

Underlag till nationell strategi för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter

Du får gärna citera Socialstyrelsens texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Socialstyrelsen har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

ISBN 978-91-7555-219-4
Artikelnummer 2014-10-26

Publicerad www.socialstyrelsen.se, oktober 2014

Förord

Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten har på regeringens uppdrag (S2009/4860/FS, S2010/4321/FS, S2011/5840/FS och S2012/4528/FS (delvis)) tagit fram ett underlag för utformningen av en nationell strategi för arbetet inom området sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) i Sverige. Socialstyrelsen har varit huvudansvarig för uppdraget.

Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten bedömer att ett stärkt hälsofrämjande och fortsatt förebyggande arbete, liksom ett stärkt rättighets- och normkritiskt perspektiv inom SRHR-området på en nationell nivå, sammantaget kommer att leda till att lokala och regionala verksamheter utvecklas i en för verksamheterna positiv riktning. En nationell kunskapsstyrning och samordning främjar också en sådan utveckling.

Projektledare Matilda Ekström Sundberg och utredare Susanne Zetterquist, Socialstyrelsen, har sammanställt rapporten. Utredarna Marlene Makenzius, Louise Mannheimer, Anna-ChuChu Schindele och Love Nordenmark samt enhetschefen Monica Idestrom har bidragit med underlag från Folkhälsomyndigheten. Det har även juristen Linda Almqvist (tidigare Socialstyrelsen) och utredaren Elis Envall från Socialstyrelsen gjort, liksom juristen Lars Olsson (extern expert). Ansvarig enhetschef har varit Annika Öquist.

Taina Bäckström
Ställföreträdande generaldirektör
Socialstyrelsen

Johan Carlson
Generaldirektör
Folkhälsomyndigheten

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Inledning	9
Uppdragets genomförande.....	9
Behov av nationell strategi för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter	11
God hälsa på lika villkor	12
Behov av nationell kunskapsstyrning och samordning	13
Utgångspunkter för en nationell SRHR-strategi	15
SRHR blir ett samlande begrepp	15
Allt arbete inom SRHR ska genomsyras av ett rättighetsperspektiv och ett normkritiskt perspektiv.....	16
Utvecklingsområden för en nationell SRHR-strategi.....	19
Förstärka det hälsofrämjande arbetet inom SRHR-området	19
Utveckla det förebyggande arbetet inom SRHR-området.....	23
Nationell kunskapsstyrning och samordning av SRHR-arbetet	31
Utveckla samverkan mellan berörda myndigheter och aktörer	31
Utveckla uppföljning och utvärdering	33
Förstärka kunskaps- och metodutveckling.....	34
Förbättra hälsokommunikation och kunskapsspridning	34
Årlig återrapportering till regeringen	35
Referenser	35
Bilaga 1. Definitioner och beskrivningar av begrepp inom SRHR-området	40
Bilaga 2. Sexuella och reproduktiva rättigheter i Sverige	43
Bilaga 3. Aktörer i SRHR-arbetet.....	51
Bilaga 4. Sexuella och reproduktiva rättigheter i konventioner och andra internationellt förhandlade texter	56
Bilaga 5. Exempel på nationellt, regionalt och lokalt arbete inom SRHR-området.....	71

Sammanfattning

Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten föreslår att en nationell strategi för området sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR-strategi) utgår från visionen: *Bästa möjliga sexuella och reproduktiva hälsa – på lika villkor för hela befolkningen och med uppfyllande av allas sexuella och reproduktiva rättigheter.*

Underlaget har utarbetats med utgångspunkt från de nationella och internationella mål och visioner som finns inom SRHR-området. Det tar fasta på sambandet mellan sexuell och reproduktiv hälsa och sexuella och reproduktiva rättigheter. Förslaget förenar befolkningsperspektivet (bästa möjliga hälsa för hela befolkningen) med individperspektivet (tillgodosedda rättigheter) samtidigt som det förutsätter att alla relevanta skillnader på gruppnivå uppmärksammas (lika villkor).

För att etablera ett gemensamt ramverk för arbetet med sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter föreslår Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten att en nationell SRHR-strategi har följande utgångspunkter:

- Det samlande begrepp för de aktörer som arbetar med sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter ska vara SRHR.
- Allt arbete inom SRHR-området ska genomsyras av ett rättighetsperspektiv och ett normkritiskt perspektiv.

Förslaget omfattar följande utvecklingsområden:

- Att det hälsofrämjande arbetet förstärks inom SRHR-området.
- Att det förebyggande arbetet fortsätter att utvecklas inom SRHR-området.

En förutsättning för att sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter ska bli ett samlat område i Sverige är att begreppet SRHR blir etablerat så att det behandlas som en helhet i strategier, handlingsplaner och andra dokument som ligger till grund för det dagliga arbetet på såväl nationell som regional och lokal nivå. *Rättighetsperspektivet* baseras på formaliserade rättigheter som uttrycks i bland annat konventioner och lagar. *Det normkritiska perspektivet* syftar till att synliggöra, problematisera och förändra de föreställningar och normer som ligger till grund för diskriminerande strukturer. Perspektivet ger stöd för ett förhållningssätt i SRHR-arbetet med utgångspunkt från de mänskliga rättigheterna, de sju diskrimineringsgrunderna och intersektionell¹ analys. Genom utvecklingsområdena vill Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten markera vikten av att stärka det *hälsofrämjande arbetet*, men samtidigt tydliggöra att det är viktigt med en fortsatt utveckling av det *förebyggande arbetet* inom SRHR-området. Bedömningen är att följande områden behöver prioriteras i det förebyggande arbetet: hiv och STI, önskad graviditeter samt könsrelaterat våld.

¹ Intersektionalitet: samhällsvetenskapligt begrepp som syftar till att synliggöra specifika situationer av förtryck som skapas i skärningspunkter för maktrelationer baserade på ras, kön och klass.

Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten bedömer att det behövs en nationell samordning för att utveckla och stärka kunskapsstyrningen inom SRHR-området och föreslår därför att regeringen ger Folkhälsomyndigheten ett samordningsansvar som bör omfatta följande områden:

- Utveckla samverkan mellan berörda myndigheter och aktörer, exempelvis genom befintliga och nya stödstrukturer.
- Utveckla uppföljning och utvärdering i samverkan med berörda myndigheter, exempelvis genom att följa upp det hälsofrämjande arbetet och genom att inkludera sexuell och reproduktiv hälsa i den uppföljning av folkhälsan som görs på Folkhälsomyndigheten.
- Förstärka kunskaps- och metodutveckling i samverkan med myndigheter och berörda aktörer och ge stöd till sådant utvecklingsarbete.
- Förbättra hälsokommunikation och kunskapsspridning i samverkan med myndigheter och berörda aktörer, exempelvis genom att utveckla nationella kommunikations- och informationsinsatser, riktade till hela eller grupper i befolkningen, om bästa tillgängliga kunskap.
- Årligen rapportera till regeringen om samordningen och de utvecklingsbehov som lyfts i forum för samverkan samt ge förslag på aktörer inom de olika delarna för det fortsatta arbetet.

Utöver Folkhälsomyndighetens samordningsansvar föreslås också att

- Folkhälsomyndigheten får i uppdrag att på nationell nivå stödja och utveckla det preventiva arbetet avseende oönskade graviditeter. Arbetet ska där det så är lämpligt samordnas med det förebyggande arbetet vad gäller hiv och STI som redan ligger på Folkhälsomyndigheten.

Inledning

Detta är ett underlag till regeringen för utformningen av en nationell strategi för arbetet inom området sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) i Sverige. Efter att en nationell strategi beslutats bör handlingsplaner tas fram utifrån lokala behov och förutsättningar, där implementering, aktiviteter och ansvar tydliggörs.

Uppdragets genomförande

Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten har fått regeringens uppdrag att ta fram ett underlag till en nationell strategi för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR).

Uppdraget har genomförts i samarbete mellan Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten; den senare övertog den 1 januari 2014 Smittskyddsinstitutets och Statens folkhälsoinstituts ansvarsområden och uppgifter. Socialstyrelsen har varit huvudansvarig för uppdraget och ansvarat för samordning av arbetet, inklusive sammanställning av del- och slutrapporteringar till Socialdepartementet.

De tre myndigheter som ursprungligen fick regeringsuppdraget har tagit fram följande underlag till strategiförslaget:

- Smittskyddsinstitutet har i samverkan med sakkunniga och experter inom landsting, idéburen sektor och universitet tagit fram underlag inom området sexualitet, sexuell hälsa, hiv- och STI-prevention och oönskade graviditeter i enlighet med proposition 2005/06:60 *Nationell strategi mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar*.
- Socialstyrelsen har tagit fram underlag inom området rättighetsfrågor.
- Statens folkhälsoinstitut har tagit fram underlag för effektiva metoder som förebygger oönskade graviditeter.

Uppdraget har genomförts i nära samråd med Socialdepartementet. En referensgrupp har knutits till arbetet med kontaktpersoner från Skolverket, Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (tidigare Ungdomsstyrelsen), Inspektionen för vård och omsorg (IVO), Kriminalvården (KV), Migrationsverket (MV), Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK), Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), Föreningen Sveriges Ungdomsmottagningar (FSUM), Riksförbundet för sexuell upplysning (RFSU), Smittskyddsläkarföreningen, Svenska Barnmorskeförbundet (SBF), Svensk förening för obstetrik och gynekologi (SFOG), Svensk kuratorsförening, Riksförbundet för homosexuellas, bisexuellas, transpersoners och queeras rättigheter (RFSL) och UMO.se/1177/Vårdguiden.

Socialstyrelsen har deltagit vid olika nätverksträffar, till exempel Smittskyddsinstitutets storstadsnätverk, nätverket World Aids Day, TONARG (nätverk för gynekologer och barnmorskor med flera inom SFOG), sam-

ordnare för landets ungdomsmottagningar och delar av SKL:s nätverk för hälso- och sjukvårdschefer samt nätverk för folkhälsoschefer.

Behov av nationell strategi för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter

Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter definieras och beskrivs i flera internationella överenskommelser (se bilaga 1). I rutan nedan sammanfattas kort området sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR).

Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR)

Sverige har valt att använda begreppen ”sexuell” och ”reproduktiv” separerade för att tydliggöra att sexualitet inte enbart syftar till att föda barn. Sexuell och reproduktiv hälsa påverkar varje människas personliga relationer och sexuella aktiviteter under hela livet. Området omfattar därför inte enbart den fertila åldern eller familjeplanering.

Sexuell hälsa innebär ett tillstånd av fysiskt, emotionellt, mentalt och socialt välbefinnande relaterat till sexualitet, inte endast frånvaro av sjukdom, dysfunktion eller svaghet.

Reproduktiv hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande kring det reproduktiva systemet och alla dess funktioner och inte bara frånvaro av sjukdom.

Sexuella rättigheter innefattar rätten för alla människor att bestämma över sin egen kropp och sexualitet.

Reproduktiva rättigheter omfattar den enskilda individens rätt att bestämma antalet barn och hur tätt dessa ska komma.

Området sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter omfattar hela befolkningen och människans hela livscykel. Det är ett område med stor betydelse för varje människas självkänsla, nära relationer och välbefinnande.

Sverige har en internationell SRHR-politik som samlar flera sammanhängande frågor under ett gemensamt paraply och som ligger till grund för det bilaterala, multilaterala, operationella och normativa arbete Sverige bedriver internationellt [1].

På nationell nivå pågår mycket arbete inom området men det saknas ett samlat nationellt grepp. Det finns nationella handlingsplaner och strategier för olika områden, till exempel *Nationell strategi mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar* (prop. 2005/06:60), *Nationell handlingsplan för klamydiaprevention* [2] och en strategi för lika rättigheter och möjligheter

oavsett sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck [3]. I propositionen 2013/14:191 *Med fokus på unga – en politik för goda levnadsvanor, makt och inflytande* lämnas ett antal förslag som behandlar SRHR och unga (s. 33–35 och s. 108–114). För området våld i nära relationer har den nationella samordnaren lämnat förslag för utvecklingsarbete inom området (*Våld i nära relationer – en folkhälsofråga* (SOU 2014:49).

Bristen på nationell helhetssyn leder till splittrade insatser och en svagare kunskapsstyrning. Några exempel på aktuella problem:

- Förekomsten av klamydia och oönskade graviditeter bland ungdomar och unga vuxna är fortfarande hög [4, 5].
- Det finns grupper som inte får behovet av kunskap och respektfullt och professionellt bemötande tillgodosett inom SRHR-området (se exempel i bilaga 2).
- Kunskapsläget är otillräckligt om vad som bidrar till beteenden som främjar sexuell hälsa och förebygger sjukdomar [5, 6]. Resultat och effekter av insatser behöver studeras mer systematiskt.

Det finns också en obalans mellan hälsofrämjande och förebyggande arbete. Båda delarna är centrala inom området och de överlappar ofta varandra. Hittills har det förebyggande arbetet avseende olika hälsoproblem stått i centrum för strategier, handlingsplaner och insatser som avser olika hälsoproblem. En förskjutning har dock börjat ske mot främjande av sexuell hälsa och välbefinnande utifrån en ökad förståelse för den sexuella hälsans positiva betydelse för individens totala hälsa [7].

God hälsa på lika villkor

Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten föreslår att en nationell strategi för området sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR-strategi) utgår från följande vision:

Bästa möjliga sexuella och reproduktiva hälsa – på lika villkor för hela befolkningen och med uppfyllande av allas sexuella och reproduktiva rättigheter.

Arbete för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter syftar bland annat till att förbättra samhällliga och sociala förutsättningar, vilket i sin tur förväntas skapa förbättrade individuella förutsättningar som kan leda till en förbättrad sexuell och reproduktiv hälsa.

En naturlig utgångspunkt för en nationell SRHR-strategi är det övergripande folkhälsopolitiska målet *att skapa samhällliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen* (prop. 2007/08:110 *En förnyad folkhälsopolitik* s. 23). Flera av de folkhälsopolitiska målområdena ligger till grund för strategiförslaget. Centrala är de målområden som avser skydd mot smittspridning (målområde 7) och sexualitet och reproduktiv hälsa (målområde 8). Andra viktiga målområden är exempelvis delaktighet och inflytande i samhället (målområde 1), ekonomiska och sociala förutsättningar (målområde 2), barns och ungas uppväxtvillkor (målområde 3), hälsofräm-

jande hälso- och sjukvård (målområde 6) och alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel (målområde 11).

Den nationella SRHR-strategin bör också vara en del av Sveriges arbete med internationella strategier inom SRHR-området. I Europa har WHO en regional strategi för arbetet med sexuell och reproduktiv hälsa, där målet är att förbättra sexuella och reproduktiva rättigheter, den sexuella och reproduktiva hälsan hos befolkningen samt att minska skillnader i sexuell och reproduktiv hälsa mellan och inom länderna i Europa [8]. Tidsplanen för arbetet med den nationella strategin bör utformas med hänsyn till bland annat Sveriges åtaganden för att uppnå WHO Europas vision i hälsa 2020 (Health 2020) [9]:

A WHO region in which all people are enabled and supported in achieving their full health potential and well-being and in which countries, individually and jointly, work towards reducing inequities in health within the Region and beyond (s.38).

Med en nationell SRHR-strategi ökar förutsättningarna för ett framgångsrikt arbete på olika nivåer för en jämlik hälsa, uppfyllande av rättigheter och en mer effektiv användning av offentliga medel. Ytterst ökar det möjligheterna för varje enskild individ att få stöd, vård och omsorg utifrån sina behov och med beaktande av sina rättigheter.

Behov av nationell kunskapsstyrning och samordning

Hälsofrämjande och förebyggande arbete behöver vara kunskapsbaserat för att uppnå långsiktigt goda resultat (Regeringens skrivelse *En folkhälsopolitik med människan i centrum* (2011/12:166) s. 15). Det är därför en viktig uppgift för staten att verka för en effektiv kunskapsstyrning inom SRHR-området så att berörda målgrupper ges insatser som bygger på bästa tillgängliga kunskap. En nationell strategi kan förtydliga och främja det samspel mellan aktörer på olika nivåer som är en förutsättning för effektiv kunskapsstyrning.

Grunden i SRHR-arbetet utgörs exempelvis av de insatser som utförs i kommuner och landsting. För att utveckla SRHR-arbetet krävs mer samordnade insatser på flera samhällsnivåer och från olika aktörer inom och mellan de offentliga, privata och idéburna sektorerna². Arbetet berör ett stort antal sammanhängande frågor, till exempel jämställdhet, sex- och samlevnadsundervisning, uppmärksammandet av utsatta grupper, tillgång till preventivmedel, säkra aborter, mödrahälsovård och vård av nyfödda. Även arbetet med hiv och aids, andra sexuellt överförbara infektioner samt livmoderhals- och bröstcancer ingår, liksom arbetet mot prostitution³ och människohandel

² Idéburen sektor och ideell sektor: Innefattar här alla typer av idéburna organisationer, dvs. folkrörelser, men också stiftelser, trossamfund och föreningar.

³ Prostitution när det gäller vuxna kan definieras som att en part köper respektive en part säljer sexuella tjänster mot ersättning (vanligen ekonomisk), vilken utgör en förutsättning för den sexuella tjänsten. (*Könshandel*. Betänkande av 1993 års prostitutionsutredning (SOU 1995:15)). Begreppet prostitution benämns även som sex mot ersättning, vilket inkluderar ett bredare perspektiv på arenor och aktörer (se även sidan 28-29).

för sexuella ändamål. Hälso- och sjukvårdssystem, utbildningsväsen och rättsväsen är också viktiga förutsättningar för en framgångsrik SRHR-politik [1, 8].

Utgångspunkter för en nationell SRHR-strategi

För att etablera ett gemensamt ramverk för arbetet med sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter föreslår Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten att en nationell SRHR-strategi har följande utgångspunkter:

- Det samlande begrepp för de aktörer som arbetar med sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter ska vara SRHR.
- Allt arbete inom SRHR-området ska genomsyras av ett rättighetsperspektiv och ett normkritiskt perspektiv.

SRHR blir ett samlande begrepp

En förutsättning för att sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) ska bli ett samlat område i Sverige är att det behandlas som en helhet i strategier, handlingsplaner och andra dokument som ligger till grund för det dagliga arbetet på området. Inom andra områden har övergripande begrepp etablerats för motsvarande samordning och samsyn, exempelvis ANDT för regeringens strategi och handlingsplan för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken.

Någon allmänt vedertagen definition av begreppet SRHR finns inte, varken i Sverige eller internationellt. Enligt Socialstyrelsens och Folkhälsomyndighetens bedömning är sexuell och reproduktiv hälsa idag etablerat som begrepp, medan begreppet sexuella och reproduktiva rättigheter inte är lika känt. Det behövs därför ett samlat arbete för att hela SRHR-begreppet ska etableras som den konsekventa beteckningen på alla nivåer. Syftet med att etablera SRHR som ett samlande begrepp är att öka förutsättningarna för en samlad utveckling och kunskapsstyrning som utgår ifrån att alla de delar som omfattas av begreppet behöver beaktas samtidigt, utifrån individers och grupperns behov. Begreppets innebörd får utvecklas och preciseras efter hand.

Arbetet med att göra SRHR till ett samlande begrepp kan exempelvis genomföras genom befintliga och nya stödstrukturer och genom det nationella forum för samverkan som föreslås i avsnittet ”Nationell kunskapsstyrning och samordning av SRHR-arbetet” (se s. 30). Ett möjligt sätt att följa upp hur SRHR-begreppet används är att gå igenom vilka begrepp och termer som används i strategier, handlingsplaner och informationsmaterial inom området, samt i vilken utsträckning dessa tillämpas av olika aktörer i det dagliga arbetet och i uppföljningar av detta.

Allt arbete inom SRHR ska genomsyras av ett rättighetsperspektiv och ett normkritiskt perspektiv

Ett rättighets- och normkritiskt perspektiv är grundläggande och behövs för att driva på arbetet med sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR). *Rättighetsperspektivet* är baserat på formaliserade rättigheter som uttrycks i bland annat konventioner och lagar. Det *normkritiska perspektivet* kan utgöra ett stöd för ett förhållningssätt i det dagliga arbetet. Båda perspektiven innefattar exempelvis även genus, sexualitet, ålder och mångkultur.

Rättighetsperspektiv

Ett rättighetsperspektiv för SRHR-området bidrar till att tydliggöra det ansvar som stat, kommun och landsting har på området, (se bilaga 3) under rubriken ”Kommuner, landsting och regioner”, s. 52). Det kan också innebära att handlingsplaner och strategier på nationell, regional och lokal nivå på SRHR-området harmoniseras.

Sexuella och reproduktiva rättigheter behandlas i flera olika konventioner och andra internationellt förhandlade texter (se bilaga 4). Regeringens strategi för lika rättigheter och möjligheter oavsett sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck från 2014, har som övergripande syfte att värna principen om alla människors lika värde och att säkerställa respekt för den enskilda människans frihet och värdighet så som dessa principer kommer till uttryck i regeringsformen [3]. Ett liknande värderelaterat mål finns i den nationella strategin för jämlikhet i vården [10]:

Hälso- och sjukvården ska utgå från att varje människa är unik och att alla personer har samma absoluta och okränkbara värde. Den solidariskt finansierade hälso- och sjukvården ska vara behovsstyrd och den ska kännetecknas av jämlikhet och kvalitet. Vården, liksom omsorgen, måste ta hänsyn till kroppsliga, själsliga, sociala och andliga behov och bemöta människor med respekt (s. 61).

Sverige kan på många sätt ses som ett föregångsland inom SRHR-området. Till exempel finns lagstiftning om rätten till abort och mot diskriminering på grund av sexuell läggning eller könsöverskridande identitet. Också ur ett folkhälsoperspektiv står Sverige sig väl på många sätt. Exempelvis är utfallet av graviditet och förlossning god och förebyggande mödrahälsovård, som bygger på frivillighet, når och används av nästan hundra procent av alla blivande mödrar [11]. Men granskningar som redovisats i rapporter och i tillsynsreanden av svenska myndigheter och expertorganisationer, liksom granskningar av internationella övervakningsorgan på människorättsområdet, visar att det finns rättighetsrelaterade behov på SRHR-området som idag inte tillgodoses (se bilaga 2). Det kan till exempel röra sig om ojämlig behandling och bemötande och om bristande kompetens i fråga om rättigheter och sexuell läggning. Utifrån de behov som identifierats av klagomålsinstanser och tillsyns- och övervakningsorgan är det också möjligt att arbeta med förbättringar på flera områden. Ett sätt kan vara kunskaps-, informations- och

erfarenhetsutbyte mellan instanser som tar emot klagomål och utövar tillsyn. Nationella, lokala och regionala tillsynsorgan som tar emot klagomål i SRHR-frågor samt aktörer på rättighetsområdet, kan genom det föreslagna forum för SRHR-frågor få förutsättningar för ett ökat utbyte i frågor om sexuella och reproduktiva rättigheter.

Ett möjligt sätt att följa upp rättighetsperspektivet är genom en samlad genomgång av rutiner, avtal, riktlinjer, policyer och praxis på SRHR-området. En sådan genomgång bör omfatta material på nationell, regional och lokal nivå. Ett annat sätt är genom att utveckla indikatorer för att följa upp rättigheter inom SRHR-området. Exempelvis kan indikatorer för mänskliga rättigheter (MR) användas. Utgångspunkter för att formulera ett MR-perspektiv i en strategi för reproduktiv hälsa finns bland annat i dokument från FN:s särskilda rapportör om rätten till hälsa [12]. I Sverige har Handisam (nuvarande Myndigheten för delaktighet) utvecklat nationella indikatorer för att följa mänskliga rättigheter, baserat på en modell utvecklad av FN [13]. Indikatorerna finns på tre nivåer: strukturella indikatorer och process- och resultatindikatorer [14].

Utgångspunkter för ett rättighetsperspektiv

Socialstyrelsen och folkhälsomyndigheten föreslår följande utgångspunkter för ett rättighetsperspektiv i den nationella SRHR-strategin:

- *Sexuella och reproduktiva rättigheter är mänskliga rättigheter.* Det innebär att staten har en övergripande skyldighet att förverkliga dessa rättigheter som mänskliga rättigheter (MR) genom att främja, skydda och övervaka dem. De åtaganden som Sverige gjort på MR-området kan sägas utgöra en del av ramverket också för kommunernas och landstingens verksamhet (*Ny struktur för skydd av mänskliga rättigheter* (SOU 2010:70) s. 422). Sexuella och reproduktiva rättigheter bör dessutom synliggöras i nationella, regionala och lokala handlingsplaner och strategier om mänskliga rättigheter.
- *Individen, såväl vuxna som barn, ses som rättighetsinnehavare.* Det innebär bland annat att enskilda behöver få kunskap om sexuella och reproduktiva rättigheter. Här behöver man betona de enskildas möjligheter att fritt, och med hänsyn till andras rättigheter och integritet, själva kunna fatta beslut om sin sexualitet och reproduktion.
- *Jämlikhet och icke-diskriminering är vägledande i arbetet med sexuella och reproduktiva rättigheter på nationell, regional och lokal nivå.* I 2 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, står till exempel att all vård ska ges med respekt för alla människors lika värde. Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. I 1 kap. 1 § i diskrimineringslagen (2008:567), DL, förtydligas att denna lag har till ändamål att motverka diskriminering och att på andra sätt främja lika rättigheter och möjligheter oavsett kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder. En ändring i paragrafen från ”funktionshinder” till ”funktionsnedsättning” träder i kraft den 1 januari 2015.

- *Ansvarsutkrävande.* Detta är möjligt genom att ge individen rätt att hävda sina rättigheter gentemot det offentliga, exempelvis genom att tillgängliggöra information om hur man kan överklaga beslut och genom att individer, grupper och intresseorganisationer ges insyn i beslut och processer som rör dem. Detta framgår till exempel av förvaltningslagen (1986:223), FL, förvaltningsprocesslagen (1971:291), FPL, offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), OSL, tryckfrihetsförordningen, TF, och diskrimineringslagen, DL.

Normkritiskt perspektiv

Det normkritiska perspektivet utgår från de mänskliga rättigheterna, de sju diskrimineringsgrunderna som nämns i diskrimineringslagen och en intersektionell analys⁴. Med kunskap om ojämlikhet och maktskillnader, och om diskriminering och exkludering kan ett normkritiskt arbetssätt utvecklas. Det normkritiska förhållningssättet handlar om att se och förstå skillnader i förutsättningar och att utgå ifrån allas lika värde och rätt till likvärdigt bemötande. Att arbeta utifrån ett normkritiskt perspektiv innebär dels att utbilda sig i hur skillnadsskapande strukturer leder till diskriminering och utanförskap för individer och grupper, dels att undvika att generalisera och ta något för givet i mötet med enskilda. Ett sådant arbete behöver börja med en granskning av egna värderingar och positioner och en medvetenhet om den egna rollen i mötet med andra.

Ett genomtänkt normkritiskt förhållningssätt innebär möjligheter att utjämna skillnader i hälsa och få fler att uppleva ett bra och respektfullt bemötande i exempelvis hälso- och sjukvården. Det kan till exempel gälla homo- och bisexuella, transpersoner eller personer med funktionsnedsättning. De flesta människor möter hälso- och sjukvården och/eller socialtjänsten⁵ under sitt liv. Utgångspunkten i ett möte ska vara att lyssna och förstå individens unika situation och behov, oavsett kön, ålder, etnicitet, sexualitet, funktionalitet eller trosuppfattning hos individen [15]. Att till exempel inte förutsetta heterosexualitet i mötet med människor är att skapa ett inkluderande förhållningssätt för personer med olika sexuell läggning [16]. Ibland behövs anpassad information till vissa grupper, men strävan bör vara att nå så många som möjligt med likvärdig, normmedveten information eller kunskaps-spridning.

⁴ Intersektionalitet: samhällsvetenskapligt begrepp som syftar till att synliggöra specifika situationer av förtryck som skapas i skärningspunkter för maktrelationer baserade på ras, kön och klass.

⁵ Socialtjänsten innefattar i Sverige individ- och familjeomsorg, omsorg om personer med funktionsnedsättning samt äldreomsorg.

Utvecklingsområden för en nationell SRHR-strategi

Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten föreslår att en nationell SRHR-strategi omfattar följande utvecklingsområden:

- Att det hälsofrämjande arbetet förstärks inom SRHR-området.
- Att det förebyggande arbetet fortsätter att utvecklas inom SRHR-området.

Förstärka det hälsofrämjande arbetet inom SRHR-området

Utgångspunkten för hälsofrämjande arbete (eller åtgärder) är det friska och hur detta kan stärkas ytterligare [17]. Hälsofrämjande arbete kan beskrivas som *den process som gör det möjligt för människor att öka kontrollen över och förbättra sin hälsa* [18]. Inom SRHR-området innebär det åtgärder som syftar till att stärka individens sexuella och reproduktiva hälsa, till exempel genom att främja ett hälsosamt förhållningssätt till sin sexualitet. Målet är att fler personer lever med god hälsa och därmed kan behovet av förebyggande insatser, vård eller behandling minskas. Arbetet riktar sig till hela befolkningen.

Främja sexuell hälsa och rättigheter

Sexuell hälsa är beroende av hälsan i övrigt och omvänt är den generella hälsan beroende av den sexuella hälsan [19]. Sexualitet är en viktig faktor för människors lust och livsglädje och har ett egenvärde under hela livstiden. Genom att skapa förutsättningar som stödjer individen att fatta hälsosamma beslut kan den sexuella hälsan främjas.

Människors syn på sexualitet formas i samspel med andra i den kontext där de växer upp och lever. Biologiska, emotionella, sociala och religiösa faktorer samt normer och värderingar påverkar synen på sexualitet i samhället (prop. 2007/08:110 s. 85). Dessa faktorer och värderingar växlar i betydelse under olika åldrar hos respektive individ samt hos olika grupper i samhället över tid.

När frågor som rör människors sexualitet berörs i internationella och nationella sammanhang fokuserar debatten ofta på problem och negativa effekter [1]. De hälsofrämjande åtgärderna grundar sig i en positiv syn på sexualitet och hälsa samt en helhetssyn på människan, liksom möjlighet att få njutbara och säkra sexuella erfarenheter, fria från förtryck, diskriminering och våld [20]. Hälsan ses som en resurs som ska tas tillvara och åtgärderna ska stärka individens möjlighet att göra goda val och minska sitt risktagande.

Förbättringsområden

Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten föreslår följande förbättringsområden:

- *Främja ett normkritiskt perspektiv.* I det hälsofrämjande arbetet finns det behov av att arbeta med bland annat maskulinitetsnormer och heteronormer för att minska förekomsten av ohälsa, kränkningar och våld. I betänkandet av utredningen om män och jämställdhet uppmärksammas att förändrade maskulinitetsnormer utmanar patriarkala mönster och att det därför behövs uppmärksamhet på hur män och pojkar på olika sätt ger uttryck för intimitet, omsorg och förändring (*Män och jämställdhet* (SOU 2014:6) s. 21). Vidare finns ett behov att se över de arenor som idag finns för att förbättra möjligheterna för alla människor att få vård och rådgivning om sexualitet, oavsett kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder.
- *Uppmärksamma sårbara grupper bland unga.* Främjande av sexuell hälsa är viktigt för alla unga, men kanske särskilt för sårbara grupper. Exempelvis är det angeläget att uppmärksamma unga som lever i ekonomisk utsatthet och ensamkommande barn och unga. Unga HBT-personer är också särskilt utsatta, både rent allmänt i livet och när det gäller risk för att utsättas för sexuell exploatering på internet [21]. Sårbara unga kan, utifrån sina individuella förutsättningar och sin utsatthet tänkas ha sämre möjligheter att tillägna sig kunskaper och färdigheter för att kunna undvika sexuella risker och sexuell utsatthet.
- *Höja kompetensen inom äldreomsorgen.* Det är angeläget att främja sexuell hälsa bland äldre⁶ eftersom hälften av den äldre befolkningen inte är tillfreds med sitt sexliv eller upplever minst ett sexuellt problem [22, 23]. Äldreomsorgen är en viktig arena, då allt fler människor blir äldre och kommer att behöva olika former av omsorg i framtiden [24]. Detta kräver kunskap hos vårdgivare, huvudmän och personal. Många yrkesutövare inom vård och omsorg saknar i dag sexologiska kunskaper och förståelse för att sexualitet och lust är starkt kopplat till hälsa och välbefinnande. Det kan också finnas en olust att diskutera sexualitet med äldre [25]. Äldreforskningen innehåller sällan perspektiv på sexualitet och när den gör det är utgångspunkten ofta heterosexualitet. Frågor om sexualitet, liksom medvetenheten om att alla inte är heterosexuella [26] behöver därför lyftas inom äldreomsorgen.
- *Höja kompetensen inom omsorgen om personer med funktionsnedsättning.* Det är även angeläget att främja sexuell hälsa, liksom att lyfta frågor om sexualitet inom omsorg om personer med funktionsnedsättning. Exempelvis har unga med intellektuell funktionsnedsättning inte samma tillgång till sex- och samlevnadsundervisning som andra ungdomar, och riskerar sexuell ohälsa på grund av bristande kunskaper om den egna kroppen, olika sexualiteter, risktagande, mm [27].

⁶ Personer över 65 år. Befolkningspyramiden pekar på att denna grupp kommer att öka.

Främja reproduktiv hälsa och rättigheter

Reproduktiv hälsa är ett vitt begrepp där sociala, psykologiska och kroppsliga aspekter på barnafödande och sexualitet är sammanvävda. Mer konkret innebär en god reproduktiv hälsa, enligt FN [28], ett ansvarsfullt, tillfredsställande och säkert sexualliv, förmåga att fortplanta sig, frihet att besluta om sitt barnafödande och sin möjlighet att få friska barn. God reproduktiv hälsa förutsätter kunskap om och tillgång till preventivmedel och smittskydd samt säkra förhållanden under graviditet och förlossning. Reproduktiv hälsa ligger i linje med WHO:s vida definition av hälsa som ett tillstånd av socialt, psykiskt och kroppsligt välbefinnande, alltså inte enbart frånvaro av sjukdom [29].

För att uppnå sexuell och reproduktiv hälsa är rättighetsperspektivet avgörande. Att exempelvis få bestämma antalet barn förutsätter tillgång till sex- och samlevnadsundervisning, effektiva preventivmedel, rådgivning, mödrhälsovård, en liberal abortlagstiftning och säkra aborter. En del i arbetet med att främja reproduktiv hälsa och rättigheter är att individer har tillgång till och information om säkra och effektiva preventivmedel samt tillgång till lämpliga hälso- och sjukvårdstjänster. Reproduktiv hälsa handlar även om frivillig och ofrivillig barnlöshet och dess konsekvenser [30] samt en målsättning att tillgodose att alla personer har makt över och delaktighet i de beslut som rör deras liv och hälsa. En del i Sveriges arbete med att främja den reproduktiva hälsan är screeningprogram för tidig upptäckt och behandling av livmoderhals- och bröstcancer.

Förbättringsområden

Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten föreslår följande förbättringsområden:

- *Kunskapsutveckling för att skapa en mer likvärdig rådgivning för kvinnor och män inklusive transpersoner.* Traditionellt sett har området fokuserat på kvinnors hälsa, men det krävs även kunskap om mäns och transpersoners behov av rådgivning, tillgång och tillgänglighet till vård och omsorg inom reproduktiv hälsa. Kunskapen behöver exempelvis stärkas inom andrologi, i att samtala om mäns sexualitet och praktik samt inom rådgivning om fertilitet och att önska eller inte önska barn [31].
- *Metodutveckling för att bättre kunna nå pojkar och män.* Ungdomsmottagningarna når inte ut på lika villkor till unga i befolkningen [32]. Verksamheter som barnmorskemottagningar och ungdomsmottagningar har fler registrerade besök av flickor och unga kvinnor än av pojkar och unga män (cirka 10–15 procent är manliga besökare på ungdomsmottagningar) [32]. Det leder till att insatser för att främja reproduktiv hälsa och att hjälpa personer att undvika STI och oönskad graviditet främst riktas till kvinnor och är anpassad efter kvinnors behov. Traditionella maskulinitetsnormer begränsar förutsättningarna för ett mer jämställt ansvarstagande för den reproduktiva hälsan [32]. Genom att arbeta med mäns attityder och beteenden kring preventivmedelsanvändning kan reproduktiv hälsa och rättigheter främjas.

Huvudsakliga aktörer och arenor i det hälsofrämjande arbetet

Kommuner, landsting och regioner är viktiga aktörer för det fortsatta arbetet med att samordna och integrera SRHR-frågorna. Aktörernas ansvarsområde på nationell, regional och lokal nivå beskrivs i bilaga 3. Exempel på hälsofrämjande och förebyggande arbete finns i bilaga 5. Nedan ges exempel på centrala arenor för det hälsofrämjande arbetet.

Kommunernas omsorg för äldre och personer med funktionsnedsättning är arenor för dem som är i behov av omsorg för sin dagliga livsföring. För *äldre* finns olika former av särskilda boenden enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL. För *personer med funktionsnedsättning* finns bostäder med särskild service för vuxna enligt lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS.

Mansmottagningar finns i primärvården i enstaka landsting, exempelvis i Stockholms läns landsting, där män ges möjlighet till samtal om sexualitet och relationer, samt provtagning och rådgivning kring hiv och STI. Vissa kommuner har mansmottagningar som ger stöd till män som använder eller har använt våld i nära relationer och vill hitta alternativ till våld [32].

Mödrahälsovården är en arena för att främja den reproduktiva och sexuella hälsan även om den framförallt är inriktad mot kvinnor. Verksamhetsområdet omfattar utöver mödrahälsovård även preventivmedelsrådgivning och förskrivning av preventivmedel, utåtriktad verksamhet och förebyggande verksamhet kring sexuellt överförbara infektioner och livmoderhalscancer.

Primärvården är en arena för hälsofrämjande arbete och möter befolkningen i alla åldrar, exempelvis många äldre. De äldre utgör en växande grupp och en del har ofta kontakt med sin vårdcentral. I SRHR-arbetet har vårdcentralen en viktig roll för att främja och lyfta frågor kring äldres sexuella hälsa. Trots kunskap om att sexuella problem ökar med åldern på grund av sjukdom och medicinering samt vetskap om att äldre önskar information och samtal kring sexualitet, diskuteras dessa problem sällan inom hälso- och sjukvården och i det hälsofrämjande och förebyggande folkhälsoarbetet [33].

SESAM-mottagningar är tvärprofessionella mottagningar dit både kvinnor och män kan söka sig för preventivmedelsrådgivning, provtagning för STI eller andra frågor som rör sexuell och reproduktiv hälsa. Mottagningarna når den åldersgrupp som har för hög ålder för ungdomsmottagningarnas verksamhet [32].

Skolan är den enskilt viktigaste arenan i det hälsofrämjande arbetet. Skolornas arbete med värdegrundsfrågor och den ämnesintegrerade sex- och samlevnadsundervisningen är en del i arbetet med SRHR-frågor. Skolhuvudmännen är skyldiga att bedriva ett målinriktat arbete för att främja lika rättigheter och möjligheter samt förhindra trakasserier (3 kap. 14-16 §§ diskrimineringslagen (2008:567), DL) och kränkande behandling. (6 kap. 6-8 §§ skollagen (2010:800), och Skolverkets allmänna råd (SKOLFS 2012:10) om Arbetet mot diskriminering och kränkande behandling, s. 10). De kurs- och ämnesplaner som är i bruk sedan hösten 2011 ger bättre förutsättningar än tidigare att arbeta med frågor om jämställdhet, sexualitet och relationer i undervisningen. SRHR-frågorna är tydligt inkluderade i vissa ämnen, medan det i andra ämnen finns goda möjligheter att inkludera dessa

frågor utifrån att skolans värdegrundsarbete ska genomsyra undervisningen. Den senaste nationella kvalitetsgranskningen av skolans sex- och samlevnadsundervisning genomfördes 1999 [34] och det är i dagsläget oklart i vilken utsträckning elever får tillgång till en sex- och samlevnadsundervisning av god kvalitet i enlighet med läroplanerna för grundskola och gymnasium.

Sociala medier och internet och är en expanderande arena för hälsofrämjande och förebyggande arbete riktat till många grupper, framförallt unga. Webbplatser som UMO.se, rfsu.se, frågachans.nu, sentry.nu, 1177.se, klamydia.nu, klamydia.se och sexperterna.org erbjuder information och hänvisar till vårdinstanser.

Ungdomsmottagningar är en central arena för arbetet med sexualitet och hälsa riktat till unga. Ungdomsmottagningarna arbetar i huvudsak med att stärka ungdomars psykiska och fysiska hälsa, deras identitet och sexualitet. Den övre åldersgränsen är vanligen 23 år för unga kvinnor och 23 eller 25 år för unga män, men det finns betydande skillnader mellan olika landsting [35]. I de fall mottagningen har en undre åldersgräns är den vanligen 12 eller 13 år för både flickor och pojkar. Det är avgiftsfritt att besöka ungdomsmottagningen. De flesta ungdomsmottagningarna i landet har landstinget som huvudman men många har delat huvudmannaskap tillsammans med kommunerna. En del mottagningar drivs även av privata aktörer och ideella organisationer. Tillgången i öppettider, kompetens hos personalen och vilka vård-, stöd- och behandlingsinsatser som erbjuds varierar över landet [36].

Utveckla det förebyggande arbetet inom SRHR-området

Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten föreslår att

- Folkhälsomyndigheten får i uppdrag att på nationell nivå stödja och utveckla det preventiva arbetet avseende oönskade graviditeter. Arbetet ska där det så är lämpligt samordnas med det förebyggande arbetet vad gäller hiv och STI som redan ligger på Folkhälsomyndigheten.

Förebyggande arbete innebär åtgärder för att förhindra uppkomst av, eller påverka förlopp av sjukdomar, skador, fysiska, psykiska eller sociala problem [37]. Det förebyggande arbete utgår ofta från riskfaktorer och riskgrupper och är inriktat på en sjukdom eller ett tillstånd som exempelvis klamydia, hiv, oönskade graviditeter eller våldsutsatthet. I det hälsofrämjande arbetet är istället utgångspunkten det friska och faktorer som stärker hälsan.

Följande områden föreslås vara prioriterade i arbetet med att förebygga sexuell och reproduktiv ohälsa: förebygga hiv och sexuellt överförbara infektioner, förebygga oönskade graviditeter och förebygga könsrelaterat våld.

Förebygga hiv och sexuellt överförbara infektioner

Klamydia är den vanligaste anmälningspliktiga sexuellt överförbara infektionen (STI), bland unga. Klamydia, hiv, gonorré, syfilis, hepatit B, C och D samt lymfogranuloma venerum (LGV) smittas via sexuell kontakt och ingår i

den grupp infektioner som omfattas av smittskyddslagen (2004:168). Hiv och hepatiter smittas också genom blod. De sexuellt överförbara infektionerna herpes, kondylom och mycoplasma omfattas inte av smittskyddslagen. Man kan bära på dessa infektioner utan att ha symtom. Har man en STI ökar risken att smittas med andra. Det gör att man ibland kan vara samtidig bärare av flera olika STI och/eller hepatiter [4].

Majoriteten av klamydiainfektioner rapporterades i åldern 15–29 år [4]. Det förekommer inte någon spridning av hiv bland barn och tonåringar i Sverige. Av de totalt cirka 20 rapporterade fall som smittats via sexuell kontakt i Sverige år 2013, var ingen under 18 år [38].

Kunskap, attityder och beteenden inom området sexualitet och sexuell hälsa har förändrats i Sverige [39]. Det gäller befolkningen i stort men särskilt unga vuxna kvinnor [40]. Tydligt är att sexuella relationer till viss del har frikopplats från kärleksrelationer, graviditet och barnafödande [41]. Med en mer tillåtande attityd till sex har fler unga tillfälliga sexuella kontakter och ibland relationer med flera partners samtidigt [2, 42].

Ungdomar och unga vuxna (95 procent) har god kunskap om att kondom är ett säkert skydd mot STI [43]. Samtidigt har kondomanvändningen minskat över tid [44]. Förmågan till beteendeförändring och att i större utsträckning skydda sig mot sexuellt överförbara infektioner beror inte enbart på kunskap och information. Faktorer som utbildningsnivå, socioekonomisk bakgrund, hög alkoholkonsumtion, arbetslöshet och social utsatthet har betydelse för ungas sexuella hälsa på individnivå [43, 45]. Förekomsten av STI hänger också samman med hur de förebyggande insatserna planeras och tilldelas resurser inom regioner och landsting, visar en avhandling från Karolinska Institutet [46].

Förbättringsområden

Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten föreslår följande förbättringsområden:

- *Arbetet med att förebygga hiv, STI och oönskade graviditeter behöver integreras på nationell nivå.* Det ökar möjligheterna för bredare insatser i samverkan mellan olika aktörer (se vidare under rubriken "Förbättringsområden" i avsnittet "Förebygga oönskade graviditeter" s. 26). Unga uppger att den främsta anledningen till att de inte använder kondom är att de använder annat preventivmedel, exempelvis p-piller. Detta visar att det förebyggande arbetet riktat till ungdomar, med syftet att förhindra sexuellt överförbara infektioner respektive förhindra oönskade graviditeter, behöver integreras i större utsträckning [44]. Arbetet med att förebygga hiv, STI och oönskade graviditeter sker i huvudsak på samma arenor på regional och lokal nivå men det saknas en integrerad metodutveckling.
- *Nya arbetssätt behöver utvecklas i det förebyggande arbetet.* Hälsa- och sjukvårdspersonal behöver ha ett strukturerat arbetssätt för att hitta dem som är riskutsatta eller utsätter sig för sexuell risk och kunna erbjuda relevant rådgivning [2]. Ett sätt kan vara att utveckla särskilda insatser, exempelvis erbjuda återbesök för testning för unga som har diagnostiserats med klamydia ef-

tersom studier har visat att den som har haft klamydia har en ökad risk att infekteras igen [47]. Utöver detta behöver mottagningar inom hälso- och sjukvården arbeta utifrån ett normkritiskt perspektiv och med inkluderande metoder för att nå unga med olika könsuttryck, könsidentitet och sexuell identitet [48].

- *Fler metoder för att bättre kunna nå pojkar och män behöver utvecklas.* Propositionen 2005/06:60 lyfter även behovet av riktade insatser till pojkar och män. Även om andelen män som testar sig för klamydia ökat något under den senaste tioårsperioden, är det fortfarande betydligt färre män än kvinnor som testar sig och därmed diagnostiseras med klamydiainfektion. Detta påverkar i hög grad smittspridningen. Det är därför nödvändigt att få fler unga män att testa sig, både via internet och på mottagningar [49]. Det finns också behov av att ytterligare utveckla arbetet med lättillgänglig rådgivning och provtagning för exempelvis unga män och män som har sex med män. HIV-positiva män som har sex med män är särskilt riskutsatta när det gäller sexuellt överförd hepatit C, liksom för andra ovanligare sexuellt överförbara infektioner som lymfogranuloma venerum (LGV) och syfilis. Därför behövs riktad information om hepatit C liksom riktad provtagning för hepatit C för denna grupp [4].
- *Det behövs en förbättrad nationell övervakning och uppföljning av området.* För att kunna utveckla området med övervakning och uppföljning av STI och hiv behövs en mer jämförbar rapportering från landstingen vad gäller provtagning. Vi saknar idag kunskap om hur många prov för hiv som tas i Sverige i relation till hur många fall som rapporteras. Det finns ingen obligatorisk och systematisk insamling av nämnardata över antalet analyserade prover för sexuellt överförbara infektioner. För att förbättra den epidemiologiska övervakningen följer Folkhälsomyndigheten, per brev och telefonkontakt med enskilda laboratorier, upp antalet prov vad gäller klamydia och gonorré. Med en enhetlig rapportering från landstingen, inklusive information om testmetod och typ av mottagning där besöket gjordes, kan den epidemiologiska övervakningen förbättras.

Prioriterade målgrupper

Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten föreslår att följande grupper prioriteras i arbetet med att förebygga hiv och STI:

Hela befolkningen omfattas av förebyggande insatser mot hiv och STI. Åtgärder för att förebygga och minska förekomsten är likartad för de flesta av de sexuellt överförbara infektionerna, men insatserna behöver anpassas och riktas för att nå de grupper som är mest riskutsatta för en viss infektion.

I den FN-deklaration som ligger till grund för den svenska hiv-strategin (prop. 2005/06:60) anges grupper som är särskilt utsatta för risk eller som är särskilt sårbara [50]. Sveriges arbete inom området följer deklarationen men Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten ser utifrån en omvärldsanalys att svenska förhållanden ser annorlunda ut:

Unga och unga vuxna: Förekomsten av klamydia i gruppen är hög. Alla unga nås genom skolan av ett generellt preventivt arbete. Särskilt riskutsatta och risktagande unga och unga vuxna behöver identifieras i personliga möten och de behöver få stöd och rådgivning utifrån individuella behov.

Män som har sex med män (MSM): I Sverige är gruppen MSM den grupp som är mest riskutsatt när det gäller inhemsk spridning av hiv men också andra sexuellt överförbara infektioner och behöver nås med ett riktat arbete.

Migranter: Bland dem som nydiagnostiserats eller lever med hiv i Sverige, har Sverige i relation till övriga EU-länder, en hög andel migranter. Många bär på hiv redan när de kommer till Sverige, men gruppen migranter är också överrepresenterad bland dem som infekteras med hiv i Sverige. Förutom personer som kommer till Sverige från högendemiska länder medför också själva migrationen ofta stora risker och påfrestningar för en person. Att befinna sig i en migrationsituation innebär att man lever under instabila sociala omständigheter. Sådana omständigheter kan också innebära en ökad sannolikhet för sexuell riskutsatthet och sexuell risktagande. Delmål i den Svenska strategin (prop. 2005/06:60) pekar ut asylsökande som målgrupp, men preventionen bör riktas till alla migranter utifrån deras situation och inte utifrån juridisk status [51, 52].

Personer med injektionsmissbruk: Hiv-prevalensen bland personer med injektionsmissbruk är inte lika hög i Sverige som i till exempel Syd- och Östeuropa. Gruppen behöver riktade preventiva insatser eftersom hepatit-infektioner förekommer i hög utsträckning. Genom att injektionsmissbrukare delar sprutor ökar risken för att infektioner sprids.

Personer som säljer sex: Internationellt betraktas personer som säljer sex som en riskgrupp för hiv och STI. I Sverige har vi inga data vad gäller hiv-prevalensen bland personer som säljer sex tillfälligt eller regelbundet, men kunskapen om att sex säljs bland alla grupper som nämnts ovan är kartlagt i studier och rapporter. Vare sig personen säljer sex eller inte så innebär det en risk att ha oskyddat sex med många partner [43, 53, 54].

Gravida kvinnor: I Sverige erbjuds alla gravida kvinnor alltid testning för hiv, hepatit B och syfilis inom ramen för mödrahälsovårdens uppdrag.

Huvudsakliga aktörer och arenor

Huvudaktörer i arbetet med att förebygga sexuellt överförbara infektioner och hiv på nationell nivå är Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen, Skolverket, Kriminalvården och Sveriges Kommuner och Landsting. Aktörernas ansvarsområde på nationell nivå beskrivs i bilaga 3. Nedan följer en övergripande beskrivning av huvudaktörer och arenor för smittskyddsarbete och hälsokommunikation och kunskapsspridning:

Smittskyddsarbete generellt styrs bland annat av lagstiftning som berör ett antal nationella, regionala och kommunala myndigheter⁷. En effektiv och kvalitetssäkrad smittspårning är viktig för att nå personer som kan bära på en sexuellt överförd infektion. Uppföljning genom epidemiologisk övervakning och analys görs av Folkhälsomyndigheten. Regionalt utförs det arbetet av

⁷ Arbetet regleras framför allt av smittskyddslagen som kompletteras av smittskyddsförordningen (2004:255). Dessutom regleras vissa aspekter på smittskydd i särskilda föreskrifter och förordningar, till exempel i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:23) om smittspårning och i lagen (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler.

landstingens smittskyddsläkare medan Socialstyrelsen ansvarar för samordning av smittskyddet på nationell nivå och ger ut föreskrifter och rekommendationer inom smittskyddsområdet (1 kap. 7 § smittskyddslagen).

Hälsokommunikation och kunskapspridning. Hälso- och sjukvården, skolan, flyktingmottagande, idéburen sektor och flera myndigheter är både aktörer och arenor i det förebyggande och stödjande arbetet mot spridningen av hiv och STI. Deras insatser kan sammantaget öka kunskapen om hiv och STI liksom om konsekvenserna av att ha oskyddat sex hos målgrupperna.

Förebygga oönskade graviditeter

Att kunna bestämma antal barn och antal år mellan graviditeterna påverkar kvinnors situation och utveckling. Förebyggande rådgivning av god kvalitet och ett brett utbud av säkra preventivmedel behöver finnas tillgängliga för alla, oavsett kön. Rådgivning liksom abort måste vara lätt tillgängligt. Det gäller även vård efter genomgången abort.

Det totala antalet graviditeter bland kvinnor mellan 15 och 24 år har minskat sedan 1970-talet [55]. Åldern för den sexuella debuten har inte förändrats de senaste 40 åren men tidpunkten för när kvinnor önskar att föda barn har successivt senarelagts [23, 43]. Det innebär att det behövs en effektiv preventivmetod under kanske 17–18 år av kvinnans mest fertila period. Målet är inte att minska antalet aborter men att undvika oönskade graviditeter [56]. Subventionering av hormonella preventivmedel finns i de flesta landsting men bara av ett begränsat antal preparat. De vanligast förekommande är hormonella metoder som innebär att man behöver ta ett piller varje dag. Problem med följsamhet ökar risken för oönskade graviditeter. Kostnaden och kvaliteten på rådgivningen har också betydelse [57]. Subventioneringen av hormonella preparat kan påverka användandet av metoder, som spiral, p-stav och p-ring.

I Sverige föder inte tonåringar barn i den utsträckning som sker i många andra utvecklade länder som till exempel England och USA [58].

Flest aborter, i alla nordiska länder, genomförs i åldersgruppen 20–24 år. Orsakerna till att antalet aborter, per 1000 kvinnor, skiljer sig mellan de nordiska länderna uppmärksammades vid en konferens i Stockholm 2010 [59]. Då diskuterades hur skillnader i sex och samlevnadsundervisning, gratis utdelning av kondomer, subventionerade hormonella preventivmedel samt skillnader i professioner bland förskrivare kunde påverka antalet aborter. I dag är flertalet aborter i Sverige medicinska och görs före utgången av graviditetsvecka nio [60] vilket innebär att de skillnader som finns i abortlagstiftningen mellan länderna troligen inte påverkar [56].

Förbättringsområden

Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten föreslår följande förbättringsområden:

- *En aktör på nationell nivå arbetar med att stödja och utveckla arbetet med att förebygga oönskade graviditeter utifrån ett befolkningsperspektiv. Arbetet ska, där det är lämpligt, samordnas med det förebyggande arbetet vad gäller hiv och STI, som redan ligger på Folkhälsomyndigheten (se vidare under rubriken "För-*

bättringsområden i avsnittet ”Förebygga sexuellt överförbara infektioner och hiv” s. 23).

- *Kunskaps- och metodutveckling om effektiva metoder för att förebygga oönskade graviditeter.* Idag saknas kunskap om enhetliga metodstöd som är vetenskapligt underbyggda. Det kan gälla ökad kunskap om hur eller om subventionering och kvaliteten på rådgivande samtal påverkar följsamhet till behandling.
- *Uppföljning av och stöd till berörda yrkesgruppers möjlighet till utbildning och fortbildning inom området* behövs då resultat av forskning inom området behöver spridas och utvecklingen av läkemedel och andra preventionsformer är ständigt pågående.
- *Utveckling av mätbara mål för det lokala och regionala arbetet* för att kunna utveckla det förebyggande arbetet.

Prioriterade målgrupper

Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten föreslår att följande grupper prioriteras i arbetet med att förebygga oönskade graviditeter:

Ungdomar och unga vuxna. Detta är i linje med prop. 2007/08:110 där det föreslås att det generella förebyggande arbetet med oönskade graviditeter framförallt ska riktas till tonåringar och unga vuxna.

Män och pojkar. Dessa grupper behöver få mer kunskap och involveras i diskussioner om hur man undviker att göra någon oönskat gravid eller ofrivilligt bli förälder.

Sårbara grupper. Utifrån ett rättighetsperspektiv och ambitionen att hälso- och sjukvård ska ges på lika villkor, bör man även stärka kunskap om och resurser till arbetet med sårbara grupper. Det kan vara personer som utifrån sin situation är mer riskutsatta eller tar fler risker. Exempel på sådana grupper är ungdomar på SiS-institutioner [45], personer i alla åldrar som är utsatta för våld och tvång, migranter och personer med funktionsnedsättning.

Huvudsakliga aktörer och arenor

Socialstyrelsen ansvarar för nationell uppföljning av aborter och Folkhälsomyndigheten för uppföljningen av målområde 8, men det finns idag ingen huvudaktör på nationell nivå för arbetet med att förebygga oönskade graviditeter utifrån ett befolkningsperspektiv. Aktörernas ansvarsområde på nationell nivå beskrivs i bilaga 3. Hälso- och sjukvården, skolan, flyktingmottagande, socialtjänsten, idéburen sektor och flera myndigheter är både aktörer och arenor i arbetet med att förebygga oönskade graviditeter. Sammantaget kan deras arbete öka kunskaperna hos målgrupperna om hur oönskade graviditeter kan förebyggas.

Förebygga könsrelaterat våld

Könsrelaterat våld är ett brett område som inbegriper våld i nära relationer, hedersrelaterat våld, könsstympning och sexuellt våld. Sex mot ersättning är också inkluderat i det förebyggande arbetet mot könsrelaterat våld.

På grund av att könsrelaterat våld är ett brett område, där mycket utvecklingsarbete för närvarande pågår, har Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten valt att inte ange några förbättringsområden. Myndigheterna lyfter ändå fram området för att tydliggöra att könsrelaterat våld är en del av SRHR-området och måste innefattas i en SRHR-strategi.

Könsrelaterat våld definieras enligt följande av Europaparlamentet (Europaparlamentets och rådets direktiv 2012/29/EU av den 25 oktober 2012 om fastställande av miniminormer för brottsoffers rättigheter och för stöd till och skydd av dem samt om ersättande av rådets rambeslut 2001/220/RIF (EUT L 315, 14.11.2012, s. 57):

Könsrelaterat våld bör betraktas som våld som riktas mot en person på grund av den personens kön, könsidentitet eller könsuttryck eller som i oproportionerlig utsträckning drabbar personer av ett visst kön. Det kan leda till att offret åsamkas fysisk, sexuell, psykisk eller emotionell skada eller ekonomisk förlust och kan innefatta våld i nära relationer, sexuellt våld (inbegripet våldtäkt, sexuellt tvång och ofredande), människohandel, slaveri samt olika slags skadliga sedvänjor som tvångsäktenskap, kvinnlig könsstympning och så kallade hedersbrott.

Nedan följer en kort beskrivning av de områden som inbegrips i könsrelaterat våld och exempel på pågående arbete.

Våld i nära relationer handlar om våld och övergrepp av såväl fysisk som psykisk och sexuell karaktär. I samkönade relationer förekommer våld som har flera likheter med det våld som förekommer i heterosexuella relationer. Även den gradvisa isoleringen och normaliseringen av övergreppen är likartade [61].

Hedersrelaterat våld utmärks av att det är planerat, kollektivt sanktionerat och ibland kollektivt utövat samt att ett så kallat hederstänkande har en avgörande roll [62]. Gärningspersonerna är ofta familjemedlemmar, släktingar eller andra medlemmar av gemenskapen [63]. Hedersrelaterat våld (och förtryck) är ett område där samhället haft svårt att enas kring lämpliga insatser (SOU 2014:49, s. 17).

Kvinnlig könsstympning avser alla ingrepp som görs på en flickas eller kvinnas könsorgan av icke-medicinska anledningar. Enligt WHO har 100–140 miljoner av världens flickor och kvinnor blivit utsatta för könsstympning. I Sverige är kvinnlig könsstympning förbjuden sedan 1982 (lag 1982:316 med förbud mot könsstympning av kvinnor). Kvinnlig könsstympning utgör ett brott mot flera av de mänskliga rättigheterna, framför allt mot rätten till hälsa, inklusive sexuell och reproduktiv hälsa, säkerhet och fysisk integritet [64] (se även bilaga 4, s. 63).

Sexuellt våld definieras av WHO som att bli tvingad att utföra någon sexuell handling mot sin vilja [65]. Kvinnor drabbas oftare än män av sexuellt våld [66] som kan definieras som kränkningar och övergrepp med sexuella förtecken, exempelvis att hota eller tjata sig till sex, våldtäkt eller att tvinga någon att utföra olika typer av sexuella handlingar [67]. Vid åtta av tio anmälda våldtäkter är förövaren bekant med offret. Merparten av de sexuella övergreppen sker inomhus, ofta i hemmet [68]. Det är även angeläget att uppmärksamma de pojkar och män som utsätts för sexuella övergrepp.

Begreppet prostitution har de senaste åren diskuterats. I dag benämns och beskrivs området allt oftare som *sex mot ersättning*, vilket inkluderar ett bredare perspektiv på aktörer och arenor.

Insatser för att minska efterfrågan av köp av sexuella tjänster är avgörande för att komma tillrätta med problemen (riksdagsskrivelse 2007/08:167 *Handlingsplan mot prostitution och människohandel*).

Exempel på pågående arbete inom området

Den nationella samordnaren mot våld i nära relationer har tagit fram ett flertal förslag på vägar till ett effektivare arbete mot våld i nära relationer. Samordnaren betonar bland annat att våld i nära relationer är en folkhälsofråga och framhåller vikten av att sätta våldsutsattas behov i centrum och att sätta fokus på våldsutövaren (*Våld i nära relationer* (SOU 2014:49) s. 14, 17).

Socialstyrelsen arbetar tillsammans med länsstyrelser och kommuner med att ta fram kunskapsstöd och att utveckla och införa metoder inom området för sexuella övergrepp, våld och tvång [69]. Socialstyrelsen har gett ut nya föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer (SOSFS 2014:14), vilka börjar gälla den 1 oktober 2014. Under hösten 2014 publicerar Socialstyrelsen en handbok om våld i nära relationer, som riktar sig till socialtjänsten och hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsen arbetar med ett regeringsuppdrag om att undersöka utvecklingstendenser inom prostitutionen⁸ i Sverige, liksom med ett regeringsuppdrag om att stödja kompetenshöjande åtgärder inom hälso- och sjukvården kring kvinnlig könsstympning. Parallellt arbetar Länsstyrelsen Östergötland med ett regeringsuppdrag om att undersöka hur verksamheter och myndigheter i Sverige arbetar eller har arbetat med att förebygga och förhindra könsstympning av flickor och kvinnor, och att undersöka vilket stöd som ges till dem som redan utsatts för könsstympning.

Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK) arbetar på regeringens uppdrag med att på nationell nivå höja kunskapen om mäns våld mot kvinnor, hedersrelaterat våld och förtryck samt våld i samkönade relationer inom alla samhällssektorer.

Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor och Brottsförebyggande rådet är exempel på myndigheter där det pågår arbete med kunskapsstöd inom området.

⁸ I regleringsbrev för budgetåret 2013 avseende Socialstyrelsen, (S2012/8855/SAM (delvis)) används benämningen prostitution.

Nationell kunskapsstyrning och samordning av SRHR-arbetet

Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten föreslår att Folkhälsomyndigheten får ansvaret att samordna arbetet inom området sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) på nationell nivå i syfte att utveckla och stärka kunskapsstyrningen.

Enligt Socialstyrelsens och Folkhälsomyndighetens bedömning bör Folkhälsomyndighetens samordningsansvar omfatta följande områden:

- Utveckla samverkan mellan berörda myndigheter och aktörer, exempelvis genom befintliga och nya stödstrukturer.
- Utveckla uppföljning och utvärdering i samverkan med berörda myndigheter, exempelvis genom att följa upp det hälsofrämjande arbetet och genom att inkludera sexuell och reproduktiv hälsa i den uppföljning av folkhälsan som görs på Folkhälsomyndigheten.
- Förstärka kunskaps- och metodutveckling i samverkan med myndigheter och berörda aktörer och ge stöd till sådant utvecklingsarbete.
- Förbättra hälsokommunikation och kunskapsspridning i samverkan med myndigheter och berörda aktörer, exempelvis genom att utveckla nationella kommunikations- och informationsinsatser, riktade till hela eller grupper i befolkningen, om bästa tillgängliga kunskap.
- Årligen rapportera till regeringen om samordningen och de utvecklingsbehov som lyfts i forum för samverkan samt ge förslag på aktörer inom de olika delarna för det fortsatta arbetet.

Utveckla samverkan mellan berörda myndigheter och aktörer

Ett forum med en tydlig och fastställd form för nationell samverkan bör skapas för att stödja ett samlat SRHR-arbete. Samtliga berörda aktörer som myndigheter, landsting, kommuner och ideella organisationer behöver finnas representerade i forumet. I bilaga 3 beskrivs huvudaktörerna och deras ansvarsområden. Genom forumet kan exempelvis behov av kunskapsstöd, uppföljningsindikatorer, metodutveckling, kommunikationsinsatser och samverkan identifieras. Kunskapsbaserade metoder och goda erfarenheter kan spridas så att offentliga medel kan användas på ett effektivt sätt.

För att åstadkomma samordning behövs det också strukturer för samverkan mellan kommuner, landsting och idéburen sektor. En utgångspunkt kan vara de strukturer och nätverk som redan i dag finns utvecklade för delar av de frågor som ingår i SRHR-området.

Underlaget till den nationella SRHR-strategin är på övergripande nivå. Efter att en nationell strategi är beslutad behöver handlingsplaner för det

konkreta arbetet på lokal och regional nivå utarbetas. I dessa ska ansvar för implementering och aktiviteter tydligt anges.

Samverkan genom stödstrukturer och nätverk

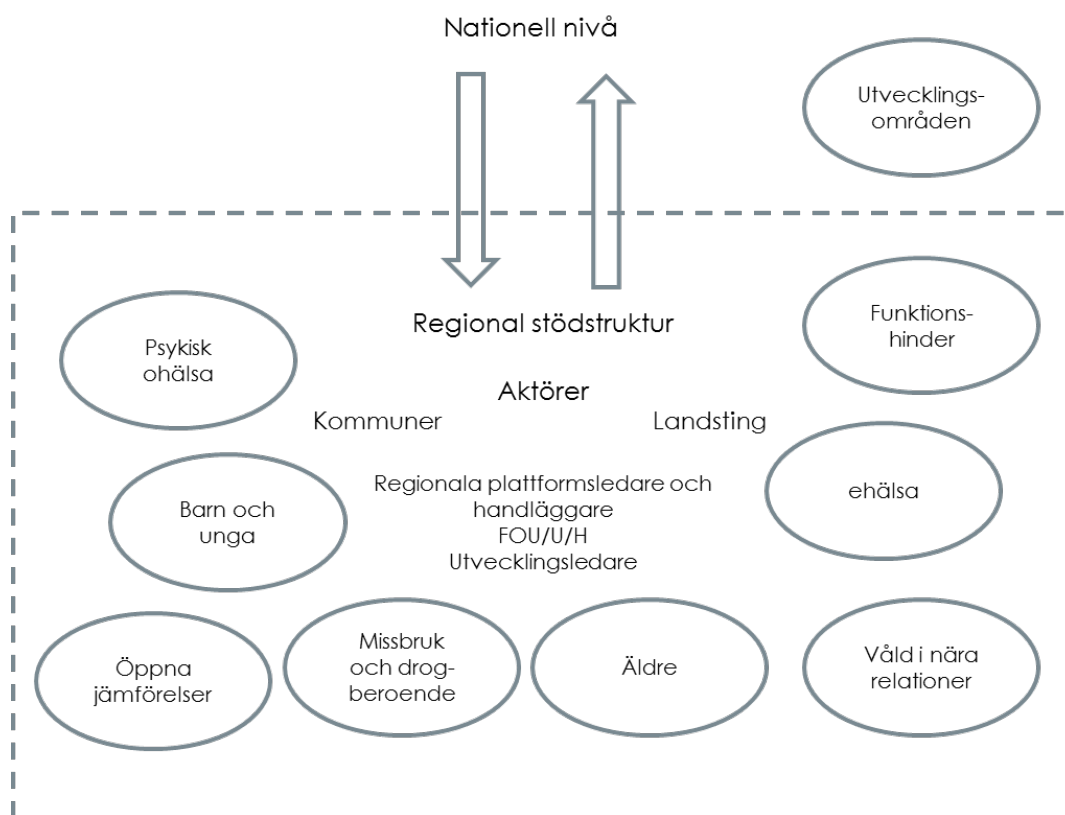
I dagsläget finns stödstrukturer, arbetsgrupper och nätverk med en bredare ansats som kan vara utgångspunkt för SRHR-området. Det finns också etablerade kunskapsnätverk som arbetar med mer avgränsade delar av SRHR-området. De förslag till en ökad samordning av kunskapsstyrningen inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten som lämnades i Ds 2014:9 *En samlad kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård och socialtjänst* kan skapa ytterligare förutsättningar för en utvecklad samverkan i SRHR-arbetet.

Nedan ges exempel på befintliga nationella och regionala stödstrukturer som enligt Socialstyrelsens och Folkhälsomyndighetens bedömning är användbara i det fortsatta arbetet.

Nationella samverkansgruppen för kunskapsstyrning (NSK) är en sammanlutning för flera myndigheters samverkan som syftar till att kartlägga behov av nationella kunskapsunderlag, rekommendationer och riktlinjer för hälso- och sjukvården. Samverkande myndigheter är Läke-medelsverket, Folkhälsomyndigheten, Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) och Socialstyrelsen. Myndigheterna har i uppdrag att utveckla en nationell modell för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvårdsområdet [70].

Regional stödstruktur, där både kommuner och landsting är representerade (se figur 1), har utvecklats som en del av överenskommelsen mellan regeringen och Sveriges kommuner och landsting (SKL) om en evidensbaserad praktik i socialtjänsten [71]. Sedan 2010 pågår ett arbete för att utveckla regionala stödstrukturer för kunskapsutveckling inom socialtjänsten och angränsande hälso- och sjukvård. Stödstrukturen är utformade utifrån förutsättningarna i varje län eller region. Syftet är bland annat att ge kommunernas och landstingens verksamheter ett praktiskt verksamhetsstöd och att vara en dialogpart gentemot den nationella nivån i frågor som rör kunskapsutveckling och kunskapsstyrning [71]. SRHR-frågorna berör flertalet av de verksamhetsområden och målgrupper som idag omfattas av den regionala stödstrukturen. Det skulle därför vara både lämpligt och möjligt att integrera SRHR-området i denna stödstruktur.

Figur 1. Verksamhetsområden och målgrupper i den regionala stödstrukturen för kunskapsutveckling inom socialtjänsten och angränsande hälso- och sjukvård.



Efter bild från SKL

Sveriges kommuner och landsting, SKL, har flera nätverk som har relevans för SRHR-området i stort, såsom folkhälsochefs-nätverk och nätverk för hälso- och sjukvårdsdirektörer, informationschefer och socialchefer.

Det finns också etablerade stödstrukturer och nätverk för de områden som bedömts vara prioriterade i det förebyggande arbetet. Till exempel finns det regionala kunskapsnätverk för hiv och STI-prevention under *Folkhälsomyndighetens* ansvar, vilka har utvecklats utifrån den årliga överenskommelsen som tidigare gjordes mellan regeringen och SKL [71]. Det finns även lokala smittskyddsenheter inom varje landsting som har det övergripande ansvaret för att smittskyddsåtgärder vidtas enligt smittskyddslagen (2004:255) och förordningar samt föreskrifter och rekommendationer inom området.

Utveckla uppföljning och utvärdering

Uppföljning och utvärdering är en del av kunskapsstyrningen och är nödvändigt för att säkerställa ett framgångsrikt SRHR-arbete. Den nationella uppföljningen av hälsan inom området sexualitet och reproduktiv hälsa är fokuserad på områdena oskyddat sex, tidigt omhändertagande i samband med abort samt sexuellt våld och tvång [32, 72]. Det saknas uppföljning som fokuserar på mer hälsofrämjande områden, som exempelvis ett tillfredsställande sexliv. En del i Folkhälsomyndighetens arbete med att utveckla uppföljning och utvärdering kan vara att inkludera sexualitet bland hälsans

bestämningsfaktorer som regelbundet följs i den rapportering som genomförs på myndigheten. Då mätbara indikatorer är väsentligt för både planering och uppföljning kan Folkhälsomyndighetens utvecklingsarbete inkludera att se över möjligheten att utveckla indikatorer som speglar detta [73]. WHO har tagit fram ett förslag på indikatorer som kan användas för att mäta sexuell hälsa och som kan vara användbara i en svensk kontext. Vägledning för hur indikatorer på området kan se ut finns även i dokument från FN:s särskilda rapportör om rätten till hälsa, där det också beskrivs hur ett MR-perspektiv kan formuleras i en strategi för reproduktiv hälsa [12].

Förstärka kunskaps- och metodutveckling

Framtagandet av olika former av kunskapsstöd är en del i kunskapsstyrningen. Det föreslagna forumet för samverkan inom SRHR-området ger möjlighet att få en samlad bild av vilka områden som behöver prioriteras så att kunskapsstöden motsvarar verksamheternas behov.

Utifrån Folkhälsomyndighetens hela uppdrag, samt inom olika preventionsområden, pågår en kontinuerlig kunskaps- och metodutveckling. Det gäller framförallt prevention av smittsamma sjukdomar men också främjandet av sexuell hälsa, effekt- och processuppföljningar och utvärderingar. Universitet och högskola är en aktör för kunskapsstöd och utveckling inom området.

Forskning inom området bedrivs inom såväl medicin som beteendevetenskap. Inom SRHR-området är förmedling av kunskap både en pedagogisk och en kommunikativ utmaning. Forskning pågår också om *hur* och *om* man kan påverka attityder och beteenden genom till exempel motiverande samtal, så att det får bestående effekt [74]. Kunskap och metodutveckling inom SRHR-arbetet kan ske i samverkan med universitet och högskolor. Målet med kunskapsutvecklingen är att få fram bästa tillgängliga information och evidens om vilka metoder och interventioner som har effekt.

Förbättra hälsokommunikation och kunskapsspridning

Folkhälsomyndigheten behöver ha ett nära samarbete med kommuner och landsting när det gäller kommunikationsinsatser kring SRHR-frågorna. Sedan tidigare finns en nationell och lokal/regional samverkan avseende kommunikationsinsatser inom hiv och STI området utifrån en överenskommelse mellan regeringen och SKL år 2009 [75, 76]. Den 1 juli 2010 övergick uppdraget att planera, samordna och följa upp det förebyggande arbetet mot hiv och STI till Smittskyddsinstitutet.

En växande arena för kommunikation och kunskapsspridning är internet, där det erbjuds nya möjligheter att föra dialog, få kunskap och rådgivning samt stöd i att hitta mottagningar och andra verksamheter. I Sverige använder cirka 90 procent av befolkningen internet [77]. Bland unga ökar internetanvändningen i samtliga åldersgrupper och är nära nog hundra procentig från 12 års ålder. Internet växer också i betydelse när det handlar om att söka information inom området sexualitet, särskilt bland killar [44]. Forskning om ungas erfarenheter av information, stöd och samspel med vuxna online visar

att de uppskattar att de där får vara anonyma och kan ta upp känsliga frågor [78]. För gruppen unga visar Ungdomsbarometern 2013 att skolan och ungdomsmottagningarna fortfarande är två av de främsta arenorna för information och kunskap till unga inom SRHR. Det behövs en mer samlad bild av vad som fungerar bäst och metoder för att mäta effekterna av det arbete som görs.

Det behövs också mer kunskap om hur kommunikation och kunskaps-spridning kan stärka och främja hälsa och inkludera samtliga målgrupper samt hur verksamheter och nya tjänster på internet kan samspela, stödja och komplettera varandra. Det är särskilt viktigt att utveckla metoder för att inkludera grupper som i dag inte kan ta del av eller tillgodogöra sig kunskap och information. Det behövs också forskningsanknytning, noggranna målgruppsanalyser och tydliga indikatorer och mätbara mål som följs upp samt metoder för utvärderingar av kommunikationsinsatser och kunskaps-spridning.

Årlig återrapportering till regeringen

Som ett led i kunskapsstyrningsprocessen föreslås Folkhälsomyndigheten årligen återrapportera till regeringen om det pågående arbetet samt – utifrån de förslag som lyfts i forumet för samverkan – peka på utvecklingsbehov.

Referenser

1. Sveriges internationella politik för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter. Stockholm: Regeringskansliet, Utrikesdepartementet; 2006.
2. Nationell handlingsplan för klamydiaprevention - Med fokus på ungdomar och unga vuxna 2009-2014. Socialstyrelsen; 2009.
3. En strategi för lika rättigheter och möjligheter oavsett sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck. Arbetsmarknadsdepartementet; 2014.
4. Epidemiologisk årsrapport 2012. Smittskyddsinstitutet; 2012.
5. Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013. Socialstyrelsen; 2013.
6. Att förebygga STI och HIV bland ungdomar och unga vuxna. Socialstyrelsen; 2009.
7. Developing sexual health programmes. A framework for action. World Health Organisation; 2010.
8. WHO regional strategy on sexual and reproductive health. Reproductive health/pregnancy programme. Danmark: WHO Regional office for Europe; 2001.
9. Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century. Köpenhamn: World Health Organization, regional office for Europe; 2013.
10. Strategi för en god och mer jämlik vård 2012 - 2016. Regeringskansliet, Socialdepartementet; 2012.
11. Folkhälsorapport 2009. Socialstyrelsen; 2009.

12. Economic, Social and Cultural Rights. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Paul Hunt. Commission on human rights, United Nations; 2006. E/CN.4/2006/48.
13. Human rights indicators: a guide to measurement and implementation. New York och Genève: Office of the High Commissioner for Human Rights; 2013.
14. Nationella indikatorer för mänskliga rättigheter. Små fönster med en glimt av ett större sammanhang. Stockholm: Handisam, Myndigheten för handikappolitisk samordning; 2009.
15. Bromseth J, Darj F, red. Normkritisk pedagogik: makt, lärande och strategier för förändring. Uppsala: Centrum för genusvetenskap, Uppsala universitet; 2010.
16. Nordenmark, L. Sex och samlevnad i skolan. Stockholm: Norstedts; 2011.
17. Socialstyrelsens termbank. Hälsöfrämjande åtgärder. Hämtad 2014-08-08 från <https://termbank.socialstyrelsen.se/>.
18. WHO. Ottawa Charter for Health Promotion, 1986. Hämtad 2014-04-16 från <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>.
19. Graugaard C, Klarlund Pedersen B, Frisch, M. Seksualitet og Sundhet. Rapport från Vidensråd for Forebyggelse, Danmark 2012. Köpenhamn: Vidensråd for forebyggelse; 2012.
20. Lundberg PO, Löfgren-Mårtenson L, red. Sexologi. 3. uppl. Stockholm: Liber; 2010.
21. Utsatt? Unga sex och internet. Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor; 2012.
22. Lindau S T, Schumm L P, Laumann E O, Levinson W, O'Muirheartaigh C A, Waite L J. A study of sexuality and health among older adults in the United States. N Engl J Med. 2007; 357(8):762-74.
23. Lewin B, Fugl-Meyer K, Helmius G, Lalos A, Månsson S, et al. Sex i Sverige. Om sexuallivet i Sverige 1996. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 1998.
24. Det dubbla utanförskapet. Mångfald och sexuell läggning bland äldre. Socialstyrelsen; 2008.
25. Backlund S, Nordstrom J, Bodlund O. Sexuella problem är vanliga vid antidepressiv behandling. Vad vet allmänläkarna om denna biverkan, och hur hanteras den? Läkartidningen. 2005; 102(9):650-3.
26. Bromseth J, Siverskog A, red. LHBTQ-personer och åldrande. Nordiska perspektiv. Lund: Studentlitteratur AB; 2013.
27. Löfgren-Mårtensson L. Så att man inte går och gör fel! En pilotstudie om sexualkunskap i gymnasiesärskolan. Socionomens forskningssupplement. 2013; (33):52-7.
28. International Conference on Population and Development, ICPD, Cairo, 5–13 September 1994. New York: Förenta Nationerna; 1995.
29. International Health Conference, New York, 19-22 June. New York: WHO; 1946 (1948).
30. Reproduktiv hälsa i ett folkhälsoperspektiv. Socialstyrelsen; 2005.

31. Mäns sexualitet och reproduktiva hälsa. En kunskapsöversikt. Statens folkhälsoinstitut; 2011.
32. Målområde 8 Sexualitet och reproduktiv hälsa. Kunskapsunderlag för folhälsopolitisk rapport 2010. Statens folkhälsoinstitut; 2011.
33. Sex, hälsa och välbefinnande. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2012. R 2012:01.
34. Nationella kvalitetsgranskningar 1999. Stockholm: Skolverket; 1999. Skolverkets rapport nr 180.
35. Sammanställning av data från Socialstyrelsens enkät till ungdomsmottagningar.: Socialstyrelsen; 2013.
36. Återrapportering av regeringsuppdrag att kartlägga ungdomsmottagningarnas verksamhet (S2012/267/VS). Socialstyrelsen; 2013. Dnr: 23591/2012.
37. Socialstyrelsens termbank. Förebyggande åtgärd. Hämtad 2014-08-08 från <https://termbank.socialstyrelsen.se/>
38. Folkhälsomyndigheten. Sjukdomsstatistik, hivinfektion. Hämtad 2014-03-14 från <http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/statistik-och-undersokningar/sjukdomsstatistik/hivinfektion/>.
39. Hiv i Sverige - Kunskaper, attityder och beteenden hos allmänheten 1987–2011. Smittskyddsinstitutet; 2012.
40. Haggstrom-Nordin E, Borneskog C, Eriksson M, Tyden T. Sexual behaviour and contraceptive use among Swedish high school students in two cities: comparisons between genders, study programmes, and over time. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2011; 16(1):36-46.
41. Forsberg M. Brunetter och blondiner. Om ungdom och sexualitet i det mångkulturella Sverige. Doktorsavhandling. Göteborg: Göteborgs Universitet, Institutionen för Socialt arbete.
42. Nordvik MK, Liljeros F. Number of sexual encounters involving intercourse and the transmission of sexually transmitted infections. *Sex Transm Dis*. 2006; 33(6):342-9.
43. Tikkanen R, Abellsson J, Forsberg M, Tikkanen R, Abellsson J, Forsberg M. UngKAB09 - Kunskaper, attityder och sexuella handlingar bland unga. Göteborg: Institutionen för socialt arbete, Göteborgs Universitet; 2011. Skriftserien 2011:1.
44. Ungdomsbarometern. Ungdomar och sexualitet 2013/14. Specialanalys för Folkhälsomyndigheten. Folkhälsomyndigheten; 2014.
45. Lindroth M. Utsatthet och sexuell hälsa : en studie om unga på statliga ungdomshem. Doktorsavhandling. Malmö. Malmö högskola; 2013.
46. Deogan C. Public Health Economics of Chlamydia and other STIs- Aspects of risk, prevention and resources. Doktorsavhandling. Stockholm: Karolinska Institutet; 2013.
47. Carré H. Who's at risk of catching Chlamydia trachomatis? Identifying factors associated with increased risk of infection to enable individualized care and intervention. Doktorsavhandling. Umeå: Umeå universitet; 2010.
48. Att förebygga hiv och STI. Kunskapsunderlag och vägledning för förebyggande arbete bland ungdomar och unga vuxna. Smittskyddsinstitutet; 2011.

49. Folkhälsomyndigheten. Sjukdomsstatistik. Klamydiainfektion. Hämtad: 2014-08.14 från <http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/statistik-och-undersokningar/sjukdomsstatistik/klamydiainfektion/>.
50. Resolution adopted by the General Assembly. Declaration of Commitment on HIV/AIDS “Global Crisis – Global Action”. 2001.
51. Migration, sexuell hälsa och prevention. Två kunskapsöversikter med fokus på risktagande och riskutsatthet i samband med migration. Smittskyddsinsitutet; 2012.
52. Nkulu Kalengayi FK, Hurtig AK, Ahlm C, Krantz I. Fear of deportation may limit legal immigrants' access to HIV/AIDS-related care: a survey of Swedish language school students in Northern Sweden. *J Immigr Minor Health*. 2012; 14(1):39-47.
53. Larsdotter S, Jonsson M, Gäredal M. Osynliga synliga aktörer. HBT-personers erfarenhet av att sälja och/eller köpa sexuella tjänster. Stockholm: RFSL; 2011.
54. Edlund C, Jakobsson P. En annan horisont. Sexarbete och hiv/STI-prevention ur ett peer-perspektiv: Hiv- Sverige. Riksförbundet för hivpositiva; 2014.
55. Socialstyrelsens statistikdatabas för graviditeter, förlossningar och nyfödda. Hämtad 2014-07-21 från <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/graviditeter-forlossningarochnyfodda>.
56. Marions L. Nollvision för aborter är inget mål. *Läkartidningen*. 2013; 38(110).
57. Gemzell-Danielsson K, Thunell L, Lindeberg M, Tyden T, Marintcheva-Petrova M, Oddens BJ. Comprehensive counseling about combined hormonal contraceptives changes the choice of contraceptive methods: results of the CHOICE program in Sweden. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2011; 90(8):869-77.
58. Child Well-being in Rich Countries: A comparative overview. Florence: UNICEF Office of Reseach; 2013. Innocenti Report Card 11.
59. När alla barn är välkomna. Dokumentation från Nordisk konferens om prevention av oönskade graviditeter och om sexuell och reproduktiv hälsa. Socialstyrelsen; 2011.
60. Sveriges officiella statistik. Statistik - hälso- och sjukvård. Aborter 2011. Socialstyrelsen; 2012.
61. Våld i samkönade relationer — en kunskaps- och forskningsöversikt. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid, Uppsala universitet; 2009. NCK-rapport 2009:2.
62. Socialstyrelsens termbank. Hedersrelaterat våld och förtryck. Hämtat 2014-09-04 från <http://www.socialstyrelsen.se/valds-ochbrottsrelateradefragor/valdinarationer/valdsutsatta/hedersvald>.
63. Nationellt centrum för kvinnofrid. Kunskapsbanken. Hedersrelaterat våld och förtryck. Hämtad 2014-08-08 från http://www.nck.uu.se/Kunskapscentrum/Kunskapsbanken/amnen/Hedersrelaterat_vald_och_fortryck/.
64. Uppdrag om vissa kompetenshöjande åtgärder inom hälso- och sjukvården. 2013:S2013/6130/FS.

65. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Genève: World Health Organization; 2013.
66. Folkhälsan i Sverige. Årsrapport 2013. Socialstyrelsen; 2013.
67. Handbok för hälso- och sjukvårdens omhändertagande av offer för sexuella övergrepp. Uppsala: Uppsala universitet, Nationellt centrum för kvinnofrid, NCK; 2008. NCK-rapport 2008:1.
68. Nationellt centrum för kvinnofrid. Kunskapsbanken. Sexuellt våld. Hämtad 2014-08-12 från http://www.nck.uu.se/Kunskapscentrum/Kunskapsbanken/amnen/Sexuellt_vald/Sexuellt_vald/.
69. Socialstyrelsen. Kompetensstöd om våld i nära relationer till kommuner och ideella organisationer. Hämtad 2014-08-12 från <http://www.socialstyrelsen.se/valds-ochbrottsrelateradefragor/valdinararelationer/kompetensstod>.
70. En folkhälsopolitik med människan i centrum. Regeringens skrivelse 2011/12:66.
71. Stöd till en evidensbaserad praktik för god kvalitet inom socialtjänsten. Överenskommelse för år 2014 mellan staten och Sveriges kommuner och landsting. 2013.
72. Hivprevention och sexuell hälsa.: Smittskyddsinsitutet; 2012.
73. Measuring sexual health: conceptual an practical considerations and related indicators. Genève: WHO; 2010.
74. Boman, J. Prevention of Chlamydia trachomatis infections. Doktorsavhandling. Umeå: Umeå universitet; 2013.
75. Nationell kommunikationsstrategi för det förebyggande arbetet mot hiv, sexuellt överförda infektioner och vissa blodburna sjukdomar. Socialstyrelsen; 2009.
76. Nationell kommunikationsstrategi för det förebyggande arbetet mot hiv, sexuellt överförda infektioner och vissa blodburna sjukdomar. Smittskyddsinsitutet; 2010.
77. Findal O. Svenskarna och internet. Stockholm: Stiftelsen för internetinfrastruktur, .se; 2013.
78. Löfberg C, Aspán M. Digitala erbjudanden: Ungas erfarenheter av information, stöd och samspel med vuxna online. Stockholm: Institutionen för pedagogik och didaktik, Stockholms universitet; 2011.

Bilaga 1. Definitioner och beskrivningar av begrepp inom SRHR-området

Definitioner

Nedan beskrivs de begrepp och definitioner på området sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) som utgår från existerande internationella överenskommelser [1]. Vi har delvis anpassat definitionerna till den svenska kontexten.

Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter

Sexuell och reproduktiv hälsa definierades i handlingsprogrammet från FN:s befolkningskonferens i Kairo 1994 [2]. I denna definition ingår sexuell hälsa i begreppet reproduktiv hälsa. För att tydliggöra att sexuell och reproduktiv hälsa även innefattar sexualitet som inte enbart syftar till att föda barn använder dock Sverige begreppen ”sexuell” och ”reproduktiv” separerade [3]. Enligt Kairodefinitionen påverkar sexuell och reproduktiv hälsa varje människas personliga relationer och sexuella aktiviteter under hela livsrytmen. Begreppet SRHR omfattar därför inte enbart den fertila åldern eller familjplaneringen. Dessutom omfattar sexuell och reproduktiv hälsa, enligt Kairodefinitionen, även den psykiska hälsan [1].

Sexuell hälsa

Nedan följer WHO:s definition av sexuell hälsa [4]

Sexuell hälsa innebär ett tillstånd av fysiskt, emotionellt, mentalt och socialt välbefinnande relaterat till sexualitet, inte endast frånvaro av sjukdom, dysfunktion eller svaghet. Sexuell hälsa kräver en positiv och respektfull hållning till sexualitet och sexuella relationer, liksom möjlighet att få njutbara och säkra sexuella erfarenheter, fritt från förtryck, diskriminering och våld. För att sexuell hälsa ska uppnås och bibehållas måste alla människors sexuella rättigheter respekteras, skyddas och uppfyllas (s.5).

Sexuella rättigheter

Sexuella rättigheter har ännu inte definierats i internationella överenskommelser. Detta beror på att vissa stater anser att frågor om mänskliga rättigheter i förhållande till sexualitet är för kontroversiella. Sveriges position är att sexuella rättigheter ingår i de mänskliga rättigheterna som definieras i det internationella ramverket som består av FN-konventionerna [3]. Detta innebär att människor oberoende av kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder, har rätt till att bestämma över sin egen kropp, sexualitet och att inte vara utsatt för diskriminering, kränkning eller våld. Detta innebär bland annat rätten att välja partner, rätten att säga ja eller nej till sex samt rätten att bestämma om och när man vill ha barn [3]. Mänsk-

liga rättigheter för kvinnor relaterat till sexualitet och reproduktion definierades i handlingsprogrammet från FN:s fjärde kvinnokonferens i Peking år 1995 [5].

The human rights of women include their right to have control over and decide freely and responsibly on matters related to their sexuality, including sexual and reproductive health, free of coercion, discrimination and violence. Equal relationships between women and men in matters of sexual relations and reproduction, including full respect for the integrity of the person, require mutual respect, consent and shared responsibility for sexual behaviour and its consequences (Beijing Platform for Action paragraf 96).

Reproduktiv hälsa

Reproduktiv hälsa definierades vid FN:s befolkningskonferens i Kairo år 1994 [2]:

Reproduktiv hälsa är ett tillstånd av fullkomlig fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande beträffande det reproduktiva systemet och alla dess funktioner och inte bara frånvaro av sjukdom. Reproduktiv hälsa förutsätter därför att människor har möjligheten att ha ett tillfredsställande och säkert sexualliv och att de har möjlighet att få barn och friheten att besluta om, när och hur ofta det ska ske. Införstått i det sista villkoret finns rättigheten för män och kvinnor att få information om och tillgång till säkra, effektiva, tillgängliga och godkända självvalda metoder för familjeplanering, [...], samt rätten att få tillgång till lämpliga hälso- och sjukvårdstjänster som gör att kvinnan säkert kan genomgå graviditet och förlossning och ge par de bästa förutsättningar för att få ett välmående barn (artikel 7. 2).

Reproduktiva rättigheter

Reproduktiv hälsa definierades vid FN:s befolkningskonferens i Kairo år 1994 [2]:

Reproduktiva rättigheter ingår i begreppet mänskliga rättigheter som redan deklarerats i nationella lagar, internationella dokument över mänskliga rättigheter och andra konsensusdokument. Dessa rättigheter grundar sig på erkännande av de grundläggande rättigheterna för alla par och individer att fritt bestämma om, när och hur många barn man vill ha, samt med vilket mellanrum, få information och medel därtill samt rättighet till högsta tillgängliga standard för sexuell och reproduktiv hälsa. De innefattar även alla personers rättighet att själv fatta beslut om reproduktion utan diskriminering, påtryckning och våld enligt vad som dokumenterats om mänskliga rättigheter (artikel 7. 3).

Referenser

1. Sveriges internationella politik för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter. Stockholm: Regeringskansliet, Utrikesdepartementet; 2006.
2. International Conference on Population and Development, ICPD, Cairo, 5–13 September 1994. New York: Förenta Nationerna; 1995.
3. Dialog för förändring. Ett material för policydialog om sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter. Regeringskansliet; 2010.
4. Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health. 28–31 January 2002, Geneva. Genève: World Health Organisation; 2002.
5. Report from the fourth world conference on women. Beijing, 4-15 September 1995. New York: Förenta Nationerna; 1996.

Bilaga 2. Sexuella och reproduktiva rättigheter i Sverige

Internationella övervakningsorgan

FN:s barnrättskommitté övervakar staters efterlevnad av barnkonventionen och vägleder stater i förståelsen av deras skyldigheter enligt konventionen. Barnrättskommittén har bland annat i en kommentar om hiv/aids [1] förtydligat att barn behöver få åldersanpassad information som gör det möjligt för dem att på ett positivt och ansvarsfullt sätt hantera sin sexualitet i syfte att skydda sig själva mot hivinfektion. I en annan kommentar om ungdomars hälsa [2] har barnrättskommittén också förtydligat att stater inom och utanför skolan ska se till att ungdomar får tillgång till korrekt information om hur de ska skydda sin hälsa och utveckling, inklusive information om respektfulla sexuella beteenden. Barnrättskommittén ansvarar också för övervakning av tilläggsprotokollet om försäljning av barn, barnprostitution och barnpornografi vilket är ett viktigt verktyg för att skydda barns sexuella och kroppsliga integritet.

Vid *barnrättskommitténs* granskning av Sverige år 2009 rekommenderade kommittén bland annat att Sverige skulle öka ansträngningarna för att analysera och bekämpa ökningen av STI och stärka sex- och samlevnadsundervisningen i och utanför skolan, i syfte att minska omfattningen av oönskade tonårsgraviditeter och aborter (CRC/C/SWE/CO/4). Vid 2011 års granskning av Sverige om genomförandet av tilläggsprotokollet om försäljning av barn, barnprostitution och barnpornografi, uttryckte barnrättskommittén oro, bland annat över att en mycket låg andel av anmälningar av sexuella övergrepp på barn resulterar i åtal och att svensk sexualbrottslagstiftning (till exempel brotten utnyttjande av barn för sexuell posering och köp av sexuell handling av barn i 6 kap. 8 och 9 §§ brottsbalken) brister i skyddet av barn mellan 15 och 18 år (CRC/C/OPSC/SWE/CO/1).

FN:s kvinnokommitté (Committee on the Elimination of Discrimination against Women, CEDAW) har i kommentarer berört innehållet i sex- och samlevnadsundervisningen, till exempel att den inte ska bidra till könsstereotyper och också beröra våld mot kvinnor [3]. FN:s kvinnokommitté har också, genom kommentarer kring hälsofrågor och familjeplanering, haft inflytande på vad staters skyldigheter för att respektera reproduktiva rättigheter består i. Även andra övervakningskommittéer, som kommittén för ekonomiska och sociala rättigheter och människorättskommittén (Human Rights Committee), som övervakar staters genomförande av konventionen om medborgerliga och politiska rättigheter, har haft en betydelse för förståelsen och utvecklingen av sexuella och reproduktiva rättigheter.

När *människorättskommittén* granskade Sverige år 2009 rekommenderade kommittén bland annat att Sverige skulle vidta åtgärder för att förebygga och undanröja kvinnlig könsstympning. Det skulle framför allt ske genom medvetandegörande kampanjer riktade till polis, åklagare, familjemedlemmar och flickorna som riskerar att utsättas för brottet (CCPR/C/SWE/CO/6).

Hos FN:s råd om mänskliga rättigheter finns det även särskilda procedurer, bestående av oberoende experter, som utifrån tematiska mandat ger information och vägledning som rör sexuella och reproduktiva rättigheter till stater. En av de viktigaste av dessa är FN:s särskilda rapportör om rätten till hälsa. I en rapport från 2004 beskrev dåvarande rapportören vad som ingår i rätten till sexuell och reproduktiv hälsa (E/CN.4/2004/49). Den nuvarande rapportören, har bland annat kommit till slutsatsen att begränsningar i tillgången till abort och preventivmedel samt begränsningar i tillgången till information om sexuella och reproduktiva rättigheter kränker kvinnors rätt till sexuell och reproduktiv hälsa (A/66/254).

I en rapport från FN:s särskilde rapportör om rätten till hälsa (A/HRC/4/28/Add.2) betonas vikten av kunskap i MR-frågor för hälsoprofessionen samt regeringens ansvar för genomförandet av en landsomfattande skadereduktionspolitik för personer i intravenöst drogmissbruk som inkluderar rådgivning om sexuell och reproduktiv hälsa och tillgång till rena sprutor. Rapportören uttryckte även oro över att flera marginaliserade grupper hade svårt att få tillgång till vårdtjänster på grund av diskriminering, priset på vårdtjänster eller bristande kulturell anpassning av tjänsterna. Rapportören uppmanade även den svenska regeringen att, i enlighet med sina internationella åtaganden, se till att alla asylsökande och personer utan tillstånd ska erbjudas samma hälso- och sjukvård som personer bosatta i Sverige (A/HRC/4/28/Add.2).

FN:s särskilda rapportör om våld mot kvinnor har bidragit till att utveckla förståelsen för reproduktiva rättigheter (till exempel genom att se staters skyldighet att förebygga, utreda och straffa våld mot kvinnor som ett led i infriandet av reproduktiva rättigheter). Rapportören har även stöttat utvecklingen av sexuella rättigheter (E/CN.4/1999/68/Add.4 och A/HRC/11/6/Add.5). Efter sitt besök i Sverige år 2006 rekommenderade FN:s särskilda rapportör om våld mot kvinnor, regeringen att bland annat se till att de yrkeskategorier som har den första kontakten med en kvinna som utsatts för könsrelaterat våld ska få särskild utbildning i hur man samlar och dokumenterar bevis. Rapportören rekommenderade också regeringen att erbjuda särskilt skydd och stöd till kvinnor som säljer sex (A/HRC/4/34/Add.3).

Sveriges arbete med mänskliga rättigheter uppmärksammas också i FN:s allmänna ländergranskning (Universal Periodic Review, UPR) som görs av FN:s råd för mänskliga rättigheter.

Inom *Europarådet* finns flera rättighetsaktörer som har haft en stor betydelse för att utveckla området sexuella och reproduktiva rättigheter inom och utom Europa genom sin övervakning av staters åtaganden på MR-området. Europadomstolen för mänskliga rättigheter har haft en särskilt stor betydelse för förståelsen av många SRHR-frågor genom sin prövning av individuella klagomål mot stater. Betydelsefull rättspraxis har utvecklats i frågor om till exempel frihet från diskriminering beroende på sexuell läggning eller könsidentitet, tillgången till hälso- och sjukvårdstjänster för sexuell och reproduktiv

tiv hälsa, skydd för sexuell och kroppslig integritet, rättigheter för personer som lever med hiv, med mera⁹.

I fråga om de grundläggande rättigheterna¹⁰ ska *EU:s byrå för grundläggande rättigheter* (European Union Agency for Fundamental Rights, FRA) bistå EU:s institutioner och medlemsländer med stöd och sakkunskap [4]. Byrån publicerar även tematiska rapporter och har bland annat publicerat flera rapporter om situationen för hbt-personer i EU-länderna.

I en rapport från 2013 belyser FRA frågan om multipel diskriminering i tillgången till hälso- och sjukvård [5]. Enligt FRA bör hälso- och sjukvårdspersonal utbildas i frågor om multipel diskriminering och kulturell kompetens, och staten bör uppmuntra positiva åtgärder för dem som riskerar att drabbas av intersektionell¹¹ diskriminering, till exempel genom att tillmötesgå vissa kvinnors behov av att bli behandlade av kvinnlig personal. Vissa svenska verksamheter tas upp som positiva exempel, som AMEL-mottagningen på Södersjukhuset i Stockholm, dit kvinnor med problem orsakade av könsstympning kan vända sig utan remiss [6].

Europarådets kommissionär för mänskliga rättigheter är en oberoende och opartisk institution för främjande av och upplysning om mänskliga rättigheter i Europa [7]. I kommissionärens uppdrag ingår bland annat att besöka Europarådets medlemsstater och utföra tematisk rapportering och rådgivning.

I en rapport från Europarådets dåvarande kommissionär för mänskliga rättigheter beskrivs olika aspekter av rättighetsfrågor relaterade till könsidentitet, som diskrimineringskydd, krav för rättsligt erkännande av könsidentitet, villkor för köns- och namnbyte och transfobi [8]. Europarådets medlemsstater rekommenderades bland annat att anta hatbrottslagstiftning som uttryckligen skyddar transpersoner från transfobiska brott och att utbilda hälso- och sjukvårdspersonal i transpersoners behov och rättigheter.

Hur kan rättighetsinnehavare hävda sina sexuella och reproduktiva rättigheter?

Dialog med ansvarig myndighet

För den som upplever att hans eller hennes sexuella eller reproduktiva rättigheter riskerar att åsidosättas eller kränkas genom en myndighets handlande eller underlåtenhet, är det ofta viktigt att ha en direkt dialog med myndigheten eller företrädare för myndigheten. En sådan dialog kan innebära att risken för kränkning avvärrs. Det förekommer dock att vårdgivare och vårdpersonal inte har kunskap om vare sig patienters rättigheter eller sina egna skyldigheter. För den enskilde patienten kan tillgången till snabb och korrekt information om sina rättigheter, till exempel genom vårdupplysningstjänster per telefon eller på internet, vara en förutsättning för att kunna inleda en rättighetsgrundad dialog med vårdgivare och vårdpersonal. Patienten måste i

⁹ Se t.ex. Westeson, Johanna. Sexual Health and Human Rights in the European Region. International Council for Human Rights Policy;2012.

¹⁰ EU:s stadga om de grundläggande rättigheterna har en bindande juridisk rättsverkan motsvarande fördragen och gäller för EU:s medlemsländer när de tillämpar EU-rätten.

¹¹ Intersektionalitet: samhällsvetenskapligt begrepp som syftar till att synliggöra specifika situationer av förtryck som skapas i skärningspunkter för maktrelationer baserade på ras, kön och klass.

en del fall vara mycket handlingskraftig själv, eller ha hjälp av anhöriga, vänner eller organisationer för att säkerställa att hans eller hennes rättigheter respekteras.

I en rapport från myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (tidigare Ungdomsstyrelsen) beskriver en intervjuad transperson hur han kontaktade sin ungdomsmottagning för att få en remiss till ett utredningsteam. Personalen på ungdomsmottagningen förstod inte vad han menade och skickade senare hans remiss till fel instans [9]. Ungdomsstyrelsen konstaterar att han som hjälpsökande fick hjälpa de professionella att se till att han fick adekvat vård. Efter att lagen (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd trädde i kraft i juli 2013 har organisationen ”Läkare i Världens kliniker” övergått från att erbjuda medicinsk vård till att informera och hänvisa så kallade papperslösa personer till offentliga vårdgivare. Hösten 2013 publicerade organisationen en rapport, *101 dagar med utökad rätt till vård för papperslösa – i teorin*, där man redogör för vad som hänt papperslösa personer (varav några sökt sexuell och reproduktiv hälsovård) i mötet med den offentliga vården efter att lagen trädde i kraft. Från rapportens slutsatser [10]:

Vid en fjärdedel av de patientärenden som Läkare i Världen har kunnat följa upp, fall där patienterna sökt vård, har patienten nekats subventionerad vård vid något tillfälle. Utöver detta har flera av de papperslösa som erbjudits subventionerad vård fått detta först efter att de själva upplyst vårdpersonalen om den nya lagen. Vid ett av dessa fall [...] påpekar Saras [en papperslös patient] vän att hon tror att Sara skulle ha nekats vård om de inte besökt Läkare i Världen först och om Sara sökt vård ensam utan sin vän. Det är en farhåga Läkare i Världen delar (s.7, 12).

Brist på kunskap och dåligt bemötande från till exempel vårdgivare och vårdpersonal kan i värsta fall leda till att personer undviker att vända sig till vården eller att deras behov av vård inte uppmärksammas. Exempelvis undviker en del hbt-personer att söka vård, trots att hbt-personer har ett större behov av hälso- och sjukvård än befolkningen i stort [10].

Överklagande och överprövning

Eftersom hälso- och sjukvårdslagstiftningen är en lagstiftning som behandlar skyldigheter för vårdgivaren och vårdpersonal och inte patientens rättigheter, saknas möjlighet att överklaga de flesta beslut. Undantag finns, till exempel rätten att ta del av sin journal och smittskyddsläkares beslut om förhållningsregler och isolering.

Sverige är statsrättsligt bundet av Europakonventionen som fördragslutande stat, men Europakonventionen gäller även som lag i Sverige¹². Det kan därför hända att Europakonventionen åberopas i domstolsprocesser om SRHR.

¹² För mer om Europakonventionens roll i den svenska rättsordningen, se NJA 2012 s. 1038.

För en person som anser sig ha utsatts för ett brott mot sin sexuella integritet finns också möjligheter att begära överprövning av en åklagares beslut om att till exempel lägga ned en förundersökning eller inte väcka åtal¹³.

Klagomål mot vården

Sverige saknar en särskild instans som tar emot klagomål av kränkningar av mänskliga rättigheter, inklusive sexuella och reproduktiva rättigheter. Barnombudsmannen tar exempelvis inte emot klagomål från enskilda barn.

Den som anser sig ha blivit utsatt för diskriminering eller trakasserier som är förbjudna enligt diskrimineringslagen (2008:567), DL, kan göra en anmälning till *Diskrimineringsombudsmannen (DO)* (se även bilaga 3). Därefter kan DO välja att driva ett ärende om diskriminering i domstol. Om rättsläget bedöms som klart kan DO söka få till stånd en förlikning mellan anmälaren och den anmälda parten.

En kvinna som levde i en lesbisk relation och som ville ha barn kontaktade sin vårdcentral för en medicinsk utredning. Vårdcentralen ville inte ta emot henne ”eftersom det är så komplicerat med lesbiska par” utan hänvisade henne till en specialiserad mottagning för lesbiska och bisexuella kvinnor. Detta trots att utredningen för homosexuella och för heterosexuella kvinnor är densamma. Kvinnan anmälde vårdcentralen till DO, som stämde landstinget för diskriminering som hade samband med sexuell läggning. Tingsrätten och hovrätten fann att landstinget hade gjort sig skyldig till direkt diskriminering. Tingsrätten anmärkte bland annat på ett påpekande från landstingets sida om att vårdcentralen inte hade kunskap om de sociala och rättsliga aspekterna vid donatorinsemination (Stockholms Tingsrätt, dom 2011-10-13, målnr: T 7473-10).

Det är enligt DO inte alltid enkelt för enskilda som anmäler diskriminering att förstå om de fått en annan behandling eller ett annat bemötande än andra patienter eftersom problemet kan handla om strukturella skillnader i vården [11].

Inom hälso- och sjukvården kan den som inte är nöjd med vården eller är missnöjd med bemötandet klaga direkt till vårdpersonalen eller verksamhetschefen hos vårdgivaren. I varje landsting och region finns även en *patientnämnd* som ska stödja och hjälpa enskilda patienter och bidra till kvalitetsutveckling och hög patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Patientnämnden ska enligt § 2 lagen om patientnämndsverksamhet m.m. (1998:1656) hjälpa patienter att få den information de behöver för att kunna tillvarata sina intressen, främja kontakter mellan patienter och vårdpersonal, hjälpa patienter att vända sig till rätt myndighet samt rapportera iakttagelser och avvikelser av betydelse för patienterna till vårdgivare och vårdenheter.

Det går också att vända sig direkt till *Inspektionen för vård och omsorg (IVO)* (se även bilaga 3) med klagomål om man själv eller en anhörig har råkat ut för vårdskada eller brister i patientsäkerheten, enligt 3 kap. § 8, 3p. patientsäkerhetslagen (2010:659).

¹³ Om det finns nya omständigheter så görs först en omprövning av åklagaren som fattade beslut i målet. Om det inte finns nya omständigheter, eller omprövningen leder till samma resultat, lämnas ärendet till något av Åklagarmyndighetens utvecklingscentrum. Se mer på www.aklagare.se.

Den som är missnöjd med kommunens *socialtjänst* kan till exempel framföra klagomål till personalen, arbetsledare, förvaltningsledningen eller den beslutande nämnden, samt överklaga beslut enligt § 22 förvaltningslagen (1986:223), FL. Allvarliga brister i en socialnämnd kan också anmälas till IVO.

I en kartläggning om äldre hbt-personer [12] uppgav nästan alla kommuner och stadsdelsförvaltningar (93 procent) att de erbjuder möjligheter för par att bo tillsammans i ett särskilt boende för äldre. Men endast en kommun och två stadsdelsförvaltningar (3 procent) uppgav att det under de senaste tre åren hade hänt att samkönade par hade bott tillsammans i ett särskilt boende. Ingen kommun eller stadsdel uppgav att de fått in klagomål som rörde äldre hbt-personers vård och omsorg under det senaste året.

Extraordinära tillsynsorgan

Om någon anser att han eller hon själv eller någon annan blivit felaktigt behandlad av en statlig, kommunal eller landstingskommunal myndighet eller en tjänsteman vid handläggningen av ett ärende kan han eller hon anmäla saken till *Justitieombudsmannen (JO)*. Det är JO som har tillsyn över att domstolar och förvaltningsmyndigheter iakttar regeringsformens bud om saklighet och opartiskhet och att medborgarnas grundläggande fri- och rättigheter inte kränks i den offentliga verksamheten, enligt 3 § lag (1986:765) med instruktion för Riksdagens ombudsmän. Myndigheten har rätt att i beslut uttala om en åtgärd av en myndighet eller befattningshavare strider mot lag eller annan författning eller annars är felaktig eller olämplig, och kan göra vägledande uttalanden som bidrar till att rättstillämpningen blir enhetlig och ändamålsenlig (6 § lag med instruktion för Riksdagens ombudsmän). Dessutom kan JO uttala kritik mot myndigheter och i särskilda fall väcka åtal mot enskilda tjänstemän men inte ändra på domar eller beslut.

Det går också att vända sig med klagomål till *Justitiekanslern (JK)*, som har till uppgift att granska att de som utövar offentlig verksamhet efterlever lagar och andra författningar och att de även i övrigt fullgör sina skyldigheter, enligt lag (1975:1339) om justitiekanslerns tillsyn. Myndigheten handlägger även skadeståndsanspråk som framställts med hänvisning till överträdelser av Europakonventionen.

Klagomål till internationella övervakningsorgan och domstolar

Det är även möjligt för personer som anser att deras mänskliga rättigheter har kränkts att klaga till olika europeiska eller internationella domstolar eller andra övervakningsorgan eller procedurer. Hänvändelse till internationella övervakningsorgan förutsätter oftast att nationella rättsmedel är uttömda, det vill säga att den enskilde först har klagat i samtliga möjliga instanser i det egna landet.

Europadomstolen för mänskliga rättigheter är den viktigaste internationella MR-instansen för personer i Sverige när det gäller att få upprättelse och gottgörelse för kränkningar av mänskliga rättigheter. Ett klagomål till Europadomstolen måste avse en kränkning som har drabbat klaganden personligen och det måste röra en rättighet som anges i konventionen eller i något av tilläggsprotokollen till konventionen. För att ett klagomål ska tas

upp krävs bland annat att klaganden redan vänt sig till alla rättsinstanser i sitt land. Domstolen kan inte ändra eller undanröja ett beslut som fattats av en nationell myndighet eller domstol. Om domstolen har funnit att en kränkning av konventionen har ägt rum, kan den döma ut skadestånd [13].

Europeiska kommittén för sociala rättigheter, som övervakar staters skyldigheter enligt Europarådets sociala stadga [14], har under senare år tagit upp flera klagomål som rör rättighetsfrågor i SRHR-frågor, bland annat om sex- och samlevnadsundervisning (INTERIGHTS v. Croatia, ansökan nr 45/2007, beslut av den 30 mars 2009). Kommittén accepterar endast kollektiva klagomål, inte individuella, det vill säga att klagomålen kan behandla en grupp av människor, inte bara enskilda individer. Klagomålen ska enbart gälla nationell lagstiftning förenlighet med stadgan, och därför behöver inte inhemska rättsmedel vara uttömda.

Sverige har accepterat möjligheten för enskilda att lämna in klagomål till flera av *FN:s övervakningskommittéer* (tortyrkommittén, kvinnokommittén, människorättskommittén, funktionsnedsättningskommittén och rasdiskrimineringskommittén)¹⁴. Klagomål till kvinnokommittén, rasdiskrimineringskommittén och funktionsnedsättningskommittén kan vara kollektiva. För att en kommitté ska ta upp ett klagomål för granskning krävs bland annat att inhemska rättsmedel är uttömda och att samma fråga inte är föremål för granskning av ett annat internationellt övervakningsorgan.

Det är även möjligt att lämna in klagomål till *FN:s särskilda procedurer*, exempelvis till den särskilda rapportören om rätten till hälsa. Detta kan till exempel handla om att den särskilda rapportören ska agera för att förhindra rättighetskränkningar genom att kontakta regeringen om det föreligger en risk för liv eller omedelbar mycket allvarlig skada. Det kan också handla om rättighetskränkningar som har ägt rum. Den särskilda rapportören kan utifrån informationen i klagomålet välja att kontakta den berörda regeringen för att den ska kunna bemöta vad som påstås eller bidra med klargöranden och kompletterande information. Rapportören kan påminna om statens folkrättsliga skyldigheter och begära att staten vidtar nödvändiga åtgärder för att gottgöra kränkningar av rätten till hälsa. Handläggningen av ett klagomål är inledningsvis konfidentiell¹⁵.

Referenser

1. General Comment No. 3: HIV/AIDS and the rights of the child. United Nations, Genève, CRC; 2003.
2. General Comment No. 4: Adolescent health and development in the context of the Convention on the Rights of the Child. United Nations, Genève, CRC; 2003.
3. An International Human Right: Sexuality Education for Adolescents in Schools Center for Reproductive Rights; 2008.

¹⁴ Mer om klagomål till FN:s övervakningskommittéer står att läsa på www.ohchr.org.

¹⁵ Mer information om individuella klagomål till särskilda procedurer står att läsa på www.ohchr.org.

4. European Union Agency for Fundamental Rights . About the FRA. Hämtad 2014-09-08 från <http://fra.europa.eu/en/about-fra>.
5. Nordvik MK, Liljeros F. Number of sexual encounters involving intercourse and the transmission of sexually transmitted infections. *Sex Transm Dis.* 2006; 33(6):342-9.
6. Inequalities and multiple discrimination in access to and quality of healthcare. European Union Agency for Fundamental Rights; 2013.
7. Council of Europe. Commissioner for Human Rights. Hämtad 2014-09-08 från <http://www.coe.int/web/commissioner/home>.
8. Human Rights and Gender Identity. Council of Europe. Commissioner for Human Rights; 2009. *CommDH/IssuePaper(2009)2*.
9. Hon hen han: En analys av hälsosituationen för homosexuella och bisexuella ungdomar samt för unga transpersoner Ungdomsstyrelsen; 2012.
10. 101 dagar med utökad rätt till vård för papperslösa – i teorin. *Läkare i världen*; 2013.
11. Rätten till sjukvård på lika villkor – en rapport. *Diskrimineringsombudsmannen*; 2012.
12. Äldre hbt-personer och kommunernas vård och omsorg om äldre. *Socialstyrelsen*; 2013.
13. En handbok i europeisk diskrimineringsrätt. Europarådet. Europeiska unionens byrå för grundläggande rättigheter; 2010.
14. Europarådet. European Committee of Social Rights (ECSR). Hämtad 2014-09-08 från http://www.coe.int/t/dghl/monitoring/socialcharter/ECSR/ECSRdefault_en.asp.

Bilaga 3. Aktörer i SRHR-arbetet

Aktörer som berörs av arbetet med SRHR är myndigheter, landsting, kommuner och idéburen sektor. Viktiga arenor i arbetet är skolan, fritidssektorn, hälso- och sjukvården, forskning och utveckling, idéburen sektor, socialt arbete samt rättväsendet. Nedan följer en beskrivning av aktörerna och deras ansvarsområden.

Statliga myndigheter

Statens roll är att sätta ramarna för landstingens och kommunernas verksamhet genom lagstiftning och genom att utöva tillsyn och följa upp verksamheten. I det arbetet ansvarar myndigheterna för olika områden som berör SRHR-arbetet¹.

Brottsförebyggande rådet (BRÅ) är en myndighet som verkar för att brottsligheten minskar och tryggheten ökar i samhället, exempelvis genom att ta fram fakta och sprida kunskap om brottslighet, brottsförebyggande arbete och rättväsendets reaktioner på brott. BRÅ ansvarar för att övervaka och följa statistik om sexualbrott och våld i nära relationer samt analysrapporter på detta område [1].

Diskrimineringsombudsmannen (DO) arbetar för att främja lika rättigheter och möjligheter och motverka diskriminering. DO verkar för ett aktivt förändringsarbete som leder till lika rättigheter och möjligheter oavsett kön, könsidentitet eller könsuttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning och ålder. Dessutom ska DO följa utvecklingen inom diskrimineringsområdet och ta fram olika typer av underlag och undersökningar som ger en indikation om förekomst, uttryck och effekter av diskriminering i samhället [2].

Folkhälsomyndigheten är en nationell kunskapsmyndighet med ett övergripande ansvar för folkhälsofrågor. Myndigheten är en sammanslagning av Smittskyddsinstitutet, Statens folkhälsoinstitut och delar av Socialstyrelsen och arbetar med att följa upp de nationella folkhälsomålen. Det övergripande folkhälsopolitiska målet är att verka för en god hälsa på lika villkor i hela befolkningen. Inom SRHR knyter två målområden an till detta arbete: målområde 7, ett gott skydd mot smittspridning och målområde 8, sexualitet och reproduktiv hälsa. Myndigheten följer befolkningens hälsa via Folkhälsopolitisk rapport (tidigare utgiven av Folkhälsoinstitutet) och Folkhälsorapport (tidigare utgiven av Socialstyrelsen). I regleringsbrevet 2014 har myndigheten fått uppdraget att göra en översyn och en analys av den rapportering som utförts av tidigare myndigheter. Folkhälsomyndigheten arbetar utifrån en nationell strategi mot hiv/aids och vissa andra blodburna sjukdomar (prop. 2005:06/60). Myndigheten stödjer också det förebyggande arbetet nationellt, regionalt och lokalt genom att ta fram vägledningar och kunskapsunderlag.

¹ Ansvarsfördelningen kan komma att ändras utifrån DS 2014:9 En samlad kunskapsstyrning för hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) ansvarar för tillsyn över bland annat socialtjänsten, hälso- och sjukvården samt hälso- och sjukvårdspersonal i deras yrkesutövning, exempelvis i elevhälsan. Syftet med tillsynen är att granska att befolkningen får vård och omsorg som är säker, har god kvalitet och bedrivs i enlighet med lagar och andra föreskrifter. Tillsynen kan ha sin grund i klagomål och egenrapportering, men IVO kan också få särskilda uppdrag från regeringen och inleda tillsynsärenden på eget initiativ².

Kriminalvården ansvarar för häkten, fängelser och frivård. Myndighetens övergripande uppgift är att tillsammans med polis, åklagare och domstolar minska brottsligheten och öka människors trygghet. De formella krav som Kriminalvården måste leva upp till är att intagna och häktade ska genomgå hälso- och läkarundersökningar. Många intagna i Kriminalvården är svåra att nå för den vanliga hälso- och sjukvården. På så sätt blir Kriminalvården en möjlighet att möta denna grupp för exempelvis smittoförebyggande åtgärder såsom vaccinering, provtagningar m.m., men även andra åtgärder som ligger i den allmänna hälso- och sjukvårdens intresse³.

Migrationsverkets uppdrag är bland annat att pröva ansökningar från personer som vill bosätta sig i Sverige, komma på besök, söka skydd undan förföljelse eller få svenskt medborgarskap. Migrationsverket ansvarar för det första mottagandet av asylsökande vuxna och ensamkommande barn och ungdomar [3]. Migrationsverket möter asylsökande som bär med sig trauman av olika slag, exempelvis erfarenhet av könsstympning eller att ha blivit förföljda på grund av sexuell läggning.

Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor ansvarar för att följa upp och analysera ungas livssituation inom de ungdomspolitiska huvudområdena, vilka bestäms av regering och riksdag. Myndigheten arbetar bland annat med att ta reda på hur unga mår, exempelvis genom att undersöka vilka värderingar unga har kring jämställdhet, maskulinitet och våld [4].

Statens Institutionsstyrelse (SiS) ansvarar för vård, behandling, omsorg samt undervisning för unga inom lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU, och lagen (1998:603) om verkställighet av sluten ungdomsvård, LSU. De ungdomar som placeras genom SiS har svåra problem, exempelvis utagerande beteende, våld, missbruk och kriminellt beteende. Många ungdomar kommer från familjer med problem, och majoriteten har haft problem i skolan [5]. Forskning visar att det finns ett samband mellan flera olika riskfaktorer eller riskbeteenden varav sexuellt risktagande är ett [6]. Myndigheten ansvarar även för vård och behandling av vuxna enligt lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM [7].

Skolinspektionen har tillsynsansvar för skola, vuxenutbildning, fritidshem, förskola och annan pedagogisk verksamhet. Det är huvudmannen för skolan, det vill säga kommunen eller den som driver en fristående skola, som har ansvar för skolans resultat och kvalitet. Skolinspektionens roll är att kontrollera och granska. I samband med tillsyn och kvalitetsgranskning ger Skolinspektionen råd och vägledning om vad skolan behöver rätta till utifrån de krav som finns i lagstiftningen. Skolinspektionen ansvarar för bland annat tillsynen av sex- och samlevnadsundervisningen samt elevhälsan [8].

² Personlig kontakt med Ann-Britt Thörn, IVO, maj 2014.

³ Personlig kontakt med Maria Hägerstrand, Kriminalvården, april 2014.

Skolverket har genom särskilda regeringsuppdrag ansvar för att genomföra insatser för jämställdhet inom skolväsendet, till exempel erbjuda kompetensutveckling och stödmaterial för att skapa förutsättningar för skolor att utforma en likvärdig och kvalitetssäkrad sex- och samlevnadsundervisning. Uppdraget avslutas under år 2014. Skolverket har även ett uppdrag att genomföra insatser för en förstärkt elevhälsa under perioden 2012–2015.

Socialstyrelsen verkar inom områdena hälso- och sjukvård och annan medicinsk verksamhet, tandvård, hälsoskydd, smittskydd, socialtjänst, stöd och service till vissa funktionshindrade samt frågor om alkohol och missbruksmedel. Socialstyrelsen ansvarar enligt smittskyddslagen (2004:168) för samordning av smittskyddet på nationell nivå, till exempel av missbruk (smittspridning via blodsmitta eller sexuell smitta) och sexuellt överförbara infektioner som klamydia, gonorré, hiv, syfilis och hepatit A, B och C, vilka ingår i smittskyddslagen⁴. Socialstyrelsen har flera pågående uppdrag inom området våld och sexhandel. Vidare ansvarar Socialstyrelsen för delar av regeringens hbt-strategi [9]. I strategin har fem strategimyndigheter⁵ utsetts som har ansvar för fokusområdena våld och diskriminering, unga hbt-personer, hälsa, vård och sociala tjänster, privat- och familjeliv samt kultur. Socialstyrelsens ansvar omfattar även insamling av nationell statistik över aborter.

Kommuner, landsting och regioner

Kommuner, landsting och regioner är viktiga aktörer med ansvar i arbetet med SRHR-frågorna. Landstingen ansvarar för hälso- och sjukvård; här inryms förlossningsvård, mödra- och barnhälsovård samt prevention av STI/hiv, rådgivning, vård och behandling. Landstingen ansvarar ibland för ungdomsmottagningarna och ibland ligger ansvaret på kommunerna; i vissa fall är ansvaret delat. Verksamheten vid ungdomsmottagningarna är ett frivilligt åtagande för huvudmannen. Kommunerna ansvarar för barnomsorg och skola samt socialtjänst; den senare inrymmer individ- och familjeomsorg, omsorg om äldre samt personer med funktionsnedsättning. Denna verksamhet är lagreglerad. Kommuner och landsting arbetar även med kultur- och fritidsverksamhet, stöd till lokalt och regionalt föreningsliv och integration av nyanlända invandrare.

Jämlik vård på lika villkor: Landstingen ansvarar för att organisera vården så att alla som är bosatta där, enligt 3 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, eller tillfälligt vistas där enligt 3 c, HSL, har tillgång till en god vård (ändring i 3 § träder i kraft den 1 januari 2015). Kommunerna ansvarar enligt 18–18 d § HSL (ändring träder i kraft den 1 januari 2015) för hälso- och sjukvård av äldre inom kommunens omsorger, liksom även för bland annat stöd och service till dem som är färdigbehandlade och service till dem som är färdigbehandlade och utskrivna från sjukhusvård. Landstinget får överlåta skyldigheten att erbjuda sådan vård som sägs i andra stycket § 18 (hemsjukvård) om landstinget och kommunen kommer överens om det.

⁴ Ansvaret ska enligt DS 2014:9 övergå till Folkhälsomyndigheten. s. 8.

⁵ Diskrimineringsombudsmannen, Folkhälsomyndigheten, Kulturrådet, Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor samt Socialstyrelsen.

I de fall kommunen är huvudman för skolan ansvarar den också för elevhälsan enligt 2 kap. 25 § skollagen (2010:800) samt för boende, sysselsättning och stöd till personer med fysisk och psykisk funktionsnedsättning, enligt 5 kap 7 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL. Även när en privat vårdgivare enligt avtal med kommun eller landsting utför vården, är det landstinget eller kommunen som huvudman som är skyldig att se till att verksamheten bedrivs i enlighet med uppställda mål och riktlinjer samt de föreskrifter som gäller för verksamheten och att kommunmedlemmarna får en god vård.

Stöd vid kränkning av sexuell integritet: Landstingen har också ansvar för att bidra till skyddet av sexuell integritet och självbestämmande, till exempel genom sättet man bemöter offer för sexuella övergrepp [10]. Den som till exempel utsatts för brottsliga kränkningar av sin sexuella integritet eller sitt sexuella självbestämmande, eller för hatbrott på grund av sin sexuella läggning, ska också kunna räkna med stöd från kommunen. Enligt 5 kap. 11 § första stycket SoL är en av socialnämndens uppgifter att verka för att den som utsatts för brott eller dennes närstående får stöd och hjälp.

Systematiskt kvalitetsarbete: Enligt 4 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete krävs bland annat att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387), LSS, ska identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Ledningssystemet är därför ett viktigt verktyg i SRHR-arbetet.

SRHR-frågorna är aktuella både inom hälso- och sjukvård och socialtjänst och därför behöver olika verksamheter *samverka med varandra*. I föreskriftens (SOSFS 2011:9) 4 kap. 5 § framgår att genom processerna och rutinerna även ska säkerställas att samverkan möjliggörs med andra verksamheter inom socialtjänsten eller enligt LSS och med vårdgivare, myndigheter, föreningar och andra organisationer. Av föreskriftens 4 kap. 6 § framgår att genom processerna och rutinerna även ska säkerställas att samverkan möjliggörs med andra vårdgivare och med verksamheter inom socialtjänsten eller enligt LSS och med myndigheter.

Privata aktörer

Det finns privata aktörer både som huvudmän och som vårdgivare, exempelvis inom hälso- och sjukvården och mödra- och barnhälsovården, barnomsorgen, skolor inklusive elevhälsan, omsorg för personer med funktionsnedsättning och äldreomsorg. De har på samma sätt som landsting och kommuner ansvar för att följa gällande regelverk.

Idéburen sektor

Ett stort antal aktörer inom idéburen sektor arbetar och verkar inom SRHR-området. Det finns ett flertal organisationer och föreningar: yrkesföreningar, organisationer för olika intressegrupper, kvinno- och brottsofferjourer, mansorganisationer, idrottsföreningar och organisationer för personer med funktionsnedsättning. Idéburen sektor har en viktig roll inom SRHR-området och samverkar ofta med myndigheter och andra aktörer. Flera organisationer och

föreningar arbetar med påverkansarbete, opinionsbildning och kunskapsutveckling samt även med att erbjuda rådgivning och stöd.

Referenser

1. Brottsförebyggande rådet. Verksamhet 2014. Hämtad 2014-08-25 från <http://www.bra.se/bra/om-bra/verksamhet-2014.html>.
2. Diskrimineringsombudsmannen. Om diskrimineringsombudsmannen. Hämtad 2014-08-25 från <http://www.do.se/sv/Om-DO/>.
3. Migrationsverket. Migrationsverkets uppdrag. Hämtad 2014-08-25 från <http://www.migrationsverket.se/Om-Migrationsverket/Vart-uppdrag.html>.
4. Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor. Om oss. Hämtad 2014-09-03 från <http://www.mucf.se/myndigheten-ungdoms-och-civilsamhalletsfragor>.
5. Statens institutionsstyrelse. Vård av unga - LVU. Hämtad 2014-09-03 från <http://www.stat-inst.se/om-sis/vard-av-unga-lvu/>.
6. Lindroth M. Marginaliserad sexualitet?-tvångsomhändertagna ungdomars attityder, erfarenheter och handlingar. Socionomens forskningssupplement nr 31. 2012; (1):44-52.
7. Statens institutionsstyrelse. Om SiS. Hämtad 2014-08-25 från <http://www.stat-inst.se/om-sis/>.
8. Skolinspektionen. Verksamhet. Hämtad 2014-08-25 från <http://www.skolinspektionen.se/sv/Om-oss/Var-verksamhet/>.
9. En strategi för lika rättigheter och möjligheter oavsett sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck. Arbetsmarknadsdepartementet; 2014.
10. Handbok för hälso- och sjukvårdens omhändertagande av offer för sexuella övergrepp. Uppsala: Uppsala universitet, Nationellt centrum för kvinnofrid, NCK; 2008. NCK-rapport 2008:1.

Bilaga 4. Sexuella och reproduktiva rättigheter i konventioner och andra internationellt förhandlade texter

Allas lika värde

Ett av de mest grundläggande värdena i vårt samhälle är principen om allas lika värde. Detta är också den centrala principen i mänskliga rättigheter och anges i artikel 1 och 2 i den allmänna förklaringen om de mänskliga rättigheterna som antogs av FN år 1948. Där anges att alla människor är födda fria och lika i värdighet och rättigheter samt att var och en är berättigad till alla rättigheter och friheter utan åtskillnad av något slag.

Rätten till lika värde och rättigheter finns i artikel 2 i *konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter* (ICESCR, även benämnd ESK-konventionen), i artikel 26 i *konventionen om medborgerliga och politiska rättigheter* (ICCPR) och i artikel 1 i *konventionen om avskaffande av alla former av rasdiskriminering* (CERD). *Konventionen om avskaffande av all slags diskriminering av kvinnor* (CEDAW) tar upp rätten speciellt i artikel 2 men även i artiklarna 7 till och med 13 samt artikel 6 som anger speciella tillämpningsområden. I *konventionen om skydd av personer med funktionsnedsättning* (CRPD) tas rätten upp i artikel 4 och 5 samt i artikel 6 och 7 som tar upp kvinnor och barn.

Artikel 2 i *konventionen om barnets rättigheter* (CRC, även benämnd barnkonventionen) anger att barnet ska skyddas mot alla former av diskriminering eller bestraffning på grund av föräldrars, vårdnadshavares eller familjemedlemmars ställning, verksamhet, uttryckta åsikter eller tro.

Frihet från diskriminering

Rätten till icke-diskriminering och till jämställdhet utgör kärnan i nästan alla internationella fördrag om mänskliga rättigheter och garanterar ett skydd att utöva alla andra rättigheter. Folkrätten förbjuder uttryckligen diskriminering på grund av bland annat kön, ras, etnicitet, språk, religion, handikapp och ekonomisk status. Några av FN:s olika övervakningsorgan har erkänt ytterligare diskrimineringsgrunder, såsom ålder, sexuell läggning och könsidentitet, civilstånd, hälsostatus (inklusive hiv-status) samt graviditet [1].

I artikel 2.2 och 3 i konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter förbjuds all diskriminering i tillgång till hälsovård och underliggande bestämningsfaktorer som påverkar hälsan, i syfte att hindra eller inskränka ett jämställt åtnjutande eller utövande av rätten till hälsa. Diskrimineringsgrunderna som artiklarna tar upp är ras, hudfärg, kön, språk, religion, politisk eller annan uppfattning, nationellt eller socialt ursprung, egendom,

börd, fysiska eller psykiska handikapp, hälsotillstånd (inklusive hiv och aids), sexuell läggning samt civil, politisk, social eller annan ställning [2].

Diskriminering är enligt diskrimineringslagen 2 kap. 13 § förbjuden i fråga om hälso- och sjukvård och annan medicinsk verksamhet. Förbuden gäller dock inte diskriminering som har samband med ålder. Förbuden som gäller hälso- och sjukvård och annan medicinsk verksamhet, eller verksamhet inom socialtjänsten, hindrar inte att kvinnor och män behandlas olika om det har ett berättigat syfte och de medel som används är lämpliga och nödvändiga för att uppnå syftet.

Kvinnor

Konventionen om avskaffande av alla slags diskriminering av kvinnor [3] ger ett ramverk för att säkerställa lika rätt för kvinnor och män. Konventionen lyfter fram staternas skyldighet att i lagstiftning och praxis avskaffa alla former av diskriminering av kvinnor på grund av kön.

De områden som enligt kvinnokonventionen är särskilt betydelsefulla att bekämpa är kulturyttringar som baserar sig på fördomar om manligt respektive kvinnligt, diskriminering vid förvärv av medborgarskap, i utbildning, arbete, inom hälso- och sjukvård, ekonomi och fritid samt inom äktenskapet. Kvinnokonventionen understryker vikten av att juridisk rättvisa upprätthålls genom likhet inför lagen. Där framhålls också behovet av ett förstärkt skydd för kvinnor på landsbygden. Artikel 12 anger skyddet mot diskriminering av kvinnor inom området hälsovård.

I allmänna rekommendationer förtydligar FN:s kvinnodiskrimineringskommitté att staterna är skyldiga att se till att undanröja alla hinder för kvinnors tillgång till hälsovård, utbildning och information, bland annat inom området sexuell och reproduktiv hälsa. Det är särskilt viktigt att de avsätter resurser för program riktade till ungdomar som förebygger och behandlar sexuellt överförbara sjukdomar, inklusive hiv [4].

För unga kvinnor och flickor har FN:s barnrättskommitté påpekat att all politik och alla åtgärder och program som påverkar barns hälsa bör vara förankrade i ett brett synsätt på jämställdhet mellan könen. Det här ska tillförsäkra unga kvinnor ett erkännande av lika rättigheter vad gäller sexuell och reproduktiv hälsa [5].

Hbt

Det finns inte någon särskild konvention som skyddar mänskliga rättigheter utifrån sexuell läggning och könsidentitet. Diskriminering av människor på grund av sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck står dock i strid med den grundläggande principen om alla människors lika värde och rättigheter. Det är därför förbjudet, uttryckligen eller underförstått, enligt svensk och internationell rätt.

Förbudet mot diskriminering av människor på grund av sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck framgår tydligt av Yogyakartaprinciperna, som utarbetades år 2006 av en grupp framstående experter på mänskliga rättigheter. Dokumentet innehåller principer om tillämpning av internationell lagstiftning om mänskliga rättigheter i förhållande till sexuell läggning och könsidentitet. Principerna bekräftar bindande internationella rättsliga normer som alla stater måste följa och som klargör att människor, oavsett sexuell

läggning och könsidentitet, har rätt att fullt åtnjuta alla mänskliga rättigheter [6].

Även konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter har tagit upp rätten till skydd mot diskriminering på grund av sexuell läggning och könsidentitet [7]:

Konventionsstaterna skall säkerställa att en persons sexuella läggning inte är ett hinder för att förverkliga rättigheterna i konventionen,[...] Dessutom är könsidentitet erkänd som en av de förbjudna diskrimineringsgrunder, till exempel personer som är transsexuella möter ofta allvarliga kränkningar av mänskliga rättigheter t.ex. trakasserier i skolan eller på arbetsplatsen (art.2, para.2, International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights).

Lagstiftning

I regeringsformen 2 kap. 12 § anges att lag eller annan föreskrift inte får innebära att någon missgynnas på grund av sin tillhörighet till en minoritet med hänsyn till etniskt ursprung, hudfärg eller annat liknande förhållande eller med hänsyn till sexuell läggning.

I 2 kap. 13 § framgår att lag eller annan föreskrift inte får innebära att någon missgynnas på grund av sitt kön om inte föreskriften utgör ett led i strävanden att åstadkomma jämställdhet mellan män och kvinnor eller avser värnplikt eller motsvarande tjänsteplikt.

Grundläggande i svensk lag till skydd för allas lika värde är diskrimineringslagen (2008:567), DL. Denna lag har till ändamål att motverka diskriminering och på andra sätt främja lika rättigheter och möjligheter oavsett kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder. Från den 1 januari 2015 ersätts begreppet ”funktionshinder” med begreppet ”funktionsnedsättning enligt ändring i DL.

Förbudet mot diskriminering gäller inom nästan alla samhällsområden och för samtliga diskrimineringsgrunder. Undantaget är ålder, där förbudet begränsas till att endast omfatta utbildningsverksamhet och arbetslivet i vid mening.

I 1 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL, anges bland annat att samhällets socialtjänst på demokratins och solidaritetens grund ska främja människornas jämlikhet i levnadsvillkor.

Vistelsebegreppet är centralt i SoL. Av 2 kap. 1 § SoL framgår det att varje kommun har det yttersta ansvaret för att enskilda får det stöd och den hjälp som de behöver. Det är enligt 2 a kap. 1 § SoL den kommun där den enskilde vistas som har ansvaret, förutsatt att inte någon annan kommun är ansvarig enligt 2 a kap. 2–4 §§ SoL. Socialnämndens ansvar enligt SoL påverkas alltså exempelvis inte av om personen har uppehållstillstånd eller inte.

I 2 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, anges att målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska dessutom ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet.

I 3 § HSL anges att landstingen ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget. Personer i övrigt som inte är bosatta

inom landstinget ska enligt 4 § HSL erbjudas omedelbar hälso- och sjukvård.

Asylsökande och utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd ska erbjudas vård som inte kan anstå, inklusive tandvård, mödrahälsovård, vård vid abort och preventivmedelsrådgivning. Detta anges i lag (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. och lag (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd. Barn som lever som asylsökande eller utan nödvändiga tillstånd i landet ska erbjudas samma vård som barn bosatta i landet.

Rätten till självbestämmande

Barnrättskommittén framhåller i en allmän kommentar att barns rätt till hälsa innehåller en uppsättning friheter och rättigheter som också innefattar rätten att kontrollera sin hälsa och sin kropp, inklusive sexuell och reproduktiv frihet att göra ansvarsfulla val [5].

Barn ska också ha tillgång till sekretessbelagd rådgivning och rådgivning utan föräldrarnas eller förmyndares samtycke, om det är till barnets bästa. Det gäller bland annat hiv-testning, sexuell och reproduktiv hälsovård inklusive utbildning och vägledning om sexuell hälsa, preventivmedel och säkra aborter [5].

Frihet från våld och hot eller tvång

En deklaration om avskaffande av våld mot kvinnor antogs av FN:s generalförsamling år 1993 med anledning av att kvinnokonventionen inte ger något uttryckligt stöd för att bekämpa könsbaserat våld mot kvinnor. Den är dock inte juridiskt bindande. Däremot kan det allmänna förbudet mot könsdiskriminering i artiklarna 1 och 2 sägas omfatta våld mot kvinnor.

För Sverige är dock Europarådets konvention från år 2011 om förebyggande och bekämpning av våld mot kvinnor och våld i hemmet bindande. I konventionen, artikel 3a, definieras våld mot kvinnor som [8]:

Ett brott mot de mänskliga rättigheterna och en form av diskriminering av kvinnor och avser varje fall av könsrelaterat våld som leder till, eller troligen kommer att leda till, fysisk, sexuell, psykisk eller ekonomisk skada eller fysiskt, sexuellt, psykiskt eller ekonomiskt lidande för kvinnor, inbegripet hot om sådana handlingar, tvång eller godtyckligt frihetsberövande, oavsett om det sker i ett offentligt eller privat sammanhang (s.5).

Tvångssterilisering eller påtvingad abort påverkar kvinnors fysiska och psykiska hälsa negativt och kränker dessutom kvinnors rätt att bestämma om antalet barn och tidsrymden mellan dem [9].

Rätten till information, delaktighet och att få göra sin mening hörd

Rätten till information, samråd och delaktighet har sin grund i värdighet och frihet samt jämlikhet och icke-diskriminering. Rätten till information uttrycks tydligt i till exempel konventionen om barnets rättigheter, artikel 12, och i artikel 21 i konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsätt-

ning. Rätten till delaktighet uttrycks i konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning på många ställen, och tydligast i artiklarna 29 och 30.

Kvinnorättskommittén framhåller att konventionsstaterna (Konventionen om avskaffande av all slags diskriminering av kvinnor) ska säkerställa rätten till information och utbildning om sexuell hälsa och tillgång till sexuell och reproduktiv hälsovård. Detta gäller för alla kvinnor och flickor, inklusive dem som har utsatts för människohandel, även om de inte är lagligen bosatta i landet [4].

Det är även viktigt att utbildning av personal inom hälso- och sjukvården är heltäckande och innehåller obligatoriska kurser om kvinnors hälsa och mänskliga rättigheter, särskilt om könsrelaterat våld [4].

FN-kommittén för barnets rättigheter (Barnrättskommittén) tolkar artiklarna 3, 17 och 24 i barnkonventionen som en skyldighet för konventionsstaterna att ge ungdomar tillgång till sexuell och reproduktiv information. Sådan information är bland annat familjeplanering och preventivmedel, farorna med tidig graviditet, förebyggande av hiv/aids och att förebygga och behandla av sexuellt överförbara sjukdomar. Dessutom bör konventionsstaterna se till att ungdomarna har tillgång till relevant information, oavsett civilstånd och om deras föräldrar eller vårdnadshavare samtycker [10]. I en annan kommentar uttrycker barnrättskommittén att konventionsstaterna är skyldiga att se till att alla ungdomar, både i och utanför skolan, har tillgång till tillräcklig information som är nödvändig för deras hälsa och utveckling så att de gör lämpliga val om sitt hälsobeteende. Informationen ska bland annat berätta om farorna med tidig graviditet samt förebyggande av hiv/aids och sexuellt överförbara sjukdomar [11].

Utbildning i sexuell och reproduktiv hälsa bör omfatta självkännedom och kunskap om kroppen, inklusive anatomiska, fysiologiska och känslomässiga aspekter. Den bör vara tillgänglig för alla barn, både flickor och pojkar. Utbildningen bör ha innehåll som är relaterat till sexuell hälsa och välbefinnande, inklusive information om kroppens förändringar och mognad. Den ska utformas på ett sätt som ger barnen möjlighet att få kunskap om reproduktiv hälsa, förebygga könsrelaterat våld och anta ett ansvarsfullt sexuellt beteende [5].

Rätt till information, samråd och delaktighet regleras till exempel i SoL, HSL och i förvaltningslagen (1986:223), FL. Information, samråd och delaktighet hänger samman och är i vissa fall varandras förutsättningar. Det är till exempel en förutsättning för såväl samråd som ett aktivt deltagande att människor har tillgång till information.

Information, som det avgränsas här, syftar främst på rätten att söka och få information i tillgänglig form, både i fysisk mening och i en mer abstrakt betydelse, som har att göra med lyhörddhet för människors identitet. Att göra information tillgänglig kan kräva olika slags anpassning till funktionsnedsättningar, språk- och förkunskaper, ålder och mognad samt andra specifika behov.

Rätten att bestämma vem man vill gifta sig med

Enligt den allmänna förklaringen om mänskliga rättigheter (artikel 16) och Europakonventionen (artikel 12) är det en mänsklig rättighet att få gifta sig

med vem man vill. I artikel 16:1 i FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna står det:

Fullvuxna män och kvinnor har rätt att utan några inskränkningar på grund av sin ras, nationalitet, eller religion, ingå äktenskap och bilda familj. De äger lika rättigheter vid giftermål, under äktenskapet och vid äktenskapets upplösning.

Enligt FN:s konvention om avskaffandet av all slags diskriminering mot kvinnor (artikel 16:1) ska konventionsstaterna vidta alla lämpliga åtgärder för att avskaffa diskriminering av kvinnor och i alla frågor som gäller äktenskap och familjeförhållanden. Staterna ska bland annat, med jämställdheten mellan män och kvinnor som grund, säkerställa lika rätt att fritt välja make och ingå äktenskap endast med sitt eget fria och fulla medgivande (artikel 16:1 b).

Barnrättskommittén framhåller att barnäktenskap och tidiga graviditeter utgör viktiga faktorer för problem med sexuell och reproduktiv hälsa [10].

Av äktenskapsbalken, ÄB, framgår det tydligt att äktenskap ska bygga på fri vilja. Ett uttryck för detta är att det finns formella krav på att de som ingår äktenskap måste vara närvarande samtidigt och att de var för sig förklarar att de samtycker till äktenskapet för att vigseln ska vara giltig (4 kap. 2 §). Den som är vigselförrättare är skyldig att försäkra sig om att äktenskapet ingås frivilligt. Äktenskap kan upplösas genom äktenskapsskillnad, skilsmässa.

Rätten till abort

Kvinnors rätt att, på grundval av jämställdhet mellan könen, bestämma när de vill ha barn försäkras genom FN:s konvention om avskaffandet av all slags diskriminering mot kvinnor (CEDAW). Kvinnors möjlighet att åtnjuta denna rätt förutsätter tillgång till preventivmedel för att undvika oönskad graviditet och förebygga abort. Rätten till abort finns inte uttalat i FN-konventioner om de mänskliga rättigheterna.

Kommittén för mänskliga rättigheter och CEDAW-kommittén har pekat på kopplingen mellan osäker och olaglig abort och rätten till liv. Rätten till hälsa är sålunda också hotad vid begränsningar i tillgången till abort och/eller när abort utförs på ett medicinskt osäkert sätt, vilket kommittén om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter har framfört vid flera tillfällen. Handlingsplanen från FN:s internationella konferens i Kairo om befolkningsfrågor och utveckling 1994, (ICPD), innehåller ingen referens till rätt till abort. Däremot fastställer handlingsplanen att när abort är laglig ska den vara säker och kvinnor ska alltid ha tillgång till de tjänster som behövs för att behandla komplikationer som kan uppstå efter abort [12].

Tonårsflickor bör ha tillgång till information om den skada som barnäktenskap och tidig graviditet kan orsaka. De som blir gravida ska ha tillgång till hälso- och sjukvård som tar hänsyn till deras rättigheter och särskilda behov [10].

Konventionsstaterna (Barnkonventionen) bör se till att hälsosystem och tillhandahållna tjänster kan uppfylla ungdomars specifika sexuella och reproduktiva hälsobehov, inklusive familjeplanering och säkra aborter. De bör verka för att flickor kan fatta självständiga och välgrundade beslut om sin

reproduktiva hälsa [5]. Andra insatser som bör vara lättillgängliga för sexuellt aktiva ungdomar är rådgivning under sekretesskydd och rådgivning utan föräldrarnas eller vårdnadshavarens samtycke, om det är för barnets bästa, liksom säkra aborter och eftervård [5].

Den svenska abortlagen (1974:595) ger kvinnor rätt till abort, det vill säga att avbryta havandeskapet. Denna rätt innefattar även rätten att inte behöva uppge skälen för en abort till och med vecka 18. Därefter är det Socialstyrelsens rättsliga råd som fattar beslut om abort efter ansökan av kvinnan. Lagen tillåter också utländska kvinnor, som inte bor i Sverige, att göra abort.

Barnets bästa

Barnkonventionen handlar i korthet om barnets rätt att få sina grundläggande rättigheter och behov tillgodosedda, bland annat rätten till hälso- och sjukvård och utbildning. En av grundprinciperna är artikel 3, som handlar om att barnets bästa ska komma i främsta rummet vid alla åtgärder som rör barn. Konventionen kräver inte att barnets bästa alltid skall vara utslagsgivande, men barnets bästa skall ligga med och väga tungt i vågskålen när beslut som rör barn skall fattas. (prop. 1997/98:182 *Strategi för att förverkliga FN:s konvention m barnets rättigheter*, s. 13). Principen om barnets bästa finns intagen i svensk lagstiftning, exempelvis SoL, LVU och skollagen.

Ungdomars rätt till sexualitet

Information och undervisning i skolan och på ungdomsmottagningar

Förverkligandet av rätten till hälsa för ungdomar är beroende av utvecklingen av ungdomsvänlig vård, som respekterar sekretess och integritet, och som innehåller lämplig sexuell och reproduktiv hälsovård [2].

I Sverige har skolan att bedrivit sex- och samlevnadsundervisning i över 50 år. Undervisningens form och innehåll har varierat över tid. I läroplanerna anges rektors ansvar att det bedrivs sex- och samlevnadsundervisning.

Ungdomsmottagningar är ett frivilligt åtagande för kommuner och lands-ting. Tillgången till mottagningar i landet är därför varierande, liksom organisation, uppdrag, bemanning och innehåll. Det finns ingen övergripande organisations- eller ledningsstruktur på nationell nivå för ungdomsmottagningarna och det saknas också nationella rekommendationer och kvalitetsindikatorer.

Preventivmedel

Konventionsstaterna (FN:s konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter) är skyldiga att respektera rätten till hälsa genom att avstå från att begränsa tillgången till preventivmedel och andra medel för att upprätthålla sexuell och reproduktiv hälsa, från att censurera, undanhålla eller avsiktligt förvränga hälsorelaterad information, inklusive sexualupplysning [2].

FN:s övervakningsorgan har upprepade gånger pekat på sambandet mellan icke tillgodosedda behov av preventivmedel och ökat antal tonårsgraviditeter, aborter, och mödradödlighet. Enligt principerna för mänskliga rättigheter omfattar en kvinnas rätt att besluta om antalet barn och tidsrymden mellan

hennes barn, rätten att få den information och de resurser som krävs för att kunna göra det, inklusive tillgång till sexualupplysning och familjeplaneringstjänster [1].

Frågan hur förskrivning av preventivmedel till sexuellt aktiva barn under 15 år förhåller sig till sexualbrottslagstiftningen aktualiserades bland annat i media under 2009 och 2013. Ändringarna i brottsbalken om sexualbrott kom till för att ge unga människor ett stärkt skydd.

Av 6 kap. 14 § brottsbalken framgår att den som har samlag med ett barn under femton år inte ska dömas till ansvar om det är uppenbart att gärningen inte inneburit något övergrepp mot barnet med hänsyn till ringa skillnad i ålder och utveckling samt övriga omständigheter, även om en av personerna är under 15 år. Enligt propositionen *Vuxnas kontakter med barn i sexuella syften*. prop. 2008/09:149, s. 35 ska bestämmelsen tillämpas med stor restriktivitet. För att något övergrepp *inte* ska ha skett krävs det att barnet åldersmässigt befinner sig nära gränsen för den sexuella självbestämmanderätten, det vill säga 15 år. Den som har begått gärningen bör endast vara obetydligt äldre och ha kommit obetydligt längre i sin mognad.

Ett barns utrymme att självständigt begära vård respektive neka vård beror bland annat på barnets ålder och mognad. Underåriga kan i vissa situationer vara beslutskompetenta och får då bestämma själva. Självbestämmande i detta sammanhang handlar om att till exempel vara delaktig i medicinska beslut, det vill säga att samtycka till eller ha rätt att säga nej till vård eller behandling. En individuell mognadsbedömning ger svar på frågan huruvida barnet har förmåga att tillgodogöra sig relevant information och överblicka konsekvenserna av sitt beslut.

Provtagningar

Det förebyggande arbetet mot infektionssjukdomar som hiv och andra sexuellt överförbara infektioner (STI) är beroende av ett tätt samspel mellan hälso- och sjukvården och den enskilda individen. Tidig upptäckt av hiv och STI är en oerhört viktig förutsättning för ett framgångsrikt preventivt arbete inom smittskyddsområdet. Det ger möjlighet att sätta in förebyggande åtgärder som behandling och smittspårning och därmed förhindra fortsatt smittspridning. Genom den epidemiologiska övervakningen kan man följa trender och fånga upp nya risker.

Enligt 1 kap. 8 § smittskyddslagen (2004:168) ansvarar varje landsting för att behövliga smittskyddsåtgärder vidtas inom landstingsområdet, om inte annat framgår av nämnda lag. Hälso- och sjukvården har alltså en lagstadgad skyldighet att ta prover på patienter vid misstanke om hiv eller en annan smittspårningspliktig sjukdom och kan inte utan grund vägra att ta prover på en person. Av smittskyddslagen framgår att den undersökning och behandling samt de läkemedel som behövs för att minska risken för smittspridning ska vara kostnadsfri för patienten om det är frågan om en allmänfarlig sjukdom om vården ges inom landstinget eller av läkare med avtal med landstinget (7 kap. 2 § smittskyddslagen). Det är viktigt att tillämpa kostnadsfriheten för att på så sätt uppmuntra personer som riskerar att sprida smitta att söka sjukvård. Se vidare avsnittet *Smittskydd* nedan.

Mödrahälsovård

Rätten till hälsa regleras i flera internationella dokument, bland annat FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna (artikel 3 och 25). I detta anses också mödravård inbegripas. Alla gravida i Sverige har rätt till mödrahälsovård. I Sverige är mödrahälsovården gratis och frivillig.

Den vård som kvinnor får före, under och efter graviditeten har djupgående konsekvenser för hälsan och utvecklingen för deras barn. Skyldigheten att säkerställa allmän tillgång till ett omfattande paket med sexuella och reproduktiva hälsoinsatser bör baseras på idén om en vårdkedja från tiden före graviditeten, under graviditet, förlossning och en period efter förlossningen [5].

Kvinnlig könsstympning

Traditionella sedvänjor som kvinnlig omskärelse har allvarliga hälsokonsekvenser och andra konsekvenser för kvinnor och barn.

Konventionsstaternas (FN:s konvention om avskaffandet av all slags diskriminering mot kvinnor) skyldighet att skydda de mänskliga rättigheterna inkluderar också att se till att skadliga traditionella sedvänjor inte stör tillgång till pre- och postnatal vård- och familjeplanering. Detta ska hindra utomstående från att tvinga kvinnor att utsättas för traditionella sedvänjor, till exempel kvinnlig könsstympning [13].

Kvinnorättskommittén rekommenderar konventionsstaterna att vidta lämpliga och effektiva åtgärder för att utrota bruket av kvinnlig omskärelse. Sådana åtgärder kan omfatta [13]:

- insamling och spridning av grundläggande data om sådana traditionella metoder vid universitet, medicinska eller vårdgivande institutioner, nationella kvinnoorganisationer eller andra organ
- stöd till kvinnoorganisationer på nationell och lokal nivå som arbetar för att avskaffa kvinnlig omskärelse och andra metoder som är skadliga för kvinnor
- uppmuntran av politiker, professionella, religiösa och lokala ledare på alla nivåer, inklusive media och konst, att samarbeta för att påverka attityder med inriktning på att utrota kvinnlig omskärelse
- införandet av lämpliga utbildningsprogram och seminarier baserade på forskningsresultat om de problem som uppstår som resultat av kvinnlig omskärelse.

Kvinnorättskommittén rekommenderar vidare konventionsstaterna att i sin nationella hälsopolitik inkludera lämpliga strategier som syftar till att utrota kvinnlig omskärelse i den offentliga hälso- och sjukvården. Sådana strategier kan omfatta särskilt ansvar för hälso- och sjukvårdspersonal, inklusive traditionella barnmorskor, och att förklara de skadliga effekterna av kvinnlig omskärelse [13].

Kvinnlig könsstympning är förbjuden i Sverige sedan 1982. Detta regleras i lag (1982:316) med förbud mot könsstympning av kvinnor. I lagen anges att ingrepp i de kvinnliga yttre könsorganen i syfte att stympa dessa eller åstadkomma andra bestående förändringar av dem inte får utföras, oavsett om kvinnan har lämnat samtycke till ingreppet eller inte (1 §). Försök, förbere-

delse och stämpling till kvinnlig könsstympning är straffbart (2 §). I vissa fall kan lagar som är till för att skydda barnet bli aktuella att tillgripa. Ett exempel på detta är lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU).

Socialnämnden ska enligt 5 kap. 1 § SoL verka för att barn och ungdomar bland annat får en gynnsam fysisk och social utveckling och får det skydd och stöd som de behöver.

Kvinnlig könsstympning, polygami och våldtäkt inom äktenskapet, kan också utsätta flickor och kvinnor för risken att smittas av hiv och andra sexuellt överförbara sjukdomar [4].

Rätten till bästa möjliga hälsa

Rätten till hälsa är en av de grundläggande mänskliga rättigheterna och kom till uttryck redan år 1948 i FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna. Där är den uttryckt som rätt till en levnadsstandard tillräcklig för den egna och familjens hälsa och välbefinnande. Rätten till hälsa har också kommit att ingå i ett flertal viktiga konventioner. Rätten till hälsa ska inte förstås som en rätt att vara frisk.

I den internationella konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (ICESCR, artikel 12.2 c) anges att rätten till hälsa omfattar ”förebyggande, behandling och kontroll av epidemier, folk och yrkessjukdomar samt andra sjukdomar”. Detta kräver etablering av program för förebyggande och utbildning om beteenderelaterade hälsoproblem såsom sexuellt överförbara sjukdomar, särskilt hiv/aids, och sådana som skadar den sexuella och reproduktiva hälsan. Programmen ska också främja sociala bestämningsfaktorer för god hälsa, såsom miljösäkerhet, utbildning, ekonomisk utveckling och jämställdhet mellan könen [2].

Konvention

Rätten till bästa möjliga fysiska och psykiska hälsa anges i artikel 12 i den internationella konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (ICESCR). Detta är grundvalen för rätten till bästa möjliga hälsa i flera följande konventioner.

För konventionsstaternas del innebär skyldigheten att uppfylla de mänskliga rättigheterna bland annat att infrastrukturer för folkhälsa bör omfatta sexuell och reproduktiv hälsovård, liksom informationskampanjer, i synnerhet när det gäller hiv/aids, sexuell och reproduktiv hälsa och traditionella sedvänjor [2].

I konventionen om barnets rättigheter (CRC, barnkonventionen), artikel 24 anges att ”konventionsstaterna erkänner barnets rätt att åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa och rätt till sjukvård och rehabilitering”.

Artikel 25 i konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning (CRPD) tydliggör inom ramen för rätten till bästa möjliga hälsa (utan diskriminering på grund av funktionsnedsättning) även rätten till sexuell och reproduktiv hälsa. Konventionsstaterna ska särskilt

erbjuda personer med funktionsnedsättning samma utbud, kvalitet och standard [...] samt insatser och behandlingsprogram som erbjuds andra personer, även när det gäller sexuell och reproduktiv hälsa...

Rätten till bästa möjliga hälsa förklaras av kommittén för ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter i dess allmänna kommentarer, nummer 14, utifrån fyra centrala begrepp som avser gäller hälso- och sjukvården [37]:

- Tillgång (Accessibility)
- Tillgänglighet (Availability)
- Godtagbarhet (Acceptability)
- Kvalitet (Quality)

Detta innebär att rätten till hälsa ska uppfyllas genom att det finns utbud av eller tillgång till hälso- och sjukvård. Sjukvården ska vara tillgänglig för alla och ska bedrivas på ett godtagbart sätt samt hålla en god kvalitet.

Hälso- och sjukvården och dess inrättningar måste vara tillgängliga på flera sätt. De får inte vara diskriminerande utan alla måste ha rätt att ha tillträde. De måste vara fysiskt tillgängliga, till exempel genom rullstolsramper för dem som behöver det. Tillgänglighet hindras dock ofta av ekonomiska omständigheter. Hälso- och sjukvård som kostar för mycket för dem med begränsade resurser är inte tillgänglig för alla.

Slutligen är det absolut nödvändigt att den enskilde har information om hälso- och sjukvårdsinrättningar, hälso- och sjukvårdsresurser och information om sin rätt att få del av vården [2].

Sexuell och reproduktiv hälsa

Reproduktiva rättigheter är internationellt skyddade mänskliga rättigheter, vilket innebär att alla stater måste uppfylla de internationella krav och principer som följer av detta. De måste bland annat vidta lagstiftningsåtgärder samt politiska och andra åtgärder för att verkställa sådana rättigheter. Staterna bör utveckla lagstiftning och politik som uttryckligen inkluderar och skyddar dessa rättigheter och genomföra omfattande nationella strategier för att skydda sexuell och reproduktiv hälsa [1].

Rätten till hälsa innehåller både friheter och rättigheter. Friheterna omfattar rätten att kontrollera sin hälsa och kropp, inklusive sexuell och reproduktiv frihet [2]. Rätten omfattar inte bara lämplig vård vid behov utan även de underliggande bestämningsfaktorerna för hälsan. Det gäller till exempel tillgång till säkert och drickbart vatten, tillfredsställande sanitära utrustningar, ett tillräckligt utbud av oskadliga livsmedel, kost och bostäder, hälsosamma arbets- och miljömässiga förhållanden samt tillgång till hälsorelaterad utbildning och information, bland annat om sexuell och reproduktiv hälsa [2].

Kommittén för ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter noterar särskilt vikten av rätten till social trygghet i samband med endemiska sjukdomar som hiv/aids, och behovet av att ge tillgång till förebyggande och kurativa åtgärder [14].

Primärvård bör innefatta tjänster som är känsliga för ungdomars behov, med särskild uppmärksamhet på sexuell och reproduktiv hälsa och psykisk hälsa. Vårdinrättningar bör vara kända och lätt tillgängliga (ekonomiskt, fysiskt och socialt) för alla ungdomar, utan diskriminering [10].

Bestämmelsen (ICESCR, artikel 12.2 a) om minskning av antalet dödfödda barn, om spädbarnsdödligheten och om barnets utveckling av en god hälsa kan förstås som att det krävs åtgärder för att förbättra barns och mödrars hälsa samt krav på sexuell och reproduktiv hälsovård, inklusive familjeplanering [2].

Förverkligandet av kvinnors rätt till hälsa kräver att man avlägsnar alla hinder som stör tillgången till hälsovård, utbildning och information, bland annat inom området sexuell och reproduktiv hälsa [2].

Barn och unga

Hälso- och sjukvården bör anställa personal som fullständigt respekterar barns rättigheter till privatliv (ICESCR, artikel 16) och icke-diskriminering när de får hiv-relaterad information, rådgivning och testning samt kunskap om sin hiv-status och sexuell och reproduktiv hälsovård under sekretess [15].

I konventionen om avskaffande av all slags diskriminering av kvinnor framhålls att frågor om hiv och aids och andra sexuellt överförbara infektioner är centrala för exempelvis kvinnors och unga flickors rättighet till sexuell hälsa. Flickor i tonåren och kvinnor i många länder saknar tillgång till lämplig information och de professionella kontakter som behövs för att säkerställa sexuell hälsa [4].

Lagstiftning

Socialnämnden ska enligt 5 kap. 1 § SoL verka för att barn och ungdomar bland annat får en gynnsam fysisk och social utveckling och att de får det skydd och stöd som de behöver. I en sådan utveckling ingår en god hälsa enligt WHO:s definition.

Livskvalitet

Ett tillfredsställande sexualliv har betydelse för människors välbefinnande och övriga hälsa [16]. Regeringen vill betona att målet om en god sexuell hälsa är att människor ska ha lika möjligheter, rättigheter och förutsättningar att kunna bejaka sin sexualitet och bestämma över sin egen kropp [17].

Sexuella rättigheter ingår i de mänskliga rättigheterna som de definieras i det internationella ramverket som består av FN-konventionerna. Det innebär att varje människa, oberoende av kön, etnisk tillhörighet, funktionshinder, könsidentitet eller sexuell läggning har rätt att bestämma över sin egen kropp, sexualitet och att inte vara utsatt för diskriminering, kränkning eller våld. Den rättigheten inkluderar bland annat rätten att själv välja partner, själv välja att säga ja eller nej till sex och själv bestämma om och när man vill ha barn [17].

Smittskydd (rätten att kunna testa sig)

Allmänfarliga sjukdomar (1 kap. 3 § smittskyddslagen (2004:168) kan vara livshotande, innebära långvarig sjukdom, medföra svårt lidande eller ha andra allvarliga konsekvenser. Mot den bakgrunden definieras hivinfektion och andra STI som gonorré, klamydiainfektion, syfilis och hepatit A, B och C som allmänfarliga sjukdomar (bilaga 1 smittskyddslagen). Gemensamt för dessa infektioner är att de kan vara sjukdomsframkallande men att de inte alltid ger tydliga symtom och att de är svåra eller omöjliga att diagnostisera

utan provtagning. Dessutom kan de ge upphov till betydande komplikationer och i vissa fall vara livshotande om de inte behandlas [18].

Enligt Socialstyrelsens meddelande blad *Provtagning för hiv och andra sexuellt överförbara infektioner – ansvar, tillgänglighet och sekretess* [18] ligger det övergripande ansvaret för att provtagning och andra smittskyddsåtgärder vidtas, enligt 1 kap. 8 § smittskyddslagen, på respektive landsting. Av lagen framgår även att den som vet eller har anledning att misstänka att han eller hon bär på en allmänfarlig sjukdom eller annan smittspårings-skyldig sjukdom, själv har en skyldighet att utan dröjsmål söka läkare och låta läkaren göra de undersökningar och ta de prover som behövs för att konstatera om det finns smittsamhet. Läkaren som misstänker att en patient bär på en allmänfarlig sjukdom är också skyldig att skyndsamt undersöka patienten och ta de prover som behövs (3 kap. 1 § smittskyddslagen).

En generös inställning är nödvändig

Hälso- och sjukvården har en lagstadgad skyldighet att ta prover på patienter vid misstanke om hiv eller en annan smittspåringspliktig sjukdom och kan inte utan grund vägra att ta prover på en person. Inför en provtagning är det viktigt att genomföra en riskbedömning.

Riskbedömningen ska huvudsakligen baseras på individens riskbeteende, till exempel sexvanor, kondomanvändning, resevanor eller alkohol- och drogvvanor och inte på faktorer som etnicitet, kön eller sexuell läggning. Det är den behandlande läkaren som avgör om en patient kan misstänkas bära på en allmänfarlig sjukdom som hiv, gonorré, klamydiainfektion, syfilis respektive hepatit A, B eller C och därför ska genomgå provtagning. Socialstyrelsen anser att det är av stor vikt att testning för hiv och STI är lättillgänglig och att hälso- och sjukvården har en generös inställning till möjligheten att få testa sig.

Kostnadsfri provtagning och behandling

Av smittskyddslagen framgår att den undersökning och behandling samt de läkemedel som behövs för att minska risken för smittspridning ska vara kostnadsfria för patienten om det är frågan om en allmänfarlig sjukdom (7 kap. 2 § smittskyddslagen). Det är viktigt att tillämpa kostnadsfriheten för att på så sätt uppmuntra personer, som riskerar att sprida smitta, att söka sjukvård.

Rådgivning i anslutning till provtagning

En integrerad rådgivning i anslutning till provtagning och när patienten får besked om testresultatet är mycket viktig vid såväl positivt som negativt resultat. Vården ska ha rutiner för att remittera individen vidare för de medicinska och psykosociala åtgärder som eventuellt kan behövas. Vid rådgivningstillfället kan patienten få preventivmedelsrådgivning i kombination med information om vikten av kondomanvändning för att förebygga smittspridning av STI och oönskade graviditeter. Preventiva insatser för att förhindra smittspridning bygger på att vården arbetar med motiverande samtal för att ge kunskap och insikt om vilka konsekvenser ett riskbeteende kan ha, både för den enskilde individen själv och för andra.

Anonym provtagning för hiv

När det gäller hivtestning är det möjligt att testa sig anonymt om personen så begär. En person som vill testa sig anonymt får alltså inte nekas det och får inte heller nekas adekvat rådgivning före eller efter provtagningen. Anonymiteten gäller dock bara vid hivtestning och så länge testresultatet är negativt, enligt förordning (2008:363) om provtagning för hivinfektion.

Referenser

1. ICPD and Human Rights. 20 years of advancing reproductive rights through UN treaty bodies and legal reform. Center for reproductive rights; 2013.
2. General Comment No. 14, The right to the highest attainable standard of health (Art. 12 of the Covenant). United Nations, New York, Genève, CESCR; 2000.
3. Konventionen om avskaffande av all slags diskriminering av kvinnor. United Nations, New York; 1979.
4. General Recommendation No. 24 article 12 : Women and health. United Nations, New York, CEDAW; 1999.
5. General comment No. 15 - The right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health (Article. 24). United Nations, CRC, Genève, CRC; 2013.
6. The Yogyakarta Principles - Principles on the application of international human rights law in relation to sexual orientation and gender identity. 2007 [cited 20 oktober 2013]; Available from: http://www.yogyakartaprinciples.org/principles_en.htm
7. General Comment No. 20: Non-discrimination in economic, social and cultural rights (art. 2, para. 2, of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights). United Nations, New York, CESCR; 2009.
8. Europarådets konvention om förebyggande och bekämpning av våld mot kvinnor och av våld i hemmet. In: Europarådet, editor. Istanbul: Europarådet; 2011.
9. General Recommendation No. 19 Violence against women. United Nations, New York, CEDAW; 1992.
10. General Comment No. 4: Adolescent health and development in the context of the Convention on the Rights of the Child. United Nations, Genève, CRC; 2003.
11. General comment No. 14: On the right of the child to have his or her best interests taken as a primary consideration (art. 3, para. 1). United Nations, Genève, CRC; 2013.
12. Programme of Action. Adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo. UNFPA, Kairo; 1994.
13. General Recommendation No. 14 Female circumcision. United Nations, New York, CEDAW; 1990.
14. General Comment No. 19: The right to social security (Art. 9 of the Covenant). United Nations, New York, CESCR; 2007.

15. General Comment No. 3: HIV/AIDS and the rights of the child. United Nations, Genève, CRC; 2003.
16. Sex, hälsa och välbefinnande. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2012. R 2012:01.
17. Dialog för förändring. Ett material för policydialog om sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter. Regeringskansliet; 2010.
18. Meddelandeblad - Provtagning för hiv och andra sexuellt överförbara infektioner – ansvar, tillgänglighet och sekretess. 5/2012. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.

Bilaga 5. Exempel på nationellt, regionalt och lokalt arbete inom SRHR-området

Med syfte att minska STI och sexuellt risktagande driver många län och regioner egna verksamheter, projekt och utvecklingsarbeten, ofta i tvärprofessionell samverkan med myndigheter, ideella organisationer, föreningar och näringslivet. Statsbidragsfinansierade projekt och verksamheter inom ramen för statsanslaget 2:5 avser förebyggande insatser mot hiv och andra sexuellt överförda infektioner på nationell och regional nivå. Folkhälsomyndigheten fördelar anslaget. Till Folkhälsomyndigheten finns regionala nätverk kopplade till det hiv- och STI-förebyggande arbetet i Sverige, vilket har mynnat ut i att flera regioner har tagit fram egna handlingsplaner med utgångspunkt i den nationella strategin mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar (2005/06:60) samt nationell handlingsplan för klamydia-prevention (se under rubriken ” Sammanfattande beskrivning av handlingsplaner relaterade till hiv och STI förebyggande arbete”). I dag finns det, inom hiv- och STI-arbetet, sex regionala kunskapsnätverk. Det regionala och lokala arbetet skapar engagemang bland yrkesverksamma, beslutsfattare och befolkning, men effekterna är ofta svåra att systematiskt kartlägga och utvärdera. Det finns inte någon nationell sammanställning som systematiskt beskriver och värderar olika åtgärders effekter.

Lafa - enheten för sexualitet och hälsa

Stockholms läns landsting driver Lafa, ett metod- och kunskapscentrum som arbetar för att förebygga hiv, sexuellt överförbara infektioner och oönskade graviditeter. Verksamheten vänder sig till alla som arbetar med sexualitet och hälsa i Stockholms län, exempelvis inom vård, skola, fritidsverksamhet och frivilligorganisationer [1].

Lafa bedriver ett brett hälsofrämjande arbete och ger ut kunskapsbaserade vägledning och metoder för personal inom exempelvis skola, ungdomsmottagningar och hälso- och sjukvården. Centret har under många år haft webbplatser med information om både STI-/hiv-prevention och om att förebygga oönskade graviditeter.

Utöver detta har Stockholms läns landsting, genom att driva e-hälsotjänsterna 1177 Vårdguiden och UMO.se (Ungdomsmottagningen på internet), haft en aktivitets- och kunskapsutvecklande del som tar upp både hälsofrämjande och förebyggande arbete kring sexuell och reproduktiv hälsa.

Dessutom har UMO.se aktiviteter och metoder som integrerar flera delar av arbetet med sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR), exempelvis våld, hedersproblematik, kränkningar, diskriminering och sex mot ersättning.

SRHR.se

Webbplatsen SRHR.se är ett samarbete mellan Göteborgsregionens Pedagogiskt Centrum och Västra Götalandsregionens Kunskapscentrum för sexuell hälsa. SRHR.se har ett brett angreppssätt på SRHR-frågorna, dels för att verksamheterna hör till olika politiska organisationsnivåer (kommunalförbund respektive region), dels för att det innebär en förening mellan två kunskapsområden – skola och hälso- och sjukvård. Utgångspunkten är att de två organisationernas samlade kompetenser och perspektiv ska komplettera och berika varandra. Genom samverkan ges möjlighet att nå ut med ett samlat budskap till olika målgrupper [2].

Adlonggruppen

Adlonggruppen är ett kompetensnätverk av representanter från sju landsting och en region, med uppdrag att utbilda personal inom sina upptagningsområden. En styrelse finns kopplad till Adlonggruppen och består av politiker och tjänstemän från respektive län. Verksamheten stöds av Folkhälsomyndigheten. Målet är att öka den sexuella hälsan och minska smittspridning av STI i respektive län samt motivera personer med pågående STI att förändra sitt beteende för att undvika att åter bli smittade. Kompetensutveckling av personal från bland annat skola, vård och omsorg är viktigt för att framgångsrikt minska spridningen av sexuellt överförbara infektioner [3].

Exempel från regioner och landsting med styrdokument som berör både hiv- och STI-prevention och sexuell och reproduktiv hälsa

De flesta huvudmän har redan ett integrerat arbete där sexuell hälsa, hiv och STI-prevention och arbetet med oönskade graviditeter är inkluderat. Huvudmännen får i sina styrdokument vägledning av prop. 2005/06:60 på aktivitets- och uppföljningsnivå. Även om propositionen refererar till målområde 7 och 8 som ingångsvärden och önskade övergripande mål, saknar de i större utsträckning tydlighet kring aktiviteter och mål som specifikt inriktas på att främja reproduktiv hälsa och att förebygga oönskade graviditeter.

För att lyfta någon specifik handlingsplan som ett gott exempel framför de andra behövs fördjupade analyser av både regionalt och nationellt angivna inriktningsområden i SRHR-arbetet. I nuläget kan man vid en översikt se att det finns fler handlingsplaner som är mer konkreta i fråga om aktiviteter inom hiv-/STI-prevention än i fråga om att förebygga oönskade graviditeter. Eftersom det inte finns något samlat SRHR-arbete nationellt som följer upp hela området, är det inte heller möjligt att uttala sig om vilka av de befintliga handlingsplanerna som är goda exempel. För att utveckla goda exempel behövs ett transparent nationellt uppföljningssystem.

Nedan nämns några exempel bland de huvudmän som i sina styrdokument berör både hiv- och STI-prevention, sexuell och reproduktiv hälsa samt folkhälsa.

Landstinget i Kalmar län

Landstinget i Kalmar län har tagit fram en handlingsplan inom folkhälsoområdet sexuell hälsa för perioden 2012–2014. Planen är en bilaga till landstingets folkhälsoplan. Planen ska vara ett stöd för effektivt genomförande och uppföljning av det preventiva arbetet för sexuell hälsa. Planen innehåller tydliga mål och aktiviteter samt uppföljningsverktyg [4].

Region Skåne

Region Skåne har tagit fram både en strategi och en handlingsplan för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter för perioden 2013–2015. Handlingsplanen ska fungera som en tydlig inriktning för hur arbetet med sexuell och reproduktiv hälsa ska bedrivas i region Skåne [5].

Sörmlands län

Sörmlands läns landsting har tagit fram ett mål- och inriktningsdokument för Landstinget Sörmlands arbete med sexualitet och hälsa 2011–2015.

I landstingets arbete är sexualitet som friskfaktor och resurs för välbefinnande och hälsa en viktig utgångspunkt. De hälsofrämjande insatserna ska bidra till att stärka den enskildes möjlighet att själv kunna ta ansvar för sitt sexuella välbefinnande och sin reproduktiva hälsa (s. 3).

En landstingsintern grupp arbetar för att stärka det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet med sexualitet och hälsa i Sörmland [6].

Landstinget i Örebro

Örebro läns landsting har tagit fram en folkhälsoplan med folkhälsopolitiska mål, *En god och jämlik hälsa i Örebro län 2012–2015*. Där är visionen att: ”I Örebro län kännetecknas invånarnas sexualitet av integritet, lust, trygghet och säkerhet” (s. 40). Länsmålen är följande:

- Stöd ska erbjudas under graviditet och föräldraskap.
- Antalet oönskade graviditeter ska minska.
- Antalet smittade med klamydia ska minska.
- Sex mot ersättning, diskriminering, våld, tvång och kränkningar ska inte förekomma [7].

Sammanfattande beskrivning av handlingsplaner relaterade till hiv- och STI-förebyggande arbete

Det finns landsting och storstadskommuner som har handlingsplaner och styrdokument för sexuell och reproduktiv hälsa (Landstinget i Dalarna, Landstinget i Gävleborg, Jämtlands läns landsting, Jönköpings läns landsting, Landstinget i Kalmar, Kronoberg, Sörmlands läns landsting, Västerbottens läns landsting, Västernorrlands läns landsting, samt Landstinget i Örebro och Region Skåne). Malmö stad har en handlingsplan som både omfattar hiv- och STI-prevention och reproduktiv hälsa. En del av de styrande dokumenten är förankrade som strategier, en del är handlingsplaner och ytterligare några är genomförandeplaner. Förankringen inom respektive huvudman är också på olika nivåer eftersom en del är beslutade av den politiska ledningen medan andra är förankrade på tjänstemannivå. Gemensamt för dem som lagt samman det hiv- och STI-preventiva arbetet med arbetet kring sexuell och repro-

duktiv hälsa, är att de insatser på lokal nivå som behandlar hälsofrämjande arbete inom båda områdena är likartade. De flesta styrdokument knyter an till målområdena 7 och 8 i *En förnyad folkhälsopolitik* (prop. 2007/08:110), *Nationell strategi mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar* (prop. 2005/06:60) samt den nationella handlingsplanen för klamydiaprevention. De styrdokument som är politiskt förankrade på lokal eller regional nivå knyter an till politiskt förankrade dokument på nationell nivå.

Det övergripande målet, som nämns i många av handlingsplanerna, är ”att främja sexuell hälsa”. Detta innefattar både hälsofrämjande och förebyggande aktiviteter. Dessa aktiviteter kan exempelvis vara: sex- och samlevnadsundervisning i kommunens skolor, kommunala eller landstingsdrivna ungdomsmottagningar med preventivmedelsrådgivning och hiv-/STI-testning och möjlighet till vägledande samtal, specialistmottagningar inom sexuell hälsa eller hud-/venkliner inom hälso- och sjukvården, arbetet på de lokala smittskyddsenheterna och mödrahälsovården, lokala informationsinsatser och kampanjer, tillgång till gratis kondomer för unga och unga vuxna och snabbt omhändertagande vid oönskad graviditet. Det kan också vara smittspårning och arbete vid de lokala smittskyddsenheterna. I det främjande arbetet ingår också att landsting och storstadskommuner samverkar med ideella organisationer som exempelvis RFSU, RFSL, Studenter för sexuell hälsa och organisationer inom Hiv-Sverige.

Vad gäller uppföljningen av det regionala arbetet har en del av styrdokumenten indikatorer för årlig och återkommande uppföljning. Sådana indikatorer är exempelvis incidens och prevalens av hiv- och STI-fall i befolkningen samt abortstatistik. Resultaten från indikatorerna används sedan för att återkoppla och diskutera framgångsfaktorer eller utvecklingsbehov med verksamheterna. Ett landsting följer också området via den regionala folkhälsoenkäten. Några landsting har inskrivet att de kommer att följa upp sina styrdokument eller handlingsplaner genom att utvärdera dem.

Några landsting och storstadskommuner saknar i dag handlingsplaner. Det är dock viktigt att påpeka att det finns verksamheter och aktiviteter även hos dessa huvudmän. Därutöver är några på väg att utarbeta regionala styrdokument. Även de huvudmän som inte har regionala styrdokument kan ändå finnas representerade inom Folkhälsomyndighetens nätverk för hiv-/STI-samordnare och använder statsbidraget (förordning (2013:666) om statsbidrag till landsting och vissa kommuner för insatser mot hivinfektion) till sina projekt och aktiviteter. Även om de inte har regionala styrdokument innebär det att de följer de vägledande dokument som Folkhälsomyndigheten arbetar efter.

Exempel på samverkan och kunskapsspridning till ungdomar

Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (tidigare Ungdomsstyrelsen) har sedan 2008 arbetat med två regeringsuppdrag, det ena ett utbildningsuppdrag och det andra ett informationsuppdrag, som syftar till att förebygga att unga utsätts för sexuell exploatering på internet [8]. De två uppdragen är:

- Förebygga sexuell exploatering och exponering av unga via internet (IJ2008/1824/UF).
- Ta fram särskild säkerhetsinformation för att förebygga sexuell exploatering av unga via internet (U2012/3355/UC).

Inom ramen för de två uppdragen utvecklade Ungdomsstyrelsen en högskoleutbildning i samarbete med institutionen för tillämpad utbildningsvetenskap vid Umeå universitet. Kursinnehållet handlade om ungas erfarenheter och attityder till sexuell exponering och sex mot ersättning, ungas användning av interaktiva medier, ungas nätanvändning, unga och sexualitet, lagstiftningen på området, genus samt om vilket metodmaterial som finns om unga, sex och internet.

Utbildningen erbjöd tillfällen till kunskapsutbyte genom praktiskt arbete med fallstudier och förebyggande metoder. Experter inom olika fält föreläste. Deltagande professioner var personal som har en samordnande och utvecklande roll för skola, fritid och socialtjänst och andra relevanta kommunala verksamheter. Ungdomsstyrelsen valde också att bjuda in lärare, rektorer, fritidsledare, representanter för elevhälsan från skolan, kuratorer och barnmorskor från ungdomsmottagningarna, familjeterapeuter, socialsekreterare och tjänstemän från kommunerna samt ideella aktörer som kyrkan och tjejjourer. Deltagarna kom från hela Sverige. Umeå universitet har efter avslutat projekt valt att fortsätta med kursen *Unga, sex och internet* i det ordinarie utbudet av distansutbildningar.

År 2012 fick Ungdomsstyrelsen uppdraget att ta fram säkerhetsinformation riktad till unga i syfte att förebygga att unga killar och unga tjejer blir utsatta för sexuell exploatering via internet. Informationen skulle vara skriven med särskild inriktning mot unga på ett sådant sätt att den kunde tas emot av unga. Den skulle utgå från ungas användning av internet i syfte att synliggöra risker för sexuell exploatering. Informationen skulle innehålla uppgifter om vart unga kan vända sig för att få stöd och hjälp, hur de kritiskt kan förhålla sig till kontakter via internet samt hur de kan undvika att bli sexuellt exploaterade på internet. Enligt uppdraget skulle materialet även vända sig till föräldrar och till dem som möter unga i sin yrkesverksamhet. För att nå ut med information beslöt Ungdomsstyrelsen att förstärka redan etablerade kanaler som riktar sig till unga respektive till föräldrar och yrkesverksamma. Myndigheten valde att samarbeta med UMO.se för att nå de unga [9]. För att nå föräldrar och yrkesverksamma startade myndigheten ett samarbete med Surfalugnt.se. Surfa Lugnt samordnar ett nationellt initiativ för att höja vuxnas kunskaper om barns och ungas vardag på internet, ett initiativ som också stöds av regeringen [10].

Utifrån regeringsuppdraget fick UMO i uppgift att utveckla och synliggöra ny information med fokus på att förebygga sexuell utsatthet via internet. I de texter som publiceras på UMO.se innefattas unga hbt-personer och unga med funktionsnedsättning på ett medvetet sätt, de två målgrupper som informationen särskilt skulle riktas mot. Samtliga texter har även granskats av ett redaktionsråd bestående av olika experter från verksamheter och yrkesgrupper som elevhälsa, sjukvård, sexologi, ungdomsmottagningar, kuratorer, RFSL-ungdom samt experter på unga med funktionsnedsättning. År 2013 anordnade Ungdomsstyrelsen en konferens om säkerhetsinformation på in-

ternet. Målgrupperna var lärare, ungdomsledare, polis, socialtjänst och elevhälsan, som i sin tur fick metoder att möta föräldrar och elever.

Ungdomsstyrelsen har även anordnat ett antal skraddarsydd utbildningar. Dessa arrangeras i samarbete med en medarrangör som kan vara en kommun, ett nätverk eller en speciell yrkesgrupp. Utöver det har Ungdomsstyrelsen genomfört externa föreläsningar samt medverkat på nationella konferenser och mässor [8].

Sammanfattningsvis har Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor genomfört sina uppdrag på ett sådant sätt att ett mycket stort antal aktörer inom många olika samhällssektorer har fått kompetensutveckling, redskap och metoder för att kunna möta unga i frågor som rör sex, relationer och internet. Arbetssättet har också bidragit till att olika professioner har fått mötas, utbyta kunskap och kanske se möjliga samverkansformer i syfte att på bästa sätt främja sexuell hälsa bland unga. Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor har, genom att samarbeta med befintliga aktörer, på ett effektivt sätt spridit kunskap direkt till den unga målgruppen. Genom att befintliga nationella kommunikationsplattformar används finns informationen kvar under lång tid och kommer därmed många till del.

Referenser

1. LAFA. Om LAFA. Hämtad 2014-08-13 från <http://www.lafa.nu/Om-Lafa/>.
2. Götalandsregionen och Västra Götalandsregionen. SRHR.se. Om oss. Hämtad 2014-09-18 från <http://www.srhr.se/about#.VBrao01xnvU>.
3. Adlongruppen. Regional samverkan kring frågor om sexuell hälsa. Hämtad 2014-08-13 från http://www.adlongruppen.se/sv/hiv_aids_sti_fragor/.
4. Landstinget i Kalmar län. Handlingsplan inom folkhälsoområdet sexuell hälsa 2012–2014. Hämtad 2014-08-13 från http://www.ltkalmar.se/Documents/F%C3%B6r%20v%C3%A5rdgivare/Diagnostiskt%20centrum/Mikrobiologi%20och%20v%C3%A5rdhygien/Smittskydd%20och%20V%C3%A5rdhygien/handl_plan_sexuell_halsa2.pdf.
5. Region Skåne. Handlingsplan för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter 2013-2015. Hämtad 2014-08-13 från <http://www.skane.se/Upload/Webbplatser/Samh%C3%A4llsplanering/Folkh%C3%A4lsa/HP%20SRHR%202013.pdf>.
6. Landstinget Sörmland. Mål och inriktningsdokument för Landstinget Sörmlands arbete med sexualitet och hälsa 2011–2015. Hämtad 2014-08-13 från <http://www.landstingetsormland.se/PageFiles/6682/M%c3%a51%20och%20inriktningsdokument%20sexualitet%20och%20h%c3%a4lsa.pdf>.
7. Örebro läns landsting. En god och jämlik hälsa i Örebro län 2012–2015. Hämtad 2014-08-13 från <http://www.orebroll.se/Files-sv/%C3%96rebro%20%C3%A4ns%20landsting/V%C3%A5rd%20och%20h%C3%A4lsa/Folkh%C3%A4lsa/Folkh%C3%A4lsoplan/201>

- 2/Folkh%C3%A4lsoplan2012_2015_trycktversion_1%C3%A5guppl
%C3%B6st_hela.pdf.
8. Ett filter i huvet. Samlad slutrapport från tre av ungdomsstyrelsens uppdrag att förebygga ungas utsatthet på nätet. Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor; 2014.
 9. UMO.se. Våld och kränkningar. Hämtad 2014-08-13 från <http://www.umo.se/Vald--krankningar>.
 10. Surfalugnt.se. Vad gör surfa lugnt. Hämtad 2014-08-13 från <http://surfalugnt.se/>.