2030 Agenda for Sustainable Development in Europe – leaving no one behind. [Internet]. Denmark: 2016. [citerad 20 januari 2017]. Hämtad från: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/publications/2016/action-plan-for-sexual-and-reproductive-health-towards-achieving-the-2030-agenda-for-sustainable-development-in-europe-leaving-no-one-behind-2016>.
8. World Health Organisation (WHO). Sexual health [Internet]. Geneva 2016 [updaterad 2016; citerad 9 september]. Hämtad från: http://www.who.int/topics/sexual_health/en/.
9. World Health Organisation (WHO). Sexual health, human rights and the law. [Internet]. Geneva: 2015. [citerad 9 januari 2017]. Hämtad från: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/sexual-health-human-rights-law/en/.
10. Riksdagen. Lag med särskilda bestämmelser om vård av unga. Svensk författningssamling 1990:52. [Internet].1990. [citerad 9 oktober 2016]. Hämtad från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-199052-med-sarskilda-bestammelser-om-var-d_sfs-1990-52.
11. Riksdagen. Socialtjänstlag. Svensk författningssamling 2001:453. [Internet].2001. [citerad 9 oktober 2016]. Hämtad från:

- https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453.
12. Statens institutionsstyrelse. Vår verksamhet 2015 [citerad 13 februari 2017]. Hämtad från: <http://www.stat-inst.se/var-verksamhet/>.
 13. Riksdagen. Lag om verkställighet av sluten ungdomsvård. Svensk författningssamling 1998:603. [Internet].1998. [citerad 9 oktober 2016]. Hämtad från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-1998603-om-verkstallighet-av-sluten_sfs-1998-603.
 14. Statens institutionsstyrelse (SiS). SiS årsredovisning 2016. [Internet].2017. [citerad 10 november 2017]. Hämtad från: <https://www.stat-inst.se/globalassets/arsredovisningar/sis-arsredovisning-2016.pdf>.
 15. Ybrandt H, Nordqvist S. SiS-placerade ungdomars problematik i relation till andra ungdomar. Stockholm: Statens Institutionsstyrelse-SiS. 2015.
 16. Anckarsäter H, Nilsson T, Saury J-M, Råstam M, Gillberg C. Autism spectrum disorders in institutionalized subjects. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2008;62(2):160-7.
 17. Ståhlberg O, Anckarsäter H, Nilsson T. Mental health problems in youths committed to juvenile institutions: prevalences and treatment needs. *European child & adolescent psychiatry*. 2010;19(12):893-903.
 18. Grahn R, Lundgren LM, Chassler D, Padyab M. Repeated entries to the Swedish addiction compulsory care system: A national register database study. *Evaluation and program planning*. 2015;49:163-71.
 19. Jee SH, Barth RP, Szilagyi MA, Szilagyi PG, Aida M, Davis MM. Factors associated with chronic conditions among children in foster care. *Journal of health care for the poor and underserved*. 2006;17(2):328-41.
 20. Golzari M, Hunt SJ, Anoshiravani A. The health status of youth in juvenile detention facilities. *Journal of Adolescent Health*. 2006;38(6):776-82.
 21. Rodrigues V. Health of children looked after by the local authorities. *Public health*. 2004;118(5):370-6.
 22. Simpson A. Promoting the health of looked after children in Scotland. *Community Practitioner*. 2006;79(7):217.
 23. Socialstyrelsen. Utsatta barns hälsa – resultat av en undersökning av fysisk och psykisk hälsa hos barn vars behov utreds av socialtjänsten [Internet]. Stockholm: 2015. [citerad 16 augusti 2017]. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-3-5>.
 24. Kling S, Vinnerljung B, Hjern A. Somatic assessments of 120 Swedish children taken into care reveal large unmet health and dental care needs. *Acta Pædiatrica*. 2016;105(4):416-20.
 25. Statens institutionsstyrelse. SiS i korthet 2016. En samling statistiska uppgifter om SiS. Stockholm: 2017. [citerad 1 juni 2017]. Hämtad från: <https://www.stat-inst.se/globalassets/arlign-statistik/sis-i-korthet-2016.pdf>.
 26. Hall T, Chassler D, Blom B, Grahn R, Blom-Nilsson M, Sullivan L, et al. Mortality among a national population sentenced to compulsory care for substance use disorders in Sweden: Descriptive study. *Evaluation and program planning*. 2015;49:153-62.

27. Joesoef MR, Weinstock HS, Kent CK, Chow JM, Boudov MR, Parvez FM, et al. Sex and age correlates of chlamydia prevalence in adolescents and adults entering correctional facilities, 2005: Implications for screening policy. *Sexually transmitted diseases*. 2009;36(2):S67-S71.
28. Spaulding AC, Miller J, Trigg BG, Braverman P, Lincoln T, Reams PN, et al. Screening for sexually transmitted diseases in short-term correctional institutions: summary of evidence reviewed for the 2010 Centers for Disease Control and Prevention Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. *Sexually transmitted diseases*. 2013;40(9):679-84.
29. Templeton DJ. Sexually transmitted infection and blood-borne virus screening in juvenile correctional facilities: a review of the literature and recommendations for Australian centres. *Journal of clinical forensic medicine*. 2006;13(1):30-6.
30. Lindroth M, Tikkanen R, Löfgren-Mårtenson L. Unequal sexual health– Differences between detained youth and their same aged peers. *Scandinavian journal of public health*. 2013;41(7):722-8.
31. Lindroth M. Sexual chance taking: a qualitative study on sexuality among detained youths. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2013;Volume 18(Issue 5):Pages 335-42. DOI: 10.3109/13625187.2013.814770. Epub 2013 Jul 24.
32. Löfgren-Mårtenson L, Lindroth M, Månsson S-A. ”Det är värt risken” Unga inom Sis och sexuell hälsa. [Internet]. Statens institutionsstyrelse, 2013. 9187053209. [citerad 11 augusti 2017]. Hämtad från: <http://dspace.mah.se/handle/2043/16242>.
33. Statens institutionsstyrelse. Personer intagna på SiS LVM-hem 2016. En tabellsammanställning av DOK inskrivningsintervju. [Internet]. Stockholm: 2017. Hämtad från: <https://www.stat-inst.se/contentassets/c8d475ddb5c6495ab86a244eb7c3fb22/nr-4-2017-personer-intagna-pa-sis-lvm-2016.pdf>.
34. Kristiansen A. Fri från narkotika: om kvinnor och män som har varit narkotikamissbrukare: Umeå universitet; 1999.
35. Laanemets L. Skapande av femininitet: om kvinnor i missbrukarbehandling: Leili Laanemets, Socialhögskolan, Box 23, 221 00 Lund; 2002.
36. Larsson F. Hemlösa missbrukande kvinnor och sexuella identiteter En diskursanalytisk studie. Masteruppsats. [Internet]. Göteborg: Göteborgs universitet, 2013. [citerad 11 augusti 2017]. Hämtad från: https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/33381/1/gupea_2077_33381_1.pdf.
37. Svensson B, Skårner A. Sex och narkotika: Mäns erfarenheter under uppbrotsprocessen från ett drogmissbruk. 2014.
38. Skårner A, Månsson S-A, Svensson B. Better safe than sorry. Women’s stories of sex and intimate relationships on the path out of drug abuse. *Sexualities*. 2017;20(3):324-43.
39. Folkhälsomyndigheten. Sexualitet och hälsa bland unga i Sverige. UngKAB15 – en studie om kunskap, attityder och beteende bland unga 16–29 år. [Internet]. Solna: Folkhälsomyndigheten, 2017. [citerad 12 maj


- 2017]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/s/sexualitet-och-halsa-bland-unga-i-sverige-ungkab15-en-studie-om-kunskap-attityder-och-beteende-bland-unga-1629-ar/>.
40. Fenton KA, Johnson AM, McManus S, Erens B. Measuring sexual behaviour: methodological challenges in survey research. *Sexually Transmitted Infections*. 2001;77(2):84-92. DOI:10.1136/sti.77.2.84.
 41. Överlien C. Girls on the verge of exploding?: voices on sexual abuse, agency and sexuality at a youth detention home [Dissertation]: Linköping University; 2004 [citerad 11 augusti 2017]. Hämtad från: <http://libris.kb.se/bib/9692573>.
 42. Folkhälsomyndigheten. Kartläggning av utbildning i hivprevention och SRHR. En kartläggande studie om hivprevention samt sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) inom människo- och rättsvårdande högre utbildning i Sverige. [Internet]. Solna: 2017. [citerad 6 november 2017]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/>.
 43. Tikkanen R, Abelsson J, Forsberg M. UngKAB09 – Kunskap, attityder och sexuella handlingar bland unga. Göteborg: Institutionen för socialt arbete, Göteborgs universitet, 2011.
 44. Folkhälsomyndigheten. Folkhälsomyndighetens specialrapport från Ungdomsbarometern - Ungdomar och sexualitet 2014/15. [Internet]. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2015 [uppdaterad 2015; citerad 8 september 2016]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/documents/sexualitet-halsa/Ungdomsbarometern-2014.pdf>.
 45. Sundström K, Centerwall, E, Nilsson, A, Nordenmark, L. Hur göra dom andra? Om sexualitet och samlevnad på 1990-talet. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2000.
 46. Folkhälsomyndigheten. Skolbarns hälsovanor i Sverige 2013/14 [Internet]. Solna: Folkhälsomyndigheten, 2014. [citerad 1 augusti 2016]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/s/Skolbarns-halsovanor-i-Sverige-201314/>.
 47. Lindroth M. Utsatthet och sexuell hälsa: En studie om unga på statliga ungdomshem. Malmö: Malmö Högskola; 2013.
 48. Lindroth M. Sex education and young people in group homes: balancing risks, rights and resilience in sexual health promotion. *Sex Education*. 2014;14(4):400-13.
 49. Folkhälsomyndigheten. Hälsan och hälsans bestämningsfaktorer för transpersoner. En rapport om hälsoläget bland transpersoner i Sverige. [Internet]. Solna: Folkhälsomyndigheten, 2015. 13 oktober 2016. [citerad 9 september 2016]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/20250/halsan-halsans-bestamningsfaktorer-transpersoner-15038-webb.pdf>.
 50. Folkhälsomyndigheten. Rätten till hälsa. Hur normer och strukturer inverkar på transpersoners upplevelser av sexuell hälsa. [Internet]. Solna: Folkhälsomyndigheten, 2016. [citerad 1 november 2016]. Hämtad från:

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/24232/ratten-halsa-16045-webb.pdf>.

51. Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (MUCF). Hon, hen, han. En analys av hälsosituationen för homosexuella och bisexuella ungdomar samt för unga transpersoner. [Internet]. Stockholm: Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (MUCF), 2010. [citerad 9 januari 2017]. Hämtad från: <http://www.mucf.se/publikationer/hon-hen-han>.
52. UMO. Våldtäkt och andra sexuella övergrepp [Internet]. Stockholm: Stockholms läns landsting, UMO.se; 2017 [citerad 1 mars 2017]. Hämtad från: <http://www.umo.se/Vald--krankningar/Valdtakt-och-andra-sexuella-overgrepp/>.
53. Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK). Sexuellt våld [Internet]. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK); 2016 [citerad 1 mars 2017]. Hämtad från: <http://nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/sexuellt-vald/sexuellt-vald/>.
54. Jonsson L, Engvall, C. Unga som har sex mot ersättning. En kunskapsöversikt till stöd och hjälp. Stockholms stad, 2014. [citerad 15 januari 2017]. Hämtad från: <http://www.stockholm.se/Fristaende-webbplatser/Fackforvaltningssajter/Socialtjanstforvaltningen/Utvecklingseheten/Utvecklingsprojekt/Barn-och-unga-som-har-sex-mot-ersattning/?oversatt=>.
55. Hammarstrom S, Tikkanen R, Stenqvist K. Identification and risk assessment of Swedish youth at risk of chlamydia. Scand J Public Health. 2015;43(4):399-407. DOI:10.1177/1403494815572722.

Bilagor

Nedan bilagor är bifogade i denna fil, dubbelklicka på gomet bredvid respektive bilaga för att läsa den eller se menyn för bifogade filer i din pdf-läsare. Filen är optimerad för Internet Explorer och Acrobat Reader DC

 Bilaga 1 Enkät

 Bilaga 2 Informationsbrev

Den här rapporten handlar om hivprevention samt sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) bland unga och unga vuxna (16–29 år) på statliga ungdoms- och LVM-hem. Rapporten är baserad på en enkätstudie som genomfördes 2016.

De unga och unga vuxna som besvarat enkäten har hög ohälsa inom SRHR-området och är riskutsatta. De har låg tillgång till skyddande faktorer som en avslutad utbildning, förtroliga relationer, känsla att vara lika bra som andra, ha kontroll över sitt liv och att se positivt på sin framtid. Många har varit utsatta för våld och använder droger. Där till har många har erfarenhet av psykisk ohälsa, diskriminering, sex mot ersättning, sex under påverkan av droger samt hög andel med erfarenhet av abort, klamydia och hepatit C.

Resultaten visar att det behövs tidiga samhällsinsatser som når denna grupp unga där de befinner sig. Unga på ungdoms- och LVM-hem behöver få tillgång till sex- och samlevnadsundervisning, och framför allt killar behöver mer kunskap och reflektion. Tjejers handlingsutrymme behöver öka och utsattheten minska. Arbetet behöver vara baserat på normkritiska, jämställda och icke-diskriminerande perspektiv. Aktörer inom socialtjänsten, skolan samt hälso- och sjukvården behöver utveckla arbetet för att främja hälsa och förebygger ohälsa inom SRHR-området.

Rapporten riktar sig främst till yrkesverksamma och beslutsfattare inom kommuner, landsting och det civila samhällets organisationer samt relevanta myndigheter och yrkesföreningar. Den vänder sig specifikt till alla som kommer i kontakt med unga och unga vuxna inom socialtjänst eller på ungdoms- och LVM-hem. Förhoppningen är att rapporten kan bidra med kunskap för hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete.

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.