

Insatser som kan öka tillgängligheten i vården

Fokus på behov hos flickor och kvinnor i
prioriterade grupper

Insatser som kan öka tillgängligheten i vården

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

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. På begäran kan vi ta fram publikationen i ett alternativt format för personer med funktionsnedsättning. Skicka frågor om alternativa format till alternativaformat@socialstyrelsen.se.

Artikelnummer: 2025-1-9401

Publicerad: www.socialstyrelsen.se, mars 2025

Insatser som kan öka tillgängligheten i vården

Förord

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att genomföra insatser för en jämlik hälso- och sjukvård med fokus på sjukdomar och tillstånd som främst drabbar kvinnor och flickor. Den här rapporten är en del av det uppdraget, och den riktar sig i första hand till beslutsfattare och verksamhetsutvecklare i hälso- och sjukvården.

En förutsättning för jämlik vård är att den som behöver vård får tillgång till den. Primärvården är oftast den vårdsökandes första kontakt, och är även en ingång till specialistvården. Vi har därför valt att utifrån våra underlag lista insatser som regionerna använder sig av för att öka tillgängligheten till primärvården.

En röd tråd i projektet har varit att undersöka vilka hinder som flickor och kvinnor från de så kallade prioriterade grupperna upplever i vården. De prioriterade grupperna har identifierats i *Folkhälsomyndighetens nationella handlingsplan för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) i Sverige* (2023), och de utgör grupper i befolkningen som hälso- och sjukvården når i lägre utsträckning än andra. Vi beskriver därför även vad som kommit fram i en intervjuundersökning om hur personer från de prioriterade grupperna upplever olika typer av hinder för att söka, få och tillgodogöra sig vård.

Det pågår ett omfattande arbete i regionerna för att skapa en mer individcentrerad och jämlik vård till kvinnor och flickor. Vi ger exempel från det arbetet, och lyfter regionernas medskick till nationell nivå.

Vi vill dock påpeka att det saknas evidensbaserade utvärderingar av insatserna.

Vår förhoppning är att rapporten både ska ge en bild av hur vårdsökande kan uppleva hinder för att få vård, och inspirera till insatser för en mer tillgänglig och jämlik vård i hela Sverige.

Urban Lindberg
Ställföreträdande generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	5
Fokus på de prioriterade gruppernas behov	5
Det behövs mer kunskap i vården	5
Tillgängligheten behöver förbättras	6
Regionerna efterfrågar nationell samordning	6
Använd rapporten som inspiration	7
Insatserna kan förbättra för många	7
Rapportens innehåll och upplägg	7
Tillgängligheten till vården idag	9
Brister i tillgängligheten	9
Socialstyrelsen arbetar för en jämlik vård	9
Prioriterade gruppers behov behöver lyftas	10
Kartläggning, intervjuer och litteratursökning	11
Exempel på insatser som kan öka tillgängligheten	12
Organisatoriska lösningar kan möta flera behov	12
Insatser som kan stödja patientens väg genom vården	13
Exempel från vården vid förlossning och för kvinnors hälsa	18
Det behövs fler insatser i alla regioner	20
Hinder för vård – röster från en intervjustudie	22
Intervjuade personer	22
Generella hinder för vård	22
Organisatoriska hinder för vård	23
Kompetensbrister	28
Litteratursökning om hinder och insatser för prioriterade grupper	31
Rapportens underlag och avgränsningar	32
Underlag	32
Avgränsningar	34
Referenser	36
Bilaga	37

Sammanfattning

Socialstyrelsen arbetar för en god och jämlik vård på lika villkor för alla. Det betyder rätt vård, i rätt tid, på rätt nivå utifrån bästa tillgängliga kunskap och individens förutsättningar och vårdbehov. God och jämlik vård bygger på kunskap. I den här rapporten vill vi därför ge en överblick över de insatser som regionerna använder sig av för att nå flickor och kvinnor som hälso- och sjukvården når i lägre utsträckning än andra. Vi beskriver också hur intervjupersoner upplever olika typer av hinder för att söka, få och tillgodogöra sig vård. Sammanställningen av exempel är inte rekommendationer från Socialstyrelsen, utan ska ses som en lägesbeskrivning av pågående arbete i regionerna.

Eftersom det inte finns tillräckligt omfattande eller evidensbaserade utvärderingar kan vi oftast inte uttala oss om de presenterade insatsernas effekter. Insatserna ska inte heller ses som uttömmande, utan som inspiration för ett fortsatt förbättringsarbete.

Fokus på de prioriterade gruppernas behov

Utgångspunkten i detta arbete är hur flickor och kvinnor upplever hälso- och sjukvården. Vi fokuserar på flickor och kvinnor i de grupper som Folkhälsomyndigheten har identifierat som prioriterade:

- personer med svaga socioekonomiska förutsättningar
- personer med erfarenhet av migration eller rasism
- personer med funktionsnedsättning
- hbtqi-personer
- unga och unga vuxna
- äldre.

Det behövs mer kunskap i vården

Våra underlag visar att vårdens olika verksamheter behöver öka kunskaperna om exempelvis

- sjukdomar och tillstånd som är unika för, eller vanligare hos, flickor och kvinnor
- gravidas hälsa, förlossningsvården och eftervården
- sexuell och reproduktiv hälsa för de prioriterade grupperna.

Tillgängligheten behöver förbättras

Våra underlag visar på ett tydligt behov av att utveckla arbetet för att skapa en mer tillgänglig och jämlik hälso- och sjukvård för flickor och kvinnor, inte minst på området sexuell och reproduktiv hälsa.

I en intervjustudie med personer ur de prioriterade grupperna lyfte de intervjuade hinder som de upplever i kontakten med vården.

Vanliga hinder

Här sammanfattar vi vanliga hinder som de intervjuade upplevde:

- Tillstånd och besvär som drabbar kvinnor specifikt är osynliga eller okända – i samhället i stort, men även inom vården.
- Det är svårt att få adekvat vård efter graviditet och förlossning.
- Sexuell lust och funktion tas inte på allvar.
- Personer med migranterfarenhet, äldre och personer med funktionsnedsättning upplever att personalen inte lyssnar på dem, och att de inte blir tagna på allvar.

Regionerna efterfrågar nationell samordning

Regionerna gör redan insatser för att nå de prioriterade grupperna, men anser att de behöver fortsätta att utveckla organisationer och arbetssätt. Vi lyfter några exempel på insatser som startats eller pågår under 2023, och som regionerna har redovisat som insatser för att stärka förlossningsvården och vården för kvinnors hälsa.

Regionerna ser ett behov av viss nationell samordning och önskan att lära av varandra för det fortsatta arbetet med en god och jämlik vård till flickor och kvinnor.

Använd rapporten som inspiration

I den här rapporten har Socialstyrelsen samlat exempel på insatser som bidrar till att hälso- och sjukvården når och möter flickor och kvinnor som vården når i lägre utsträckning än andra. Vi vill lyfta fram de insatser som redan används, som inspiration för hur regionerna kan arbeta för att försöka minska de avstånd som kan finnas mellan den som söker vård och vården.

Notera: Det saknas dock evidensbaserade utvärderingar som visar på direkt mätbar effekt och utfall av de olika insatserna.

Insatserna kan förbättra för många

Med detta arbete vill vi bidra till en jämlik, säker och tillgänglig vård för flickor och kvinnor. Vi utgår från behoven hos de grupper som Folkhälsomyndigheten har identifierat som prioriterade, och lyfter fram både generella och mer riktade insatser, men vi fördjupar inte varje grupps specifika behov. Tanken är att insatserna ska bidra till ökad tillgängligheten för alla som upplever svårigheter att få tillgång till vård.

Rapportens innehåll och upplägg

I rapporten ger vi exempel på olika typer av insatser som kan bidra till bättre tillgänglighet för patienter. Bilagan **Metodbeskrivning** beskriver hur vi har gått till väga och hur vi har använt våra underlag. Så här är rapporten disponerad:

- I kapitlet **Tillgängligheten till vården idag** tar vi upp exempel på brister i tillgängligheten som framkommit i våra underlag. Vi presenterar också de målgrupper vi främst riktar in oss på i den här rapporten. Målgrupperna har vi valt utifrån Folkhälsomyndighetens nationella handlingsplan för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) i Sverige. I den lyfts 6 prioriterade grupper, som generellt har sämre förutsättningar för en god sexuell och reproduktiv hälsa än den övriga befolkningen.
- I kapitlet **Exempel på insatser som kan öka tillgängligheten** ger vi först exempel på några organisatoriska lösningar. Därefter presenteras insatser utifrån patientens väg genom vården: hitta vård, boka vård, i vårdmötet och uppföljning. I avsnittet **Exempel från vården vid förlossning och för kvinnors hälsa** vill vi visa på mångfalden av insatser som syftar till att förbättra tillgängligheten till vården och som redan prövas på området sexuell och reproduktiv hälsa. För att belysa detta presenterar vi ett urval av regionernas satsningar på förlossningsvården och kvinnors hälsa.

- I kapitlet **Hinder för vård – röster från en intervjustudie** tar vi upp olika typer av svårigheter som patienter kan uppleva i vården.
- Sist redovisar vi **Underlag och avgränsningar**.

➔ **Läs mer** i underlagen som rapporten bygger på:

- Regeringsuppdrag: Uppdrag att genomföra insatser för en jämlik hälso- och sjukvård med fokus på sjukdomar som främst drabbar kvinnor och flickor. Dnr S2023/00969 [1].
- Folkhälsomyndigheten. Nationell handlingsplan för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) i Sverige – Genomförandet av den nationella SRHR-strategin 2023–2033. 2023 [2]
- SRHR-insatser i regionerna Exempel på insatser för att nå särskilda grupper, Socialstyrelsen 2024 [3].
- Enskildas erfarenheter och behov av vård inom området sexuell och reproduktiv hälsa, En intervjuundersökning, Sweco 2024 [4].
- Förstärkta insatser för kvinnors hälsa Uppföljning av regionernas insatser inom området förlossningsvård och kvinnors hälsa 2023 [5]. Socialstyrelsen, 2024.

Tillgängligheten till vården idag

Våra underlag visar att regionerna redan gör mycket för att nå de prioriterade grupperna, i varierande utsträckning och med olika arbetsätt. Vi har en relativt god bild av vilka insatser regionerna använder sig av – särskilt när det gäller vård inom området sexuell och reproduktiv hälsa.

I det dagliga mötet med patienten är det främst personalen som kan tillgodose många av behoven. Men för att de ska kunna möta dessa behov måste organisationen ge dem rätt förutsättningar. Ibland behövs det en kombination av beslut på olika organisatoriska nivåer.

Brister i tillgängligheten

Det finns brister i tillgängligheten i hälso- och sjukvården idag. Särskilt svårt är det för vissa grupper att få kontakt med vården. Regeringsuppdraget [1] lyfter därför ett antal fokuspunkter som vi tar fasta på i detta delprojekt:

- Vården behöver finnas nära och tillgänglig, och möjligheter och vägar till vård behöver vara kända. Vården behöver också kunskap om hur de bäst anpassar sin verksamhet för att nå grupper som de i dag inte fullt ut når.
- Hälso- och sjukvården behöver också anpassas till flickors och kvinnors olika förutsättningar och behov. Det finns behov av att stärka vården i syfte att utjämna skillnader i vård och hälsa i de delar där sådana finns mellan kvinnor och män, mellan olika grupper av kvinnor och mellan regionerna.
- Insatserna ska fokusera på sjukdomar och tillstånd som främst drabbar kvinnor och flickor. Det gäller sjukdomar och tillstånd som har samband med kvinnors sexuella och reproduktiva hälsa samt andra vanligt förekommande sjukdomar och tillstånd.
- Målet är att nå en stärkt och jämlik hälso- och sjukvård över hela landet.

Socialstyrelsen arbetar för en jämlik vård

Socialstyrelsen arbetar för en god och jämlik vård på lika villkor för alla. Det betyder rätt vård, i rätt tid, på rätt nivå utifrån bästa tillgängliga kunskap och individens förutsättningar och vårdbehov. En jämlik vård innebär att personer ska få rätt hälso- och sjukvård och tandvård efter behov oavsett vilka de är, hur livssituationen ser ut eller var de bor. Hälso- och sjukvårdslagen säger att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård som ska ges företräde till vården. God och jämlik vård bygger på kunskap.

Prioriterade gruppers behov behöver lyftas

Utgångspunkten i detta arbete är att undersöka hur flickor och kvinnor upplever hälso- och sjukvården idag. Utifrån våra underlag ser vi att kunskapen och kompetensen generellt behöver stärkas om

- hur vården kan bli mer tillgänglig för flickor och kvinnor i prioriterade grupper
- olika sätt att arbeta för att bättre nå och möta flickor och kvinnor som vården inte når, trots att det finns behov.

Folkhälsomyndigheten har i sin nationella handlingsplan för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) i Sverige beskrivit 6 prioriterade grupper, som generellt har sämre förutsättningar för en god sexuell och reproduktiv hälsa än den övriga befolkningen.

Åtgärder i Folkhälsomyndighetens handlingsplan ska stärka förutsättningarna för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen. Vi valde därför att låta de prioriterade gruppernas behov vägleda när vi undersökte vilka hinder som finns för en tillgänglig vård – och vilka insatser som kan undanröja dem. Vi tittade särskilt på hur intervjupersoner upplever hälso- och sjukvårdens tillgänglighet, bemötande och möjligheter till en god vård. De prioriterade grupperna är

1. personer med svaga socioekonomiska förutsättningar
2. personer med erfarenhet av migration eller rasism
3. personer med funktionsnedsättning
4. hbtqi-personer
5. unga och unga vuxna
6. äldre.

Notera: Många av de insatser som görs i regionerna för att öka tillgängligheten till vård, och då särskilt vård inom området sexuell och reproduktiv hälsa för flickor och kvinnor, kan troligen ge positiva effekter även för personer som inte tillhör de prioriterade grupperna. Och insatserna kan dessutom troligtvis öka tillgänglighet till vård i övrigt, även för annan vård än SRHR-vård.

- **Läs mer** om de prioriterade grupperna i [2] [Folkhälsomyndighetens Nationell handlingsplan för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter \(SRHR\) i Sverige – genomförandet av den nationella SRHR-strategin 2023–2033.](#)

Kartläggning, intervjuer och litteratursökning

För att få en bild av hur tillgängligheten för flickor och kvinnor i de prioriterade grupperna ser ut i hälso- och sjukvården, med särskilt fokus på SRHR-vården, har vi använt följande underlag:

- en kartläggning som utförts av Socialstyrelsen [3]
- en intervjustudie som tagits fram på uppdrag av Socialstyrelsen [4]
- en litteratursökning om insatser för flickor och kvinnor som leder till ökad tillgänglighet till hälso- och sjukvård
- Socialstyrelsens rapport 2024, som redovisar insatser från regionerna inom satsningen för förlossningsvården och kvinnors hälsa.

➔ Läs mer i

- kapitlet Underlag och avgränsningar
- bilagan Metodbeskrivning.

Exempel på insatser som kan öka tillgängligheten

I det här kapitlet presenterar vi exempel på insatser som kan öka tillgängligheten och jämlikheten i vården och som beskrivs i våra underlag [3, 4]. Vissa insatser är av en sådan karaktär att de avses gynna tillgången till vård för de flesta. De kan också behöva kompletteras med mer riktade och målgruppsspecifika insatser. Flera av regionerna arbetar redan med olika typer av insatser. Vilka insatser som behövs i de olika regionerna, beror på förhållandena i respektive region.

Vi börjar med några exempel på olika organisatoriska lösningar. Därefter ger vi exempel på insatser utifrån patientens väg genom vården. Sist i kapitlet lyfter vi exempel på hur regionerna arbetar inom området förlossningsvård och kvinnors hälsa.

Organisatoriska lösningar kan möta flera behov

Här följer några exempel på organisatoriska lösningar som kan användas för att underlätta kontakt och kommunikation [3]:

- **Ungdomsmottagningar:** Hjälp och rådgivning om SRHR-vård.
- **Familjecentraler:** En informationskanal för familjer som migrerat till Sverige. Att kombinera familjecentralen med hembesök när ett barn har fötts skapar goda förutsättningar för föräldrarna att lära sig om hur vården fungerar och hur man hittar rätt i den.
[Läs mer i Familjecentraler och familjecentralslänkande verksamheter – Kartläggning, analys och förslag \(pdf\).](#)
- **Hälsonavigatörer och kulturdoulor:** Flera verksamheter har positiva erfarenheter av hälsonavigatörer med olika kulturell bakgrund.
- **Uppsökande verksamhet:** SRHR-bussar och hembesök i samband med att en familj fått barn är exempel på uppsökande verksamhet.
- **Kompetensutveckling:** Utbildning i sexuell och reproduktiv hälsa, asylsökandes och våldsutsattas rättigheter, bemötande med mera.

Viktigt att utgå från en behovsanalys

En central insats på beslutsfattarnivå är att ta fram en behovsanalys och planera för hur den aktuella regionen bäst kan arbeta med att öka tillgängligheten och jämlikheten i vården. Ett första steg kan vara en kartläggning och utredning – som en del regioner redan har gjort. Detta kan sedan ligga till grund för beslut om olika insatser.

Insatser som kan stödja patientens väg genom vården

I det här avsnittet ger vi exempel på insatser som kan öka tillgängligheten genom hela vårdkedjan:

- hitta till och i vården
- boka vård
- i vårdmötet
- uppföljning.

Observera: Listorna är inte uttömmande; de innehåller exempel på insatser från våra underlag. Använd dem gärna som inspiration i arbetet.

Om begreppet "vård som inte kan anstå"

Vård som inte kan anstå omfattar vård och behandling av sjukdomar och skador i de fall där även en måttlig fördröjning bedöms kunna medföra allvarliga följder för patienten. Följdinsatser till sådan vård och psykiatrisk vård ingår också. Vård som inte kan anstå kan även innefatta att erbjuda hjälpmedel eller liknande för personer med funktionsnedsättning.¹

Vård som inte kan anstå

Vilken vård som inte kan anstå för en patient får avgöras i det enskilda fallet av den behandlande läkaren.

➔ **Läs mer** om vård som inte kan anstå på [Socialstyrelsens webbplats](#).

¹ *Vård som inte kan anstå* Socialstyrelsen (2024)
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2024-2-8962-bilaga09.pdf>

Hitta till och i vården

Kontakt och kommunikation

För att förbättra kontakt och kommunikation kan man till exempel

- skapa både digitala och analoga kontaktvägar, som bemannad reception och möjligheter till drop-in
- erbjuda tillgänglighetsanpassad information
- erbjuda information på flera språk om hur man når vården och bokar tid
- skapa möjlighet att fånga upp behov av längre tid för vårdmötet
- arbeta uppsökande, med SRHR-bussar och hälsonavigatörer
- ordna utbildningar om hur vården fungerar för personer som flyttat till Sverige, till exempel gruppträffar eller öppet hus.

Kompetensutveckling

Personal som tar emot patienter kan behöva utbildning i exempelvis

- asylsökandes och papperslösas rätt till vård
- vad "vård som inte kan anstå" innebär
- grundläggande kunskaper om sexuell och reproduktiv hälsa som en del av den allmänna hälsan
- bemötande och hantering av våldsutsatthet hos patienten, inklusive hur man hanterar akuta situationer
- frågor om diskriminering.

Rutiner och arbetssätt

Rutiner och arbetssätt kan behöva utvecklas, exempelvis genom att

- skapa lättanvända administrativa rutiner för asylsökandes och papperslösas rätt till vård
- skapa lättanvända och säkra administrativa rutiner för hantering av skyddade personuppgifter
- införa rutiner i vården för att identifiera om en patient har en funktionsnedsättning eller behov av extra stöd (exempelvis längre mötestid och information anpassad efter patientens behov)
- skapa rutiner för tillgång till tolk- och översättningsverktyg
- stärka tillgången till SRHR-tolkning och SRHR-översättning.

Boka vård

Olika sätt att boka vårdmöten

Man kan göra det lättare för patienten att boka sitt vårdmöte, exempelvis genom att

- se till att det även finns analoge vägar för att boka ett vårdmöte: bemannade receptioner, drop-in möjligheter och uppsökande verksamheter som SRHR-bussar och hälsonavigatörer
- utforma tydlig information på flera språk om hur man bokar ett vårdmöte
- skapa möjlighet att boka ett längre patientmöte än ordinarie för dem som kan ha behov av det.

Kompetensutveckling

Personalen kan behöva utbildning exempelvis i

- asylsökandes och papperslösas rätt till vård
- vad "vård som inte kan anstå" innebär
- grundläggande kunskaper om sexuell och reproduktiv hälsa som en del av den allmänna hälsan
- frågor om våldsutsatthet hos patienten och hur man kan hantera akuta våldsamma situationer
- hur man hanterar skyddade personuppgifter
- frågor om diskriminering.

Rutiner och arbetssätt

Rutiner och arbetssätt kan behöva utvecklas, exempelvis genom att man inför lättanvända och säkra

- rutiner för att identifiera om en patient som söker vård har en funktionsnedsättning (då kan det exempelvis behövas längre mötestid och information anpassad efter patientens behov)
- rutiner och effektiv administration för korrekt handläggning av vård till asylsökande och nyanlända
- rutiner och administrativa system för att kunna hantera skyddade personuppgifter på ett korrekt sätt.

I vårdmötet

Kontakt och kommunikation

För att anpassa kontakt och kommunikation i vårdmötet kan man exempelvis

- låta patienten välja om vårdmötet ska vara på plats eller distans
- skapa möjlighet till längre vårdmöten, anpassade efter patientens behov
- anpassa informationen efter patientens förmåga, och förvissa sig om att patienten förstår
- skicka med en skriftlig sammanfattning av den viktigaste informationen, eller undersöka om närstående kan hjälpa till
- använda tolk eller översättningsverktyg vid behov.

Allmän och specifik kompetensutveckling

Personalen behöver grundläggande kunskaper om sexuell och reproduktiv hälsa som en del av den allmänna hälsan, men även i mer specifika tillstånd som särskilt drabbar flickor och kvinnor, som provocerad vulvodyni, förlossningsskador och mensrelaterade tillstånd. Personalen kan dessutom behöva utbildning i

- asylsökandes och papperslösas rätt till vård
- vad "vård som inte kan anstå" innebär
- frågor om våldsutsatthet och hur man hanterar akuta våldssituationer
- hur man hanterar skyddade personuppgifter
- frågor om diskriminering.

Rutiner och arbetssätt

Rutiner och arbetssätt kan behöva utvecklas, exempelvis genom att

- öppna upp för samtal om sexuell och reproduktiv hälsa, eftersom patienten kanske inte tar upp sådana frågor självmant
- remittera patienten för vidare utredning om det saknas kompetens eller möjligheter där patienten söker vård
- skapa rutiner för att implementera nationella riktlinjer och kunskapsstöd på alla områden, på området gynekologisk smärta, men även för övrig SRHR-vård, inklusive annan vård.

Uppföljning

Kontakt och följdfrågor

För att underlätta för patienten att ta kontakt och ställa följdfrågor kan man till exempel

- skapa olika sätt att kontakta patienten för uppföljning, via både digitala och analoga kanaler
- anpassa informationen efter patientens förmåga att tillgodogöra sig den
- skapa goda möjligheter för patienten att få information och ställa följdfrågor, även när uppföljning inte är nödvändig.

Kompetensutveckling

Personalen behöver kompetens för att kunna följa upp på ett patientsäkert sätt. De kan exempelvis behöva utbildning i frågor om

- vad "vård som inte kan anstå" innebär
- våldsutsatthet hos patienten, och hur man hanterar akuta våldssituationer
- hur man hanterar skyddade personuppgifter
- diskriminering.

Rutiner och arbetssätt för uppföljning i förlossningsvården

Det är viktigt med en tydlig och sammanhängande graviditetsvårdkedja, från inskrivningen i mödrahälsovården till eftervården. För att uppföljningen ska bli effektiv kan rutiner och arbetssätt behöva utvecklas, exempelvis genom att man

- utvecklar vårdkedjan, och möjligheten till remiss till specialister, så att hänsyn tas till prioriterade gruppers behov
- inför lättanvända rutiner och effektiv administration för en korrekt handläggning av vård till asylsökande och nyanlända
- inför lättanvända och säkra rutiner och administrativa system för att hantera skyddade personuppgifter på ett korrekt sätt.

Exempel från vården vid förlossning och för kvinnors hälsa

I det här avsnittet presenterar vi exempel på hur regionerna arbetar redan idag för att öka tillgänglighet och jämlikhet för vård som gäller sexuell och reproduktiv hälsa, bland annat för att nå de prioriterade grupperna.

Regionerna redovisar årligen sina insatser för att skapa en mer personcentrerad, tillgänglig och jämlik mödrahälsovård och förlossningsvård, samt förstärkta insatser för kvinnors hälsa. De redovisar även utveckling och förbättringar, allt enligt de överenskommelser som ingåtts mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.

→ **Läs mer:** Exempelen i det här kapitlet är tagna från [Förstärkta insatser för kvinnors hälsa – uppföljning av regionernas insatser inom området förlossningsvård och kvinnors hälsa 2023](#) [5].

Ökad tillgång till hälso- och sjukvård för gynekologisk smärta

Detta är exempel på insatser som pågår och som regionerna uppfattar har förbättrat tillgängligheten till vård för gynekologisk smärta och tillgången till gynekologisk vård generellt [5]:

- utbildning i endometrios av barnmorskor och allmänläkare i primärvården
- inrättande av en specifik tjänst som endometriosbarnmorska
- förbättrade flöden, optimering av vårdprocesser, ökad samverkan och förändring av arbetssätt
- stärkt tillgänglighet till ungdomsmottagningar, bland annat genom
 - stärkt bemanning av barnmorskor
 - tillgång till fysioterapeuter
 - inrättande av digitala mottagningar och bättre digitalt stöd
 - utåtriktad information på skolor om sexuell hälsa.
- kraftig minskning av tonårsaborter i en region – och regionen uppfattar att minskningen beror på deras långsiktiga arbete med prevention.

Tydligare remissvägar vid fysiska besvär efter förlossning

En del regioner redovisar utmaningar med att remissvägarna är otydliga, och att nyförlösta inte vet vart de ska vända sig vid psykiska eller fysiska besvär efter förlossningen. Några regioner uppger att det är utmaningar som är

kända sedan tidigare, och att det pågår – eller planeras för – förbättringsarbeten för att göra remissvägarna tydligare.

Här följer exempel på olika typer av förbättringsarbete i regionerna [5]:

- Den skriftliga informationen om remissvägar har utvecklats och förtydligats.
- Gravida och nyförlösta får tydlig information om var man kan få hjälp vid psykisk ohälsa efter en graviditet.
- Barnmorskan erbjuder tidig telefonuppföljning och tillgång till chatt efter förlossningen.
- Nyförlösta med bristningar grad 3–4 får kontakt med en fysioterapeut innan de lämnar BB, och de bokas för återbesök till specialistmödravården inom 10–12 veckor.
- Alla som drabbats av bristningar grad 2, 3 och 4 får fylla i en bristningsenkät vid olika tidsintervall efter förlossningen. De följs sedan upp efter behov.
- En bristningsmottagning inrättades under 2023, där barnmorskor inom några dagar kan ta emot patienter, bedöma och triagera vidare vid behov.

Riktade insatser till utlandsfödda för att höja besöksfrekvensen

Flera regioner lyfter ett målinriktat arbete med att informera om vikten av eftervårdsbesök till nyförlösta som är födda i utanför de nordiska länderna. Detta har bidragit till en högre besöksfrekvens i denna grupp. Några exempel som redovisats 2023 [5]:

- översättning av patientinformation för att säkerställa att alla patienter får samma skriftliga information, oavsett språk
- införande av ett översättningsverktyg som kan användas vid akuta situationer då en tolk inte finns tillgänglig
- en särskild insats om hälsokommunikation för att nå utlandsfödda kvinnor med information om graviditet, preventivmedel och cellprov, för att främja hälsa och förebygga sjukdom
- föreläsningar om sexuell hälsa på svenska för invandrare (sfi), med information om var man kan söka vård
- analyser för att ta reda på både hinder och faktorer som kan öka vårddeltagande bland kvinnor i socioekonomiskt utsatta områden, exempelvis när det gäller att gå på självprovtagning för HPV, gå på hälsokontroller och delta i vaccinationsprogram.

Ökat föräldrastöd genom utbildning och information – för vård på lika villkor

Flera regioner arbetar med att utveckla föräldrastöd genom utbildning och information [5]. Behov av att anpassa aktiviteter, språk och innehåll till föräldrar som inte har svenska som modersmål har uppmärksammats i olika insatser, liksom stärkt omhändertagande av psykosociala riskgrupper. Syftet är framför allt att skapa förutsättningar för att ge vård på lika villkor. Här är några exempel:

- informationsmaterial och aktiviteter på flera språk
- information via 1177, informationsskärmar och andra kanaler
- erbjudande om digitala föräldrautbildningar
- en kulturdoula som stöttar nyanlända kvinnor som har svagt socialt stöd.

Vård för sexuellt våld och könsstympling

Vården för flickor och kvinnor som utsatts för sexuellt våld och könsstympling ska vara tillgänglig, jämlik och kunskapsbaserad [5]. Några regioner redovisar olika typer av insatser:

- kompetenshöjande insatser för hälso- och sjukvårdspersonal för ett bättre och mer jämlikt omhändertagande av kvinnor som genomgått könsstympling
- framtagande eller revidering av vårdriktlinjer för att säkerställa en tydlig vårdkedja för kvinnor som genomgått könsstympling
- utbildningsinsatser om våld i nära relationer för personal
- insatser för att stärka vården för personer som utsatts för sexuella övergrepp och sexuellt våld, bland annat genom att säkerställa att personalen har rätt kompetens för att identifiera sexuellt utsatta
- utveckling och justering av rutiner och riktlinjer för bemötande och omhändertagande av personer som utsatts för sexuellt våld.

Det behövs fler insatser i alla regioner

Vi noterar att regionerna redan gör flera av de insatser som vi lyfter fram i denna rapport [5], i varierande utsträckning. Men regionerna ser också att fler insatser behövs, som till exempel:

- Samtliga regioner redovisar ett fortsatt behov av insatser och statligt stöd för att främja utvecklingen mot en mer personcentrerad, tillgänglig, och

jämlik förlossningsvård, inte minst när det gäller hälso- och sjukvård för kvinnor.

- Regionerna efterfrågar samverkan och samordning mellan olika aktörer. De vill ha information och kunskap som är koordinerad och samlad på ett och samma ställe.
- Inom vissa områden ser regionerna ett behov av centralisering för att nå bättre framgång.
- Regionerna ser ett behov av en strategisk plan om de statliga medlen skulle fasas ut.

Notera: Behovet av nationell samordning och önskan att lära av varandra är viktiga budskap för det fortsatta arbetet med insatser för en mer tillgänglig vård för alla.

Hinder för vård – röster från en intervjustudie

I det här kapitlet tar vi upp olika typer av svårigheter och hinder som patienter kan uppleva i vården och som kom fram i den intervjustudie som Socialstyrelsen låtit genomföra [4]. Uppgifterna i det här kapitlet kommer från den rapporten. Intervjupersonernas berättelser ger konkreta exempel på hur hindren upplevs av de intervjuade, och de ger ett värdefullt bidrag till planeringen för en mer tillgänglig vård.

Först presenterar vi de grupper som ingår i studien, och sedan ger vi en kort översikt bild över **generella** hinder som många av intervjupersonerna upplevt. Därefter beskriver vi hinder kopplade till **organisation, kompetens** och **målgrupp**.

Intervjuade personer

En intervjustudie har tagits fram på uppdrag av Socialstyrelsen. Den ger en fördjupad bild av hur 21 personer från fyra av de prioriterade grupperna upplever svårigheter att få den vård de behöver [4]. Intervjupersonerna omfattar

- personer som lever i ekonomisk eller social utsatthet
- personer med erfarenhet av migration eller rasism
- personer med funktionsnedsättning
- äldre (65 år och äldre).

Uppgifterna i det här avsnittet är hämtade från denna intervjustudie.

Generella hinder för vård

Några generella hinder för att få kontakt med vården återkommer hos flera intervjupersoner, som också representerar olika prioriterade grupper [4].

Gemensamt för många är upplevelser och erfarenheter av

- diskriminering
- att inte bli tagen på allvar eller trodd på
- att inte bli lyssnad på.

Sådana upplevelser är extra tydliga hos

- äldre personer
- personer med funktionsnedsättning.

Ett annat hinder för att få rätt vård som många av de intervjuade kvinnorna upplever är att

- kunskapen i hälso- och sjukvården brister framför allt i kvinnorelaterade gynekologiska tillstånd, som till exempel provocerad vulvodyni, förlossningsskador och mensrelaterade tillstånd.

Av intervjustudien framgår också att

- hälsolitteraciteten ofta är lägre i de grupper intervjupersonerna tillhör
- intervjupersonerna ofta saknar kunskap om sjukvårdssystemet och rätten till vård, däribland vård för sexuella och reproduktiva sjukdomar och tillstånd.

Organisatoriska hinder för vård

Även när det gäller hur vården är organiserad ser vi ett mönster som återkommer med upplevda hinder för personer i de prioriterade grupperna. De gäller hur man

- måste kunna hantera digitala medel
- hittar till vården
- hittar i vårdssystemet när man väl fått en ingång
- tillgodogör sig vårdbesöket
- följs upp efter vårdbesöket.

Digitaliseringen har både för- och nackdelar

I intervjustudien, men även i andra material, framgår att digitaliseringen kan vara ett hinder för vissa, samtidigt som det kan vara en hjälp för andra. Digitalisering ställer krav på att ha råd med utrustning och förmågan att använda den. Samtidigt tar det bort krav på fysisk närvaro, transport – och tid och ekonomiska resurser för detta. Här beskriver vi mer utförligt vad intervjupersonerna i studien upplevt när det gäller digitalisering.

Digital utrustning saknas

Flera av intervjupersonerna upplever stora hinder när det saknas drop-in och möjlighet att boka tid med hjälp av personal i en reception. Det behövs därför andra sätt att nå hälso- och sjukvården för personer som saknar tillgång till mobiltelefon eller dator, och för dem som inte har bank-id eller kunskap om hur man bokar tider online.

Bristande kunskaper och förmågor

Flera av intervjupersonerna upplever att digitaliseringen gör det svårt att söka vård och tillgodogöra sig information från vården. Exempelvis personer med vissa funktionsnedsättningar, äldre och de som inte pratar svenska. Det krävs kunskaper och resurser för att tillgodogöra sig information och hantera olika digitala system, som 1177 eller applikationer för bokningar av tider – kunskaper och resurser som inte finns i hela befolkningen.

Några av intervjupersonerna beskriver hur de upplever att hälso- och sjukvårdspersonalen tycker att de är besvärliga när de efterfrågar muntlig eller skriftlig information.

En del har inte råd

Det framkommer också att personer undviker att söka vård på grund av att de inte har råd med digital utrustning. Några säger att de måste välja mellan att söka vård eller få mat på bordet. De väljer de det senare, om det inte är akut, vilket den sexuella och reproduktiva hälsan inte alltid uppfattas som.

Att hitta till, och i, vården

Flera av intervjupersonerna upplever att de inte får hjälp för sina sexuella eller reproduktiva besvär. Upplevelsen är att vägen till hjälp är lång och snårig på grund av hinder som bristfällig information och bristande helhetssyn, otillräcklig tvärmedicinsk kompetens och otillräcklig samordning. Flera säger att det krävs envishet och kunskap för att kräva sin rätt till vård. Att behöva vara påstridig och driva sitt ärende återkommer i intervjuerna.

Flera av de intervjuade har en upplevelse av att vården inte är till för dem. De har inte kunskap om vilka möjligheter till vård som finns – och vilken vård de har rätt till. Det gäller bland annat screening för livmoderhalscancer och bröstcancer, och tillgång till preventivmedelsrådgivning. I sådana fall kan särskilt riktade informationsinsatser behövas.

Informationsfrågor

De intervjuade har varierande erfarenheter av att hitta information om vart de bör vända sig i ett första skede, och information om lämplig vårdgivare.

Sexuell och reproduktiv hälsa är ett känsligt ämne för vissa, och då kan det vara svårt att ta upp frågor som rör detta, exempelvis i samband med ett besök på vårdcentralen.

I intervjustudien är det personer som lever i social eller ekonomisk utsatthet, eller har erfarenhet av migration eller rasism, som uttrycker störst

utmaningar när det handlar om att känna till vilken vård som finns, söka vård och hitta rätt vårdinstans. För någon som saknar kunskap om hälso- och sjukvårdssystemet, och som inte kan språket, blir det ofta svårt att veta var man kan ta del av sådan information, men även att förstå den information som finns. I vår litteratursökning såg vi att liknande upplevelser finns också i andra länder [6, 7].

Patienter hamnar mellan stolarna

För flera av personerna som intervjuats skapar vårdens fragmentisering situationer som de har svårt att hantera. Vården utgår från sina specialistområden och patienten kan hamna mellan stolarna. Ibland leder det till sämre vård – eller ingen vård alls.

De intervjuade beskriver stora svårigheter kopplade till att hitta rätt vård, inte minst de som har funktionsnedsättningar eller en komplex hälsoproblematik, exempelvis efter förlossningsskador:

- Det är svårt att hitta rätt vårdgivare, eftersom de ofta slussas mellan olika.
- Det är svårt att hitta vårdgivare med professionell kompetens om till exempel funktionsnedsättningar och sexuell hälsa.

Särskilda hinder för personer med funktionsnedsättningar

För intervjupersonerna i gruppen som har vissa funktionsnedsättningar framgår flera hinder i kontakt med vården [4]. När funktionsnedsättningen inte syns utanpå kan de vara svårt för vårdpersonalen att förstå konsekvenserna.

En av intervjupersonerna som har en förvärvad hjärnskada berättar att vårdmötet kan upplevas förvirrande; det kan vara svårt att förklara varför hon är där och hon kan glömma bort vad läkaren sagt. Samtidigt säger hon att vården inte verkar förstå hur hennes funktionsnedsättning påverkar henne, och att hon skulle behöva ett annat mottagande för att känna sig trygg och omhändertagen.

Några av intervjupersonerna har nämnt att de skulle behöva någon som följer med och förklarar vad som händer i vårdmötet. Flera av de intervjuade beskriver betydelsen av tid: det behövs tillräckligt med tid att förklara och få saker förklarade.

Flera av intervjupersonerna med allvarliga förlossningsskador och andra gynekologiska skador eller sjukdomar framhåller att det kan vara mycket svårt att ta del av information som rör såväl aktuella vårdgivare som information om hur man bör hantera sin problematik [4].

Även om man hittar rätt får man inte vård

För flera av de intervjuade kvinnorna har det varit självklart att i första hand vända sig till en gynekolog för att få hjälp. Utmaningen för dem som exempelvis har besvär med provocerad vulvodyni, kraftiga menstruationsblödningar eller förlossningsskador har bestått i att de inte har fått rätt hjälp på den gynekologiska öppenvårdsmottagningen, eller att det har varit långa väntetider. Dessa faktorer har i sin tur lett till att de antingen har behövt söka sig vidare för att hitta vårdgivare som kan behandla dem, eller att de har placerats i köer som kan vara mycket långa.

Flera intervjupersoner önskar också att de hade fått en remiss till en specialistläkare med kunskap om deras specifika besvär. De nämner vid flera tillfällen att de söker vård upprepade gånger utan att få den hjälp de behöver. De undrar om det inte finns hjälp att få, eller om de bara inte fått möjlighet att träffa en specialist inom området.

Bristande kunskap om rätt till vård för asylsökande och andra migrantgrupper

Företrädare för civilsamhällets organisationer som har intervjuats beskriver att de som arbetar i receptioner på till exempel vårdcentraler eller andra vårdmottagningar ofta saknar kunskap om

- innebörden av begreppet ”vård som inte kan anstå”
- vilken vård som är kostnadsfri för exempelvis asylsökande och andra migrantgrupper
- hur asylsökande med LMA-nummer ska registreras i journalsystemet med flera administrativa aspekter [4].

Intervjupersonerna upplever att detta innebär problem för målgruppen personer med erfarenhet av migration eller rasism. De upplever att bristande kunskaper ofta leder till att personer nekats vård eller hänvisas till någon annan mottagning.

Behov av basal vård

I intervjustudien lyfts att det av olika skäl kan vara svårare för personer som befinner sig i social utsatthet, eller har erfarenhet av migration eller rasism, att få tillgång till basal hälso- och sjukvård, exempelvis för att förhindra infektioner, skador och vidare sjukdomsutveckling.

Intervjuundersökningen visar att den sexuella hälsan och de reproduktiva rättigheterna ofta är sekundära i förhållande till andra krämpor eller sjukdomar, utifrån hur livssituationen ser ut. Flera av de intervjuade som befinner sig i social utsatthet, eller har erfarenhet av migration eller rasism,

uttrycker framför allt behov av annan typ av vård än SRHR-relaterad vård [4].

Hinder för att tillgodogöra sig vården

Otillräckligt med tid i vårdmötet flyttar ansvaret till patienten

Flera intervjupersoner beskriver betydelsen av tid. Det behöver finnas tillräckligt med tid i vårdmötet för att kunna förklara och få saker förklarade. Några har nämnt att de skulle behöva någon som följde med dem och förklarade vad som händer i vårdmötet.

Det beskrivs i intervjustudien hur otillräcklig information kan ge upphov till stress, skamkänslor och oro. Man saknar information om vad olika symtom kan bero på, om egenvård, behandling och uppföljning. Otillräcklig information kan också bidra till att symtomen försämras och blir mer svårbehandlade. Intervjupersonerna upplever att det ofta ligger på dem att ta fram information om sina symtom och om egenvård. Enligt de intervjuade beror detta på tidsbrist i vården, kompetensbrist och att personalen förefaller obekvämt med att prata om sexuell hälsa och lust [4].

Känsligt att ta upp sexuell hälsa

Att sexuell och reproduktiv hälsa upplevs som ett känsligt ämne bland vissa av intervjupersonerna lyfts även som ett hinder, inte minst för äldre och personer med funktionsnedsättningar. De beskriver att de känner till att de kan ta upp dessa frågor, men att det upplevs som känsligt eller privat att göra det. Därför ställer de inte frågor som rör den sexuella och reproduktiva hälsan till vårdpersonalen på vårdcentralen [4].

Hinder för uppföljning

Bristande uppföljning, kontinuitet och vidareremittering

Majoriteten av de intervjuade, oavsett målgrupp, berättar om bristande uppföljning och kontinuitet i hälso- och sjukvården, samt en osäkerhet kring vilken vårdgivare som ansvarar för vad. Bristande uppföljning, och – till följd av det – bristande kontinuitet, beskrivs som ett omfattande problem, såväl inom den SRHR-relaterade vården som inom annan typ av vård [4].

Flera av de intervjuade ger exempel på när de har sökt vård och behandlats, och sedan inte fått någon återkoppling, eller att uppföljningen av behandlingen har runnit ut i sanden. Vissa intervjupersoner har istället själva

fått ansvara för att upprätthålla kontakten med vården och ”ligga på” för att inte glömmas bort.

Det framkommer också att patienterna inte alltid remitteras vidare till en specialist när primärvården inte har tillräcklig kunskap om deras tillstånd. Istället skickas de hem – för att sedan behöva söka vård igen, med förhoppningen om att få hjälp denna gång [4]. Alternativt låter de bli att söka vård igen, och får istället leva med problemen utan att få hjälp. Intervjupersoner uttrycker att det ofta saknas specialistmottagningar utanför storstadsregionerna som kan ge den vård de behöver. Tillgången till vård är i praktiken ojämlig och beror på var man bor.

Kompetensbrister

Intervjupersonerna upplever att vården ofta saknar kunskap om specifika behov och förutsättningar hos de grupper av personer som intervjuats. Kompetensen varierar hos olika vårdgivare och den upplevs vara personbunden. Flera exempel på vad intervjupersonerna upplever vara kompetensbrister lyfts i intervjumaterialet. Det gäller till exempel

- sjukdomar som främst drabbar kvinnor
- förlossningsskador
- våldsutsatthet
- sexuellt våld
- erfarenhet av trauma
- vissa medicinska diagnoser
- tvärprofessionell kompetens.

Kunskap och kompetens saknas – framför allt om gynekologiska tillstånd

Återkommande framkommer att intervjupersonerna upplever att kunskapen inom hälso- och sjukvården brister, framför allt om kvinnorelaterade gynekologiska tillstånd [4], exempelvis

- provocerad vulvodyni
- förlossningsskador
- mensrelaterade tillstånd.

Några av kvinnorna reflekterar över att tillstånd och besvär som drabbar kvinnor specifikt är osynliga eller okända, i samhället i stort och delvis även inom vården. Flera kvinnor upplever dessutom att deras sexuella lust och funktion inte tas på allvar.

Kunskapen om sexuell och reproduktiv hälsa behöver höjas

Intervjupersonerna upplever att sexuell lust och funktion ofta hanteras separat, och inte som del av den allmänna hälsan – eller bara om patienten själv driver på och ställer frågor. Intervjupersonerna redovisar att de upplever kompetensbrister hos vårdpersonalen när det gäller att ställa frågor och diskutera sexuell och reproduktiv hälsa.

Annat som påverkar kvaliteten i vårdmötet är, enligt vad som kommit fram i intervjuerna, brist på tid i mötet och bristande rutiner att ställa frågor. De upplever att ett stort ansvar läggs på patienten att ställa frågor, förklara och driva på, vilket försvårar för dem som inte har ett starkt socialt kapital och kunskap om sina rättigheter, eller som känner stigma eller skam över sina besvär. Ofta handlar det om personliga och integritetsnära besvär, och många intervjupersoner hade önskat att de fått mer stöd och hjälp av vårdpersonalen när de försökt berätta om sina problem.

Kunskapen om rätt till vård för asylsökande behöver höjas

Företrädare för civilsamhällets organisationer, som deltagit som intervjupersoner i undersökningen, uppger att de upplever att de som arbetar i receptioner på vårdcentraler och andra vårdmottagningar ofta har otillräckliga kunskaper om olika administrativa aspekter, exempelvis:

- begreppet ”vård som inte kan anstå”
- vilken vård som är kostnadsfri för exempelvis asylsökande och andra migrantgrupper
- hur asylsökande med LMA-nummer ska registreras i journalsystemet.

Intervjupersonerna anser att det är ett problem, eftersom det kan leda till att personer nekats vård eller hänvisas till en annan mottagning. Personen får då inte den vård den har behov av och rätt till.

Kunskap om att hantera våldsutsatthet behöver höjas

I intervjuundersökningen har en person med skyddade personuppgifter intervjuats. Hon beskriver utförligt de svårigheter hon upplever i sina kontakter med vården. Vid flera tillfällen har hon varit med om att vården av misstag röjt hennes identitet. Den intervjuade ser stora behov av kompetenshöjning för att vårdpersonalen ska kunna hantera skyddade personuppgifter på ett säkert sätt [4]. Det behövs lättanvända och säkra administrativa system så att uppgifter som ska vara skyddade inte läcker.

Bemötande – vissa söker inte vård på grund av dåliga erfarenheter

Flera av intervjupersonerna uppger att de upplever att de inte blir lyssnade på, att vårdpersonalen inte litar på vad de säger, eller att de inte blir tagna på allvar. Detta är extra tydligt bland äldre och personer med funktionsnedsättning som har intervjuats.

Upplevelser av diskriminering återkommer också ofta. Det gäller framför allt personer med erfarenhet av migration eller rasism, personer i social utsatthet, i vissa fall med missbruksproblematik, samt personer med märkbara fysiska funktionsnedsättningar [4].

Litteratursökning om hinder och insatser för prioriterade grupper

I litteraturgenomgången såg vi att flera av de hinder som intervjupersonerna redovisar i den intervjustudie som Socialstyrelsen låtit utföra om svenska förhållanden, även förekommer i andra länder som ingick i litteraturstudien. Se till exempel [6–8], som handlar om migranternas erfarenheter och upplevelser av att söka vård, samt bilagan Metodbeskrivning.

Det finns även artiklar som gäller svenska förhållanden. Exempelvis lyfter en artikel om migranternas tillgång till vård i Sverige, att personer med migranterfarenhet har sämre sexuell och reproduktiv hälsa än befolkningen överlag, delvis på grund av språkliga och kulturella hinder [9].

I rapporten *SRHR och migration – nio verksamheter i VGR berättar om behov och utmaningar* (2022) var syftet att ta reda på vad hälso- och sjukvårdspersonal behöver för att på bästa möjliga sätt kunna tillgängliggöra SRHR för patienter med migrantbakgrund [10]. Rapporten lyfter flera utvecklingsområden i arbetet med migranter och SRHR i Västra Götalandsregionen:

- information på flera språk
- insatser för att nå målgruppen – bland annat ett utökat samarbete med SRHR-bussen, för att nå de allra mest utsatta ungdomarna
- ökat utåtriktat förebyggande SRHR-arbete i form av informations- och gruppträffar för målgruppen och liknande insatser
- kompetenshöjande insatser, exempelvis
 - utbildning av personal i antidiskriminering och normmedvetet arbetssätt
 - kunskap om hbtqi-personers livsvillkor med koppling till etnicitet och migration
 - kunskap om vad ”vård som inte kan anstå” innebär och hur den tillämpas
 - en mobiliserande och kunskapshöjande konferens på temat SRHR och migration.

Rapportens underlag och avgränsningar

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att genomföra insatser för en jämlik hälso- och sjukvård med fokus på sjukdomar och tillstånd som främst drabbar kvinnor och flickor (S2023/00969 (delvis)) [1]. I den här rapporten ger vi, utifrån våra underlag, exempel på insatser som används av regionerna idag för att öka tillgängligheten och jämlikheten i svensk hälso- och sjukvård. Rapporten innehåller dessutom en beskrivning av hur intervjupersoner från de prioriterade grupperna upplever olika typer av hinder för att söka, få och tillgodogöra sig vård.

I det här kapitlet beskriver vi det underlag som ligger till grund för rapporten, och vilka avgränsningar vi har gjort.

Underlag

Underlaget för rapporten består av

- en kartläggning som utförts av Socialstyrelsen [3]
- en intervjustudie som har tagits fram på uppdrag av Socialstyrelsen [4]
- en litteratursökning av artiklar om insatser för flickor och kvinnor som leder till ökad tillgänglighet till hälso- och sjukvården, se bilagan Metodbeskrivning.

Kartläggning

Målet med delprojektet var att göra en fördjupad undersökning av ett urval av de insatser som ges i regionerna inom SRHR-området i syfte att stärka förutsättningarna för jämlik vård och hälsa. Ett annat projektmål var att, i den mån det är möjligt, bedöma om insatserna har lett till önskat resultat.

Rapporten *SRHR-insatser i regionerna Exempel på insatser för att nå särskilda grupper* (Socialstyrelsen 2024) [3], togs fram som underlag för att föreslå insatser så att hälso- och sjukvården bättre ska nå grupper som de idag inte når fullt ut. Rapporten kan begäras ut från Socialstyrelsen. Den handlar om personer med svaga socioekonomiska förutsättningar, personer med funktionsnedsättning, äldre personer, unga och unga vuxna, hbtqi-personer samt personer med erfarenhet av migration eller rasism.

- ➔ **Läs mer:** Rapporten ligger till grund för kapitlet *Exempel på insatser som kan öka tillgängligheten*.

Intervjustudie

Intervjustudien med personer från de prioriterade grupperna har gett en personlig och mångfacetterad beskrivning av hur det är att söka vård i Sverige 2023 [4]. Studien kan begäras ut från Socialstyrelsen.

Även om det är ett litet urval, bara 21 personer, så ser vi berättelserna som ett viktigt material när man tar sig an de avstånd som kan finnas mellan vårdsökande i de prioriterade grupperna med vårdbehov och hälso- och sjukvården som organisation. Det gäller inte minst vård på området sexuell och reproduktiv hälsa.

→ **Läs mer:** Intervjustudien ligger till grund för kapitlet *Hinder för vård – röster från en intervjustudie*.

Litteratursökning

Vi har gjort två litteratursökningar med fokus på insatser för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården för de prioriterade målgrupperna, dels för SRHR-vård och dels för övrig vård.

Från sökningen valde vi ut ett antal artiklar och systematiska översikter. Vi refererar till några här i rapporten. Flertalet artiklar beskriver upplevelser av hinder för vård, men det finns även beskrivningar av insatser för att komma över dessa hinder i varierande omfattning.

Av litteratursökningen framgår att de flesta av de utvalda artiklarna konstaterar att det behövs mer forskning på området, bland annat om vilka effekter olika insatser kan ge.

Resultatet av litteratursökningen har fungerat som referensmaterial för de insatser som görs i framför allt Norden och Europa.

→ **Läs mer** i bilagan Metodbeskrivning.

Övriga underlag

Dessa underlag har också varit viktiga i vårt arbete:

- Folkhälsomyndighetens [Nationell handlingsplan för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter \(SRHR\) i Sverige Genomförande av den nationella SRHR-strategin 2023–2033](#) [2]
- Socialstyrelsens rapport [Förstärkta insatser för kvinnors hälsa Uppföljning av regionernas insatser inom området förlossningsvård och kvinnors hälsa 2024](#) [5].

→ **Läs mer** i bilagan Metodbeskrivning.

Avgränsningar

Insatser som förbättrar tillgänglighet och jämlikhet i vården för kvinnor och flickor är ett mycket vidsträckt område. I Sverige lever cirka 5,2 miljoner kvinnor och flickor (2023).² Det motsvarar ungefär hälften av befolkningen. Vårdinsatser för tillstånd och sjukdomar som särskilt drabbar dessa grupper omfattar därmed en stor del av vården på alla nivåer. Vi har därför gjort vissa avgränsningar.

Tillgänglighet till vård stärker jämlikheten

I regeringsuppdraget [1] anges att vården behöver finnas nära och vara tillgänglig, och möjligheter och vägar till vård behöver vara kända. Vi har utgått från att tillgänglighet till vård är ett första steg för att öka jämlikheten, och därför har vi fokuserat särskilt på tillgänglighet till vård.

Insatser i primärvården

En annan avgränsning vi har gjort är att särskilt undersöka hinder och insatser i primärvården. Det är den vård som möter den vårdsökande först, och den är också ingång till specialistvården. Därmed är primärvården ett naturligt fokus för stärkta insatser för ökad tillgänglighet till vård.

Ungdomsmottagningar är en viktig vårdinstans för unga och unga vuxna som ofta också fungerar som en första vårdkontakt. Vi har inte behandlat ungdomsmottagningarna separat här i rapporten, utan som en del av primärvården, trots att de ibland har en annan organisationsform, och formellt ligger utanför regionernas vårdorganisation.

Särskilt fokus på SRHR-vård

Regeringsuppdraget [1] omfattar hälso- och sjukvård med fokus på sjukdomar och tillstånd som främst drabbar kvinnor och flickor; det kan alltså handla om i princip alla typer av vård.

I det här projektet fokuserar vi på vård inom sexuell och reproduktiv hälsa, eftersom det knyter an till flera av våra deluppdrag på området. Litteratursökningen utvidgade vi till att även omfatta övrig vård, medan kartläggningen och intervjustudien avgränsades till SRHR-vård.

²https://www.google.com/search?q=hur+m%C3%A5nga+flickor+och+kvinnor+i+Sverige&rlz=1C1GCEB_enSE1055SE1055&oq=hur+m%C3%A5nga+flickor+och+kvinnor+i+Sverige&gs_lcrp=EgZjaHJvbWUyBggAEEUYOTIHCAEQIRigATIHCAIQIRifBdIBCUDU2OTRqMGo3qAIAAsAIA&sourceid=chrome&ie=UTF-8

De prioriterade grupperna

Enligt regeringsuppdraget behövs det kunskap för att vården ska nå de grupper som inte nås fullt ut i dag. Genom att undersöka hur prioriterade grupper upplever hur det är att söka vård har vi fått en fördjupad bild av svårigheterna. Vi har utgått från de prioriterade grupper som anges i Folkhälsomyndighetens *Nationella handlingsplan för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR)*.

I kartläggningen [3] och intervjustudien [4] har vi valt att fokusera särskilt på vård för sexuell och reproduktiv hälsa, medan en av de två litteratursökningarna tar sikte på tillgång till vård också för andra vanligt förekommande sjukdomar och tillstånd hos kvinnor och flickor.

Många tillhör olika prioriterade grupper

Intervjuundersökningen med personer från de prioriterade grupperna gav oss ett värdefullt underlag för en mer nyanserad bild av hur hindren att nå vården ser ut. Det är dock inte helt oproblematiskt att dela in en befolkning i grupper, av flera skäl. En omständighet som blivit tydlig i det här arbetet är att många tillhör flera prioriterade grupper samtidigt [2]. Exempelvis kan personer som lever i missbruk eller i hemlöshet ha specifika behov. Men även dessa kan ha nytta av de insatser som föreslås för den större gruppindelningen.

Specifika behov och generella insatser

Avgränsningen gäller insatser som kan förbättra tillgången till vård för flickor och kvinnor inom de prioriterade grupperna. Vi tror dock att insatserna kan bidra till att öka tillgängligheten för alla som upplever svårigheter att få tillgång till vård.

- ➔ **Läs mer:** Folkhälsomyndigheten utvecklar resonemanget om indelningen i de prioriterade grupperna i [Nationell handlingsplan för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter \(SRHR\) i Sverige – genomförandet av den nationella SRHR-strategin 2023–2033](#).

Referenser

1. Regeringskansliet. Uppdrag att genomföra insatser för en jämlik hälso- och sjukvård med fokus på sjukdomar som främst drabbar kvinnor och flickor. Dnr S2023/00969. 2023.
2. Folkhälsomyndigheten. Nationell handlingsplan för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) i Sverige – Genomförandet av den nationella SRHR-strategin 2023–2033. 2023.
3. Socialstyrelsen. SRHR-insatser i regionerna. Exempel på insatser för att nå särskilda grupper. 2024.
4. SWECO. Enskildas erfarenheter och behov av vård inom området sexuell och reproduktiv hälsa. En intervjuundersökning. 2024.
5. Socialstyrelsen. Förstärkta insatser för kvinnors hälsa. Uppföljning av regionernas insatser inom området förlossningsvård och kvinnors hälsa 2023. 2024.
6. Kasper A, Mohwinkel LM, Nowak AC, Kolip P. Maternal health care for refugee women - A qualitative review. *Midwifery*. 2022; 104:103157.
7. Sawadogo PM, Sia D, Onadja Y, Beogo I, Sangli G, Sawadogo N, et al. Barriers and facilitators of access to sexual and reproductive health services among migrant, internally displaced, asylum seeking and refugee women: A scoping review. *PLoS One*. 2023; 18(9):e0291486.
8. McKnight P, Goodwin L, Kenyon S. A systematic review of asylum-seeking women's views and experiences of UK maternity care. *Midwifery*. 2019; 77:16-23.
9. Svensson P, Carlzén K, Agardh A. Exposure to culturally sensitive sexual health information and impact on health literacy: a qualitative study among newly arrived refugee women in Sweden. *Culture, Health & Sexuality*. 2017; 19(7):752-66.
10. Kunskapscentrum för sexuell hälsa Västra Götalandsregionen. SRHR och migration. Nio verksamheter i VGR berättar om behov och utmaningar. Västra Götalandsregionen, Regionhälsan; 2022.

Bilaga

Bilaga: Metodbeskrivning.

I den här rapporten beskriver Socialstyrelsen insatser för att nå flickor och kvinnor i prioriterade grupper som hälso- och sjukvården når i lägre utsträckning än andra. Vi ger en lägesbild av de hinder som förekommer och ger exempel på insatser som kan öka tillgängligheten och jämlikheten i svensk hälso- och sjukvård.



Socialstyrelsen

Insatser som kan öka tillgängligheten i vården (artikelnr 2025-1-9401)
kan laddas ner från socialstyrelsen.se/publikationer.