

Psykisk ohälsa bland  
personer i samkönade  
äktenskap

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till [alternativaformat@socialstyrelsen.se](mailto:alternativaformat@socialstyrelsen.se).

Artikelnummer 2016-2-23  
Publicerad [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), april 2016

# Förord

Regeringen har sedan januari 2014 en strategi för lika rättigheter och möjligheter oavsett sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck. Inom ramen för strategin har Socialstyrelsen fått uppdraget att vara strategisk myndighet för området hälsa, vård och sociala insatser och att beakta hbtq-perspektivet.

Det är sedan tidigare känt att hbtq-personer i större utsträckning självrporterar psykisk ohälsa än övriga. Socialstyrelsen har därför genomfört en studie, som baseras på uppgifter i myndighetens olika nationella register, med syftet att beskriva och analysera den psykiska ohälsan bland hbtq-personer. Personer i samkönade äktenskap har fungerat som studiepopulation för målgruppen hbtq-personer.

Rapporten har tagits fram av Gudrun Jonasdottir-Bergman, Julius Collin och Peter Salmi (projektledare). Johanna Jupiter, ansvarig för hbtq-perspektivet vid Socialstyrelsen, har bistått i arbetet. Värdefulla synpunkter har inhämtats från Astrid Lindstrand, sakkunnig inom psykiatri. Socialstyrelsen har även samrått med Folkhälsomyndigheten och Riksförbundet för homosexuella, bisexuella, transpersoners och queeras rättigheter (RFSL).

Rapporten vänder sig till professionen och beslutsfattare på alla nivåer.

Natalia Borg  
Avdelningschef  
Utvärdering och analys



# Innehåll

Förord .....	3
Sammanfattning .....	7
Bakgrund .....	8
Resultat och kommentarer .....	10
Förekomst av psykisk ohälsa .....	10
Användning av psykofarmaka .....	12
Mortalitet .....	13
Slutsatser .....	15
Ökad psykisk ohälsa .....	15
Ökad mortalitet .....	15
Fortsatt arbete viktigt .....	16
Referenser .....	17
Bilaga metod .....	19



# Sammanfattning

Förekomsten av psykisk ohälsa i form av riskbruk och beroende, ångestsjukdomar och depressioner var högre bland personer i samkönade äktenskap än bland personer i olikkönade äktenskap. Riskbruk och beroende var särskilt vanligt bland kvinnor i samkönade äktenskap. Män i samkönade äktenskap hade även i större utsträckning allvarigare sjukdom som psykos än män i olikkönade äktenskap. Både män och kvinnor i samkönade äktenskap använde även i större utsträckning psykofarmaka jämfört med personer i olikkönade äktenskap. Analys av mortalitet visade på en ökad dödlighet på grund av självmord och hiv/aids bland personer i samkönade äktenskap jämfört med personer i olikkönade äktenskap.

Socialstyrelsen menar att en högre förekomst av psykisk ohälsa bland hbtq-personer än övriga kan bero på allvarlig psykosocial stress då gruppen ständigt kan befinna sig i en minoritetsposition med risk för diskriminering och negativt bemötande. Sådan psykosocial stress påverkas dessutom av att exempelvis ha hiv/aids eller adhd, med ytterligare ökad risk för psykisk ohälsa som följd. Att personer i samkönade äktenskap dessutom kan riskera en förtida död på grund av självmord tyder på en situation som kan ha allvarliga konsekvenser för gruppen.

Resultaten i denna studie bekräftar att det är viktigt att arbeta för preventiva riktade insatser för hbtq-personer, och att höja kunskapen om gruppens villkor och levnadsförhållanden, i syfte att minska skillnader i ohälsa mellan hbtq-personer och övriga.

# Bakgrund

Regeringen presenterade i januari 2014 en strategi för lika rättigheter och möjligheter oavsett sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck [1]. Strategin syftar till ett långsiktigt och resultatnriktat arbete dels för att öka kunskapen om hbtq<sup>1</sup>-personers situation i Sverige, dels för att skapa förutsättningar för likvärdigt bemötande av gruppen. Ett av fokusområdena som pekas ut inom strategin är hälsa, vård och sociala insatser. Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen har av regeringen fått uppdraget att vara strategiska myndigheter för detta fokusområde.

Mot bakgrund av ovanstående uppdrag beträffande hälsa, vård och sociala insatser har Socialstyrelsen initierat en registerstudie som syftar till att öka kunskapen om förekomsten av psykisk ohälsa, inklusive användning av psykofarmaka och mortalitet, bland hbtq-personer. Tidigare studier pekar på ökad förekomst av psykisk ohälsa inom gruppen [2,3]. Folkhälsomyndigheten har också nyligen publicerat resultat från nationella folkhälsoenkäten som beskriver utvecklingen av hälsan bland homo- och bisexuella personer [4]. En slutsats inom ramen för enkäten är att det finns en ökad förekomst av självrapporterad psykisk ohälsa inom gruppen jämfört med heterosexuella. Ytterligare en rapport från Folkhälsomyndigheten visar att de inom gruppen som lever med hiv fortfarande i dag påverkas negativt av omgivningens okunskap med exempelvis nedsatt psykiskt välbefinnande som följd [5].

Socialstyrelsen arbetar för jämlik hälsa för alla i befolkningen och ser det som särskilt oroande att vissa grupper i befolkningen kan diskrimineras eller ha sämre förutsättningar till god hälsa än andra. Myndigheten finner det därför angeläget att analysera om tidigare resultat, som ofta har handlat om självrapporterad psykisk ohälsa bland hbtq-personer, också avspeglas i myndighetens nationella register. Genom att hämta uppgifter från Statistiska centralbyråns register över olik- och samkönade partnerskap, och samköra uppgifterna med Socialstyrelsens register, är det möjligt att undersöka hbtq-personers situation i Sverige. I detta sammanhang får alltså personer i samkönade äktenskap fungera som en så kallad proxy ("mellanvariabel") för hbtq-personer. Det är dock inte möjligt att inom ramen för studien veta fördelningen av exempelvis homosexuella, bisexuella eller transpersoner beträffande antal personer, utan studien kan enbart uttala sig om personer i samkönade och olikkönade äktenskap.

Det finns studier som pekar på en ökad förekomst av psykisk ohälsa bland personer i samkönade äktenskap jämfört med personer i olikkönade äktenskap, trots att partnerskap allmänt är en skyddsfaktor som kan motverka psykisk ohälsa [6,7]. En tolkning av sådana resultat är att det rör sig om en ökad förekomst av stressrelaterad ohälsa bland hbtq-personer, till exempel på grund av att de har erfarenhet av diskriminering och negativt bemötande i livet. Sådan stress kan också benämnas "minoritetsstress" och innebär den

---

<sup>1</sup> Uttrycket hbtq och hbtq-personer är ett samlingsnamn för homosexuella, bisexuella, transpersoner och queerpersoner.



psykosociala stress som hbtq-personer i en minoritetsposition kan uppleva och ha erfarenhet av på olika sätt [8].

Den här rapporten tar närmare upp förekomsten av psykisk ohälsa, användning av psykofarmaka och mortalitet bland personer i samkönade äktenskap i jämförelse med personer i olikkönade äktenskap. I en metodbilaga till rapporten presenteras närmare detaljer kring studiens genomförande.

# Resultat och kommentarer

## Förekomst av psykisk ohälsa

Analysen är genomförd på en population som för första gången har gift sig i ett olik- eller samkönat äktenskap. Giftermålet skedde under perioden 2006–2011 och inkluderade totalt 443 419 personer i olikkönade äktenskap och 4 332 personer i samkönade äktenskap. I tabell 1 redovisas en analys av förekomsten av riskbruk eller beroende, samt depressioner och ångestsjukdomar. Dessa diagnoser har i denna studie fått utgöra indikation på möjlig stressrelaterad psykisk ohälsa. Personerna kan ha fått sin psykiatriska diagnos någon gång 3 år före eller 3 år efter giftermålet inom den specialiserade öppen- eller slutenvården.

Bland personer i samkönade äktenskap fanns en ökad förekomst av psykisk ohälsa jämfört med personer i olikkönade äktenskap. Kvoten beträffande förekomst av diagnoser i tabell 1 anger hur många gånger vanligare diagnoserna var bland personer i samkönade äktenskap jämfört med personer i olikkönade äktenskap. Ett tydligt resultat var den ökade förekomsten av riskbruk och beroende bland kvinnor i samkönade äktenskap, i synnerhet bland yngre kvinnor i 30 års-åldern där förekomsten var närmare 5 procent, eller upp till 6 gånger högre jämfört med kvinnor i motsvarande ålder i olikkönade äktenskap (redovisas inte i tabell). Riskbruket eller beroendet utgjordes av framförallt alkohol. Denna studie kan inte besvara varför just riskbruk och beroende var vanligare diagnoser bland kvinnor än män i samkönade äktenskap. Resultaten är dock förenliga med resultat från tidigare publicerade vetenskapliga studier där alkoholbruk har visat sig vara ett sätt bland homo- och bisexuella kvinnor att hantera den stress de kan utsättas för på grund av sin sexuella läggning [3,9].

**Tabell 1. Förekomst av riskbruk och beroende, depressioner och ångestsjukdomar bland personer i olik- eller samkönade äktenskap.**

Andel personer som fått diagnos inom den specialiserade öppen- eller slutenvården samt kvoter för förekomst.

	Riskbruk och beroende		Depressioner		Ångestsjukdomar	
	(%)	kvot	(%)	kvot	(%)	kvot
<b>Män</b>						
Olikkönat (n=221 697)	1,4	1*	1,6	1*	2,5	1*
Samkönat (n= 1 628)	2,7	<b>1,9</b>	3,1	<b>1,9</b>	5,3	<b>2,1</b>
<b>Kvinnor</b>						
Olikkönat (n=221 722)	1,0	1*	3,6	1*	5,2	1*
Samkönat (n=2 704)	2,8	<b>2,8</b>	6,3	<b>1,8</b>	8,9	<b>1,7</b>

\*Vid beräkning av kvot är referensgruppen\* olikkönat\* =1.

Det fanns även en ökad förekomst av allvarlig form av psykisk sjukdom som schizofreni eller liknande tillstånd bland män i 30-årsåldern i samkönade äktenskap (visas inte i tabell). Förekomsten av schizofreni bland männen i samkönade äktenskap var 1,2 procent, jämfört med 0,2 procent bland män i olikkönade äktenskap, det vill säga förekomsten av schizofreni var 6 gånger vanligare bland män i samkönade äktenskap än bland män i olikkönade. En ökad förekomst av schizofreni behöver inte betyda att sårbarheten att drabbas av sjukdomen skiljer sig åt mellan personer i olik- och samkönade äktenskap, utan den ökade förekomsten bland hbtq-personer kan snarare vara ett uttryck för en ökad stressutlöst sjukdom [10].

Jämfört med männen hade kvinnor ett annat mönster jämte de diagnoser som redovisas i tabell 1. Bland kvinnor upp till 30-årsåldern i samkönade äktenskap hade närmare 4 procent adhd-diagnos medan motsvarande siffra för kvinnor i motsvarande ålder i olikkönade äktenskap var omkring 1 procent, det vill säga en riskkvot på 4 (data visas inte i tabell). Som vid schizofreni kan psykosociala faktorer samverka med biologiska vid utvecklingen av adhd [11]. Mot bakgrund av ett ökat riskbruk bland kvinnorna i samkönade äktenskap kan adhd vara en faktor som bidrar till ett riskbruk.

## Flera faktorer ökar risken för psykisk ohälsa

Socialstyrelsen redovisar i detta avsnitt en fördjupad analys av den ökade förekomsten av psykisk ohälsa bland personer i samkönade äktenskap. Myndigheten har i analysen beaktat en multifaktoriell modell där flera faktorer kan bidra till och öka psykisk ohälsa inom gruppen.

Tabell 2 redovisar oddskvoten ("risken") att personer i samkönade äktenskap har psykisk ohälsa i form av depressioner, ångestsjukdomar eller riskbruk och beroende i större utsträckning än personer i olikkönade äktenskap. Tabellen redovisar resultat för två modeller där modell 1 är en ojusterad modell (förutom kontroll av ålder och utbildningsnivå). I modell 2 har även svårare eller "kroniska" former av psykisk sjukdom eller neuropsykiatriska tillstånd beaktats och kontrollerats för eftersom närvaro av detta riskerar att öka exempelvis ångestsjukdom eller riskbruk. Även en ökad förekomst av hiv/aids har kontrollerats för i modellen, då detta är förknippat med nedsatt psykiskt välbefinnande [5]. Efter sådana justeringar kvarstår dock risken för en förhöjd psykisk ohälsa inom gruppen. Socialstyrelsen menar att resultaten visar att en ökad förekomst av psykisk ohälsa bland personer i samkönade äktenskap således inte enbart förklaras av svårare psykisk sjukdom eller förekomst av hiv/aids utan också beror på faktorer som har att göra med att tillhöra gruppen – faktorer som gruppen har en ökad risk för, som psykosociala stressfaktorer.

**Tabell 2. Psykisk ohälsa bland personer i samkönade äktenskap.**

Analysen beaktar förekomsten av olika faktorer som kan bidra till en ökad psykisk ohälsa i form av depressioner, ångestsjukdomar och riskbruk eller beroende. Oddskvoten anger ett mått på styrkan i ett samband, där exempelvis en oddskvot på 2 betyder att "oddset är dubbelt så högt" jämfört med referensgruppen (=1) för utfallet "psykisk ohälsa".

	Oddskvot (modell 1*)	Oddskvot (modell 2**)
<b>Män</b>		
Olikkönat (referens)	1	1
Samkönat	2,1 (1,7–2,5)	1,7 (1,4–2,1)
<b>Kvinnor</b>		
Olikkönat (referens)	1	1
Samkönat	1,8 (1,6–2,1)	1,6 (1,4–1,8)

\*Modell 1; i modellen har det justerats för ålder och utbildningsnivå.

\*\* Modell 2; i modellen har det justerats för ålder, utbildningsnivå, hiv/aids samt svår "varaktig" psykisk sjukdom och neuropsykiatriska tillstånd.

Baserat på analysen ovan beräknade Socialstyrelsen även modelljusterade andelar [12] när det gäller sannolikheten för psykisk ohälsa, beroende på om en person med adhd eller hiv/aids skulle befinna sig i ett sam- eller olikkönat äktenskap. Myndigheten kan konstatera att personer i samkönade äktenskap har en ökad risk för psykisk ohälsa jämfört med personer i olikkönade äktenskap vid adhd eller hiv/aids. För män med adhd i samkönade äktenskap förväntas andelen med psykisk ohälsa vara 55 procent medan motsvarande siffra för män med adhd i olikkönade äktenskap förväntas vara 42 procent. Motsvarande siffror bland kvinnor var 52 procent för kvinnor i olikkönade äktenskap och 62 procent för kvinnorna i samkönade äktenskap. Resultaten visar således en ökad psykisk ohälsa bland personer i samkönade äktenskap vid adhd jämfört med personer som har adhd och är i ett olikkönat äktenskap. Socialstyrelsens tolkning av resultaten är att hbtq-personer är särskilt utsatta för psykisk ohälsa då ytterligare riskfaktorer föreligger.

## Användning av psykofarmaka

Socialstyrelsen har även undersökt användningen av psykofarmaka bland de personer som beskrivs i avsnittet ovan om psykisk ohälsa. Genom att analysera uttag av psykofarmaka kan en indikation på psykisk ohälsa inkludera flera i studiepopulationen. Detta beror på att läkemedelsregistret, varifrån uppgifterna har hämtas, också inkluderar personer som har fått behandling inom primärvården för sina diagnoser, och inte bara de som fått specialiserad vård som är fallet för patientregistret.

I tabell 2 visas andelen personer i respektive grupp som använder psykofarmaka. Tabellen redovisar också kvoten för förekomsten av vissa läkemedelsgrupper. Det framgår att personer i samkönade äktenskap har en högre användning av psykofarmaka än personer i olikkönade äktenskap. Resultatet är rimligt mot bakgrund av att personer i samkönade äktenskap hade en ökad psykisk ohälsa enligt avsnittet ovan. Noterbart är dock att kvinnor i samkönade äktenskap relativt sett har en lägre användning av läkemedel än män i samkönade äktenskap samtidigt som de har en ökad förekomst av riskbruk och beroende. Om en lägre förekomst av psykofarmaka bland kvinnorna kan återspegla en ökad självmedicinering med alkohol av odiagnostiserade

psykisk ohälsa går inte att fastställa i denna studie, men en sådan tolkning kan vara rimlig utifrån tidigare vetenskapliga studier [3,8].

**Tabell 3. Förekomst av psykofarmaka bland personer i olik- eller samkönade äktenskap.**

Andel personer som har gjort minst 1 uttag av respektive läkemedel samt kvoter för förekomst.

	Ångestdämpande		Sömnmedel och lugnande		Antidepressiva	
	(%)	kvot	(%)	kvot	(%)	kvot
<b>Män</b>						
Olikkönat (n=221 697)	4,9	1*	5,3	1*	6,7	1*
Samkönat (n=1 628)	11,4	<b>2,3</b>	16,2	<b>3,1</b>	12,6	<b>1,9</b>
<b>Kvinnor</b>						
Olikkönat (n=221 722)	8,0	1*	7,9	1*	12,5	1*
Samkönat (n=2 704)	13,2	<b>1,7</b>	12,7	<b>1,6</b>	19,0	<b>1,5</b>

\*Vid beräkning av kvoten är referensgruppen "olikkönat" =1.

## Mortalitet

Tidigare studier har visat på överdödlighet bland personer i samkönade äktenskap [13,14]. Socialstyrelsen har i denna studie inkluderat alla personer i äktenskap för åren 1995-2012 och följt totalt 4 034 män och 5 464 kvinnor i samkönade äktenskap. Eftersom denna population består av så många personer har ännu en grupp varit möjlig att studera. Denna grupp är personer som någon gång först har befunnit sig i ett olikkönat äktenskap för att senare vara i ett samkönat äktenskap, eller omvänt. Jämförelsegrupper var 663 971 män och 667 714 kvinnor i enbart olikkönade äktenskap. Personerna följdes upp från det datum de föddes till och med 2013, eller till dödsdatum.

Tabell 3 visar resultat från den övergripande analysen av dödlighet bland personer i olik- eller samkönade äktenskap. Tabellen visar andelen personer inom respektive grupp som avled under uppföljningsperioden och andelen självmord bland de som avled. Bland personer i samkönade äktenskap fanns en ökad totaldödlighet, vilket särskilt gällde för män. Även självmord var vanligare bland kvinnor i samkönade äktenskap än kvinnor i olikkönade äktenskap. Bland männen var förekomsten av självmord högst bland män som både hade varit i ett olik- och samkönat äktenskap. Denna studie kan inte besvara varför just dessa män i en högre utsträckning begick självmord än män i enbart samkönade äktenskap.

**Tabell 4. Andel personer som avlidit under uppföljningsperioden, samt andelen självmord bland de avlidna.**

Uppföljning från individens födelsedatum till och med 2013.

	Avlidna (%)	Självmord bland de avlidna (%)
<b>Män</b>		
Olikkönat (n=663 971)	2,2	8,5
Samkönat (n=3 752)	6,2	6,1
Olik- och samkönat (n=282)	8,7	18,5
<b>Kvinnor</b>		
Olikkönat (n=667 714)	1,2	8,4
Samkönat (n=4 859)	1,3	12,7
Olik- och samkönat (n=605)	1,6	0

Socialstyrelsen genomförde också en så kallad överlevnadsanalys av studiepopulationen i syfte att statistiskt skatta risken att avlida under uppföljningsperioden. Som framgår av tabell 4 hade personer i samkönade äktenskap en ökad risk att avlida under uppföljningsperioden. I denna analys är självmorden exkluderade och de förhöjda riskerna återspeglar således en överdödlighet i kroppsliga sjukdomar. Män i samkönade äktenskap exempelvis hade 1,3 gånger högre risk att avlida under uppföljningsperioden jämfört med män i olikkönade äktenskap. Då hiv/aids beaktades i analysen och justerades för blev överdödligheten inte längre signifikant i statistisk mening varken för män eller för kvinnor. Detta betyder att förekomsten av hiv/aids bland vissa inom gruppen samkönade äktenskap förklarade den ökade dödligheten i somatiska sjukdomar. Bortsett från hiv/aids var hjärtsjukdom och cancer vanliga dödsorsaker bland samtliga personer i studien.

**Tabell 5. Överlevnadsanalys bland personer i olik- eller samkönade äktenskap.**

Uppföljning från individens födelsedatum till död eller 31 december 2013. Självmord har exkluderats. Relativ risk ("hazard ratio") enligt en Cox-regressionsmodell. Modellen är justerad för ålder och att inte befinna sig i ett äktenskap 2 år före sista uppföljning (som markör för att eventuellt vara singel).

	Relativ risk	95 % KI
<b>Män</b>		
Olikkönat (referens)	1	
Samkönat	1,3	1,2-1,5
Olik- och samkönat	2,1	1,4-3,0
<b>Kvinnor</b>		
Olikkönat (referens)	1	
Samkönat	1,4	1,1-1,8
Olik- och samkönat	1,1	0,5-1,9*

\*Resultatet är inte statistiskt signifikant.

# Slutsatser

## Ökad psykisk ohälsa

Förekomsten av riskbruk eller beroende, samt förekomsten av depressioner och ångestsjukdomar är högre bland personer i samkönade äktenskap jämfört med personer i olikkönade äktenskap. Parallellt med att förekomsten av psykisk ohälsa är högre är användningen av psykofarmaka också högre inom gruppen.

Personer i samkönade äktenskap befinner sig i en minoritetsposition och riskerar därför i en större utsträckning att utsättas för olika psykosociala stressfaktorer där diskriminering utgör en allvarlig sådan. Socialstyrelsens tolkning av resultaten från denna studie är att sådana stressfaktorer väsentligt påverkar gruppens psykiska hälsa. Sådan stress benämns också ”minoritetsstress” i sammanhang där olika förklaringar till en ökad psykisk ohälsa bland hbtq-personer har diskuterats [8]. Psykosocial stress kan också utifrån ett mer vidare perspektiv bli sammanflätat med livsvillkor eller livsstil och påverka hälsan hos en individ. Resultaten från studien visar dessutom att om ytterligare riskfaktorer tillkommer, som hiv/aids eller exempelvis adhd-diagnos, är risken för psykisk ohälsa förhöjd bland personer i samkönade äktenskap jämfört med personer med motsvarande riskfaktorer i ett olikkönat äktenskap.

## Ökad mortalitet

Socialstyrelsen kan konstatera att förutom en ökad förekomst av psykisk ohälsa hade personer i samkönade äktenskap även en ökad dödlighet jämfört med personer i olikkönade äktenskap. Den ökade dödligheten förklarades av en ökad risk för självmord bland personer i samkönade äktenskap. När det gäller en ökad dödlighet av somatiska sjukdomar bland personer i samkönade äktenskap förklarades denna av en ökad förekomst av hiv/aids inom gruppen. En tidigare dansk studie har visat att risken att avlida i hiv/aids är större bland personer i samkönade äktenskap där äktenskapet ingicks vid en tidpunkt då effektiv behandling ännu inte hade etablerats [13]. Detta betyder att skillnaderna i denna studie mellan personer i olik- och samkönade äktenskap beträffande dödlighet kan försvinna i en framtida studie i Sverige.

Hiv/aids är dock fortfarande förknippat med sämre livskvalité och, detta i kombination med en ökad förekomst av psykisk ohälsa bland personer i samkönade äktenskap, kan få konsekvenser för den somatiska hälsan. Socialstyrelsen har i tidigare studier till exempel visat att personer med psykisk ohälsa allmänt riskerar ett sämre bemötande inom den somatiska vården med risk för förtida död som följd [15,16]. Ett hos individen förväntat sämre bemötande inom vården kan också innebära att denne söker vård senare [17]. Om sådana faktorer kan vara av betydelse för hälsan eller mortaliteten hos personer i samkönade äktenskap har inte närmare analyserats i denna studie.

## Fortsatt arbete viktigt

Resultaten från den här studien visar att det är angeläget med ett fortsatt arbete inom bland annat hälso- och sjukvården, eller bland aktörer som kan arbeta förebyggande, exempelvis skolan. Vidare kan resultaten ge ett underlag för preventiva riktade insatser för målgruppen, och ge en vägledning för fortsatt kunskapsutveckling. Rapporten kan också stärka och inspirera det hbtq-främjande arbete som redan pågår i kommuner, landsting och olika organisationer.

Socialstyrelsen menar att den ökade förekomsten av psykisk ohälsa som studien visar på inte har med sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck i sig att göra. Det handlar mer om en följd av en rad olika kulturella och miljömässiga faktorer som är förknippade med att vara en del av en stigmatiserad och marginaliserad grupp. Hbtq- personer upplever ett förväntat negativt bemötande och behöver hela tiden förhålla sig till risken för ett så kallat heteronormativt bemötande där diskriminering och fördomar kan förekomma. Att beakta sådana aspekter är därför viktigt för det fortsatta arbetet med att höja kunskapen om hbtq-personers villkor och levnadsförhållanden, och om hur exempelvis diskriminering kan ta sig uttryck inom vård och omsorg. Ett viktigt framtida arbete kan vara att integrera hbtq- perspektivet i nationella satsningar och riktlinjer kring psykisk ohälsa.

Socialstyrelsens tolkning av resultaten i denna studie är att personer i samkönade äktenskap, jämfört med personer i olikkönade äktenskap, har en ökad stressrelaterad psykisk ohälsa där en ökad mortalitet på grund av självmord kan vara en oroväckande konsekvens av denna. Resultaten är baserade på analyser i myndighetens nationella hälsodataregister och dödsorsaksregistret och pekar således på ett tydligt behov av viktiga åtgärder från relevanta aktörer som skola, myndigheter och hälso- och sjukvården. Åtgärderna bör ha som syfte att minska skillnaderna i ohälsa mellan hbtq-personer och övriga utifrån perspektivet att alla ska ha lika möjligheter och förutsättningar till god hälsa i befolkningen.



# Referenser

1. En strategi för lika rättigheter och möjligheter oavsett läggning, könsidentitet eller könsuttryck.  
<http://www.regeringen.se/sb/d/16973/a/231350>
2. Sandfort TGM, Bakker F, Schellevis FG, Vanwesenbeeck I. Sexual orientation and mental and physical health status: findings from a dutch population survey. *A J Public Health* 2006; 96:1119-1125.
3. Bos, HMW, Boschloo L, Schoevers RA, Sandfort TGM. Depression and anxiety in patients with and without same-sex attraction: differences in clinical expression, lifestyle factors, and vulnerability indicators. *Brain and Behavior* 2015; 5:1-8.
4. Utvecklingen av hälsan och hälsans bestämningsfaktorer bland homo- och bisexuella personer. Folkhälsomyndigheten; 2014.
5. Att leva med hiv i Sverige. Folkhälsomyndigheten; 2015.
6. Riggle EDB, Rostosky SS. Psychological distress, well-being, and legal recognition in same-sex couple relationships. *J Fam Psychol* 2010;24:82-86.
7. Gilman SE, Cochran SD, Mays VM, Hughes M, Ostrow D, Kessler R. Risk of psychiatric disorders among individuals reporting same-sex sexual partners in the national comorbidity survey. *A J Public Health* 2001; 91:933-939.
8. Meyer IH. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychol Bull* 2003; 129:674-697.
9. Alkohol spelar roll. RFSL; 2014
10. Mizrahi R. Social stress and psychosis risk: common neurochemical substrates? *Neuropsychopharmacology* 2016; 41:666-674.
11. Family-environment risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder. A test of Rutter's indicators of adversity. Biederman J, Milberger S, Faraone SV, Kiely K, Guite J, Mick E, Ablon S, Warburton R, Reed E. *Arc Gen Psychiatry* 1995; 52:464-470.
12. Varewyck M, Goetghebeur E, Eriksson M, Vansteelandt S. On Shrinkage and model extrapolation in the evaluation of clinical center performance. *Biostatistics* 2014;15:651-654.
13. Frisch M, Bronnum-Hansen H. Mortality among men and women in same-sex marriage: a national cohort study of 8333 danes. *A J Public Health* 2009;99:133-137.
14. Frisch M, Simonsen J. Marriage, cohabitation and mortality in Denmark: national cohort study of 6,5 million persons followed for up to three decades (1982-2011). *Int J Epidemiol* 2013;42:559-578.
15. Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – akut hjärtinfarkt. Socialstyrelsen; 2011.
16. Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – stroke. Socialstyrelsen; 2011.

17. Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – cancer.  
Socialstyrelsen; 2011.

# Bilaga metod

Från SCB (Statistiska centralbyrån) beställde Socialstyrelsen registerinformation om samtliga ingångna giftermål och partnerskap (fortsättningsvis betecknat som giftermål) mellan åren 1995-2012. Detta register täcker alla giftermål ingångna av personer folkbokförda i Sverige. En ”nyckel” erhöles för att kunna koppla gifta individer till varandra. På så sätt kunde Socialstyrelsen avgöra om äktenskapet var samkönat eller olikkönat. Analysen begränsades därför till de par där båda var folkbokförda i Sverige och därmed registrerade. Detta medför att äktenskap där en av parterna inte är folkbokförd i Sverige inte finns med. Som komplement begärde Socialstyrelsen också information om personerna varit gifta före 1995. Notera att det endast är möjligt att avgöra vilka juridiska kön parterna har vid giftermålet. Det går således inte att inkludera giftermål där någon eller båda av parterna är transpersoner och där de vid giftermålet har olika juridiskt kön, även om personerna i dessa giftermål hade varit intressanta att inkludera i analysen av gruppen samkönade giftermål.

## Förstagångsgifta 2006-2011

För att studera psykisk ohälsa och läkemedelskonsumtion definierade Socialstyrelsen en subpopulation som bestod av personer som gifte sig för första gången under perioden 2006-2011. De med ett registrerat giftermål före 1995 exkluderades.

Uppgifter som analyserades (men inte nödvändigtvis redovisas i rapporten):

- F-diagnoser enligt ICD-10 tre år före och tre år efter giftermålet: Förekomst (Ja/ Nej) av respektive diagnosgrupp, se tabell nedan, under perioden.
- Misstänkt självskadebeteende/ självmordsförsök tre år före och efter giftermålet: Förekomst (Ja/ Nej) av orsaks-koderna enligt ICD-10 X60-X84 eller Y10-Y32 under perioden.
- Förekomst av psykofarmaka tre år efter giftermålet: Förekomst (Ja/ Nej) av respektive läkemedelsgrupp, se nedan, under perioden, minst tre uttag.
- Förekomst av övergreppskoder tre år före och tre år efter giftermålet: Förekomst (Ja/ Nej) av respektive läkemedelsgrupp, se tabell nedan, under perioden.

Andelar för män och kvinnor, samkönade och olikkönade, beräknades beträffande respektive variabel. För jämförelse mellan samkönade respektive olikkönade beräknas kvoten som andelen olikkönade med respektive diagnos dividerat med andelen samkönade med respektive diagnos. Denna beräkning gjordes separat för män och kvinnor.

Diagnoser	ICD10-kod
Riskbruk och beroende	F10-F19
Schizofreni och liknande tillstånd	F20-F29
Bipolär sjukdom	F30-F31
Depressioner	F32-F39
Ångestsjukdomar	F40-F49
Ät- och sömnstörningar etc.	F50-F59
Personlighetsstörningar	F60-F69
Psykisk utvecklingsstörning	F70-F79
Autismspektrumtillstånd etc.	F80-F89
Adhd etc.	F90-F99

Läkemedelsgrupp	ATC-kod
Antipsykotika	N05A
Ångestdämpande	N05B
Sömnmedel och lugnande	N05C
Antidepressiva	N06A
Adhd-läkemedel	N06BA (ej N06BA 07)
Litium	N05AN01
Melatonin	N05CH01

Övergripp	Orsaks-kod (ICD-10)
Övergripp genom obehäpnat våld	Y04
Sexuellt övergripp av obehäpnad person	Y05
Annan misshandel	Y07

Kompletterande analyser genomfördes enligt:

Två logistiska regressionsmodeller skapades separat för män och kvinnor där förekomst av Depression/Ångest/Missbruk/Ätstörningar/Sömnstörningar (F32-F39/F4/F1/F50-F51) är satt som en funktion av:

Samkönat äktenskap,  
utbildningsnivå 2 år före äktenskapet  
samt ålder\*

I den andra modellen justeras även för:

Schizofreni, schizotypa störningar och vanföreställningssyndrom (F20-F29)  
Bipolär sjukdom (inkl. manisk episod. F30-F31),  
Personlighets- och beteendestörning hos vuxna (exkl. Könsidentitetsstörningar, störningar av sexuell preferens samt psykiska störningar och beteendestörningar sammanhängande med sexuell utveckling och orientering. F60-F63 samt F68-F69),  
psykisk utvecklingsstörning (F70-F79),  
Störning av psykisk utveckling (F80-F89),

Beteendestörningar och emotionella störningar med debut vanligen under barndom och ungdomstid (F90-F99) samt hiv/aids (B20-B24)\*\*.

\*Ålder har modellerats med hjälp av kubiska splines.

\*\*Enbart för männen.

Modelljusterade andelar [Varewyck M med flera, *On shrinkage and model extrapolation in the evaluation of clinical center performance*. *Biostatistics* 2014;15; 651-664] presenteras separat för kvinnor och män. Dessa andelar är direkt standardiserade med hjälp av regressionsmodell 2 och tolkas, exempelvis för kombinationen samkönat äktenskap och adhd bland män, som andelen förväntade fall om samtliga män varit i en samkönad relation och haft diagnosen adhd.

## Mortalitet

Samtliga individer i datamaterialet kategoriserades i tre grupper; 1) de som bara varit olikkönat gifta under perioden, 2) de som bara varit samkönat gifta under perioden och inte heller varit gifta före 1995 och 3) de som varit både samkönat och olikkönat gifta. För att jämföra dödligheten mellan dessa grupper så kopplades dödsorsaksregistret på samtliga individer. De med huvudsaklig dödsorsak där skadan varit självförvållad (X60-X84) eller där orsaken till skadan varit okänd (Y10-Y34) noterades särskilt som misstänkt självmord. Uppföljning av död skedde till och med 31 december 2013 och tiden till död, eller uppföljningens slut räknades från födsel. Det vill säga tiden räknades som åldern 31 december 2013 eller på dödsdagen, vilket som kom först. Tid till död eller avslutad uppföljning analyserades med Cox proportional hazardsmodell. Modellen justerades för ålder och om personen varit ogift under en tvåårsperiod före sista uppföljning (som en markör för att leva ensam). Hiv/aids justerades för i en kompletterande analys. Vissa livsstilsfaktorer, så som barn i familjen, justerades det dock inte för då dessa betraktade kunna vara en del i det kausala orsakssambandet. En utökad analys av modellen visade dessutom att bostadsort inte påverkade resultaten beträffande mortalitet i någon större utsträckning. Däremot var hög utbildning skyddande och minskade något risken att avlida bland personer i samkönade äktenskap.