



# Ensamkommande tjejers SRHR före, under och efter flykten till Sverige

Upplevelser, behov och förslag till arbetsätt

Datum: 2025-12-23

Dokumentnamn: Ensamkommande tjejjers SRHR före, under och efter flykten till Sverige: Upplevelser, behov och förslag till arbetssätt.

Kontaktperson: My Opperdoes, Regionhälsan, Kunskapscentrum för sexuell hälsa

Telefon: 076-3253008

E-post: [my.opperdoes@vgregion.se](mailto:my.opperdoes@vgregion.se)

**Citera denna rapport:** Opperdoes M, Yared Z, Dellenborg L, & Greenbrook, JTV. *Ensamkommande tjejers SRHR före, under och efter flykten till Sverige: Upplevelser, behov och förslag till arbetssätt.* Göteborg: Kunskapscentrum för sexuell hälsa, Västra Götalandsregionen och Göteborgs universitet, 2025.

**Cite this report:** Opperdoes M, Yared Z, Dellenborg L, & Greenbrook, JTV. *Ensamkommande tjejers SRHR före, under och efter flykten till Sverige: Upplevelser, behov och förslag till arbetssätt.* Gothenburg, Sweden: Knowledge Centre for Sexual Health, Västra Götalands Region and the University of Gothenburg, 2025.

**Rapportens författare:** My Opperdoes, Zena Yared, Lisen Dellenborg och Josephine T. V. Greenbrook

**Omslagsbild:** Pexels Stockphoto

**Ämnesord:** ensamkommande tjejer, sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR), intersektionalitet, migration, strukturella hinder, rasism i vården

Delar av resultatet som presenteras i denna rapport har tidigare publicerats på engelska under följande referens: Opperdoes M, Dellenborg L, Backman G, Ascher, H, & Greenbrook, JTV. "Vulnerable and strong at the same time": Forcibly displaced young women's lived experiences of their sexual and reproductive health and rights (SRHR) as former unaccompanied asylum-seeking girls. *PLOS Global Public Health* 2025;5(10):p.e0005241. doi: doi.org/10.1371/journal.pgph.0005241

**Forskargrupp:** My Opperdoes, RMN, utvecklingsledare och doktorand, Zena Yared, MD, MSc och forskningsassistent, Gunilla Backman, MA, PhD, Henry Ascher, MD, PhD, senior professor (2021-2024), Emma Lundberg, PhD och forskningsassistent och Siri Runmarker, studentforskare. Vetenskapligt ansvariga forskare: Lisen Dellenborg, PhD, docent och Josephine T. V. Greenbrook, MSc, LL.M, PhD.

**Forskargruppens arbete:** Projektet initierades av HA och MO, som även ansvarade för ansökningar om forskningsmedel och etiska tillstånd tillsammans med LD, JG och GB. HA var projektledare 2021-2024 och LD var projektledare 2024-2025. JG ansvarade för forskningsmetoden och ledde det metodologiska arbetet, samt handledning av analysprocessen för samtliga delstudier. HA och MO ansvarade för rekryteringsprocessen. MO genomförde all datagenerering. Analys för **delstudie 1** utfördes av MO med handledning av JG och utvecklades därefter vidare i gemensamma diskussioner med HA, LD och GB. Analys för **delstudie 2** utfördes av MO med handledning av JG och utvecklades därefter vidare i gemensamma diskussioner med LD och GB. Analys för **delstudie 3** utfördes av ZY och JG och utvecklades därefter vidare i gemensamma diskussioner med MO och LD. JG, MO och LD författade rapporten och ZY bidrog med kritiska synpunkter.

# Innehåll

<b>INNEHÅLL</b> .....	<b>3</b>
<b>SAMMANFATTNING</b> .....	<b>5</b>
<b>SUMMARY IN ENGLISH</b> .....	<b>6</b>
<b>INLEDNING – SYFTE OCH UTGÅNGSPUNKTER</b> .....	<b>7</b>
SRHR SOM GLOBAL OCH NATIONELL RÄTTIGHETSFRÅGA .....	7
MIGRATION, KÖN OCH LIVSVILLKOR I FÖRÄNDRING .....	8
INTERSEKTIONALITET: SAMVERKANDE SÅRBARHETER OCH MOTSTÅNDSKRAFT .....	8
ENSAMKOMMANDE FLICKOR I SVERIGE – BRISTANDE SKYDD FÖRSTÄRKER UTSATTHET	9
INSTITUTIONELLA RAMAR, BRIST PÅ SAMORDNING.....	10
SVENSK MIGRATIONSPOLITIK OCH MOTTAGANDET AV ENSAMKOMMANDE FLICKOR ....	10
KUNSKAPSLÄGE OCH FORSKNINGSLUCKOR .....	11
SRHR-LITTERACITET: KUNSKAP SOM FÖRUTSÄTTNING FÖR RÄTTIGHETSUTÖVNING...	12
FRÅN RÄTTIGHET TILL PRAKTIK.....	13
<b>METOD</b> .....	<b>14</b>
STUDIENS DESIGN.....	14
REKRYTERING .....	14
DELTAGARE.....	15
DATAGENERERING .....	15
DATAHANTERING OCH ANALYS .....	16
ETISKA ÖVERVÄGANDEN .....	17
<b>RESULTAT DELSTUDIE I</b> .....	<b>19</b>
FÖRE FLYKTEN – NORMER, BEGRÄNSNINGAR OCH TYSTNAD .....	19
FLYKTEN – UTSATTHET, BEROENDE OCH ÖVERLEVNADSSTRATEGIER.....	20
ANKOMSTEN TILL SVERIGE – HOPP, FÖRVIRRING OCH NYA STRUKTURELLA HINDER ...	21
LIVET I SVERIGE – ATT BYGGA UPP TILLIT, KUNSKAP OCH IDENTITET .....	22
SOCIALA NÄTVERK OCH MELLANMÄNSKLIGT STÖD .....	23
TID OCH STABILITET SOM FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SRHR .....	24
<b>RESULTAT DELSTUDIE II</b> .....	<b>25</b>
BEGRÄNSAD KUNSKAP OCH BRISTANDE INTRODUKTION TILL SRHR.....	26
ETT VÅRDSYSTEM SOM UPPEVS SOM OTYDLIGT OCH SPLITTRAT .....	26
RASISM, DISKRIMINERING, MISSTRO OCH BRIST PÅ ERKÄNNANDE .....	28
ATT LIDA I TYSTNAD OCH SKAPA STRATEGIER FÖR ÖVERLEVAD .....	29
<b>RESULTAT DELSTUDIE III</b> .....	<b>30</b>
FÖRE GRAVIDITETEN – FÖRESTÄLLNINGAR, ANSVAR OCH FRAMTID .....	30
GRAVIDITET I EXIL – MELLAN ENSAMHET, ORO OCH HOPP .....	31
ABORT, FÖRLUST OCH SORG .....	32
FÖRLOSSNINGEN – KROPP, KONTROLL OCH EXISTENTIELL PRÖVNING .....	33
EFTER FÖRLOSSNINGEN – GLÄDJE, TRÖTTHET OCH ANSVAR I ENSAMHET .....	33
ATT FORMA ETT FÖRÄLDRASKAP I EXIL – ATT OMDEFINIERA FAMILJELIV .....	34

SOCIALA RELATIONER OCH STÖD SOM LIVLINA FÖR UNGA MÖDRAR.....	35
<b>SAMMANFATTANDE ANALYS AV ALLA DELSTUDIER .....</b>	<b>36</b>
JÄMLIK SRHR GENOM STRUKTURER SOM HÅLLER .....	37
STRUKTURELLA LÄRDOMAR .....	37
<b>FÖRSLAG TILL ARBETSSÄTT .....</b>	<b>39</b>
SAMTLIGA VERKSAMHETER .....	40
<i>Hänvisning och remittering</i> .....	41
<i>Tolkrutin</i> .....	41
<i>Kompetensutveckling och utbildning</i> .....	42
BESLUTFATTARE (REGION/KOMMUN/STATLIG).....	42
SKOLA OCH ELEVHÄLSA .....	43
UNGDOMSMOTTAGNINGAR .....	44
VÅRDCENTRAL .....	45
GRAVIDITET OCH FÖRLOSSNINGSVÅRD (BARNMORSKEMOTTAGNING/FÖRLOSSNING INKLUSIVE EFTERVÅRD OCH BARNAVÅRDCENTRAL).....	45
VÅRDEN I ALLMÄNHET (SJUKHUS/SPECIALIST).....	46
SOCIALTJÄNST .....	47
<b>REFERENSER .....</b>	<b>49</b>

## Sammanfattning

Bakgrunden till denna studie visar på ett tydligt mönster: Sverige har ett starkt rättighetsramverk, men rättigheterna når inte alltid fram till de som behöver det. Denna studie har behövts för att bidra med en forskningsbaserad förståelse av hur ensamkommande tjejers tillgång till SRHR och faktisk jämlikhet är kantad av strukturella, juridiska och relationella hinder. Genom att studera tillgången till SRHR för denna grupp blir samhällssystemens styrkor och svagheter synliga.

Vår forskning visar att ensamkommande tjejer och unga kvinnors SRHR i Sverige inte är ett isolerat vårdområde. Det är i stället en lång livsprocess som sträcker sig från uppväxtens normer om kön och sexualitet, genom utsattheten under flykten och ankomsten till Sverige, vidare in i vuxenlivets val, graviditet, födande och föräldraskap. Över tid samverkar personliga erfarenheter, sociala relationer och institutionella strukturer på sätt som antingen möjliggör eller begränsar SRHR-relaterad hälsa, trygghet och självbestämmande. Den formella rätten till en god SRHR finns, men praktiseras ojämnt beroende på språk, rättslig status, socioekonomisk tillhörighet, boendesituation och tillgång till socialt och relationellt stöd. Ett starkt resultat är att förverkligande av tjejerna och de unga kvinnornas SRHR möter många strukturella hinder. Diskriminering och rasifiering bidrar till att exkludera och stänga ute dem från det stöd de behöver.

Sammantaget pekar forskningsresultaten i denna studie på att jämlik SRHR inte kan reduceras till en fråga om tjänsteutbud. SRHR kräver samordning mellan myndigheter och övriga aktörer runt ensamkommande tjejer och unga kvinnor, medvetenhet om hur rasifierande föreställningar formar och påverkar mötet, empatiskt bemötande och kunskap hos personal, samt tid och utrymme inom organisationer för att skapa förutsättningar för tillit. När det brister blir SRHR otillgängligt för de som lever med begränsade förutsättningar och i utsatta situationer, SRHR blir något som endast är till för vissa. När det fungerar bidrar det till att stärka ensamkommande tjejers och unga kvinnors självbestämmande, hälsa och delaktighet i att tillgodose sin SRHR. Vår rapport ger förslag till arbetssätt som stöttar personal och bidrar till ökad förmåga att stärka ensamkommande tjejers och unga kvinnors SRHR.

## Summary in English

The background to this study reveals a clear pattern: Sweden has a strong rights-based framework, but in practice these rights do not always reach the people who need them most. This study was necessary in order to contribute a research-based understanding of how unaccompanied girls' access to sexual and reproductive health and rights (SRHR) and to substantive equality is shaped by structural, legal, and relational barriers. By examining access to SRHR for this group, the strengths and weaknesses of societal systems become visible.

Our research shows that the SRHR of unaccompanied girls and young women in Sweden is not an isolated area of healthcare. Rather, it is a lifelong process that extends from gender and sexuality norms in childhood, through the vulnerability experienced during flight and upon arrival in Sweden, and onward into the choices of adult life, pregnancy, childbirth, and parenthood. Over time, personal experiences, social relationships, and institutional structures interact in ways that either enable or restrict SRHR-related health, safety, and self-determination. While a formal right to good SRHR exists, it is practiced unequally depending on language, legal status, socioeconomic position, housing situation, and access to social and relational support. A key finding is that the realization of young women's and girls' SRHR encounters numerous structural barriers. Discrimination and racialization contribute to their exclusion and to denying them access to the support they need.

Overall, the findings of this study indicate that equitable SRHR cannot be reduced to a matter of service provision alone. SRHR requires coordination between authorities and other actors working with unaccompanied girls and young women, awareness of how racialised assumptions shape and influence encounters, empathetic approaches and knowledgeable staff, as well as time and organisational space to create conditions for trust. When these elements are lacking, SRHR becomes inaccessible to those living with limited resources and in vulnerable situations—SRHR becomes something reserved for only some. When these conditions are met, they contribute to strengthening unaccompanied girls and young women's self-determination, health, and participation in realising their SRHR. This report puts forth suggestions for working approaches that support professionals and enhance their capacities to strengthen the SRHR of unaccompanied girls and young women.

## **Inledning – syfte och utgångspunkter**

Denna rapport belyser unga, ensamkommande som identifierar sig som tjejer och deras erfarenheter av sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) i Sverige. Genom att följa deras livsberättelser – från barndomen i ursprungslandet via flykten till etableringen i Sverige och vidare in i livet som unga kvinnor, synliggörs hur SRHR formas och förändras över tid. Studien söker förstå hur SRHR, som på pappret är universella i praktiken villkoras av strukturella, juridiska och sociala omständigheter. Studien vill belysa hur dessa unga kvinnor agerar, tolkar och skapar mening i mötet med det svenska samhället.

Bakgrunden är ett behov av fördjupad kunskap om hur ensamkommande tjejer på flykt tillgodogör sig sina SRHR. Trots att Sverige har ett av världens mest utvecklade regelverk för jämlik vård visar forskning att unga migranter – särskilt ensamkommande barn – möter strukturella hinder för tillgång till vård, information och stöd vilket försvårar möjligheten för dem att få sina SRHR tillgodosedda.

## **SRHR som global och nationell rättighetsfråga**

SRHR utgör en central del av de mänskliga rättigheterna.<sup>1</sup> De handlar om individens rätt till självbestämmande, att leva utan våld, tvång och diskriminering, att kunna fatta informerade beslut om sin sexualitet och reproduktion.<sup>2 3</sup> De innefattar tillgång till vård och information som respekterar kroppslig integritet och autonomi.<sup>4</sup>

SRHR är tätt kopplat till jämställdhet och utveckling. FN:s konventioner, särskilt Internationella konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (ICESCR), Kvinnokonventionen (CEDAW), Barnkonventionen (CRC) och Agenda 2030 förpliktigar stater att skydda dessa rättigheter.<sup>3 5-7</sup> Samtidigt utmanas SRHR globalt, både politiskt och genom ekonomisk ojämlikhet och sociala normer.<sup>4 7-9</sup> Kvinnors och flickors kroppar blir ofta arenor för kulturella och ideologiska konflikter, där reproduktiv kontroll används som ett medel för social ordning.<sup>8</sup>

Sverige har länge positionerat sig nationellt och internationellt som en förespråkare för SRHR och jämställdhet.<sup>9</sup> Landets lagstiftning garanterar

fri abort till och med vecka 18, kostnadsfria preventivmedel för unga upp till 21 år, samt kostnadsfria besök på ungdomsmottagningar, tillgång till undervisning i sexualitet, samtycke och relationer från årskurs 1 och genom hela skoltiden.<sup>10-12</sup> Ändå kvarstår ojämlikheter. Social exkludering, språksvårigheter, migrationsstatus, isolering och tidigare trauma är faktorer som försvårar möjligheten att åtnjuta dessa rättigheter.<sup>13-15</sup> SRHR kan därmed ses som en praktisk prövning av jämlikhet; ett sätt att mäta om samhällets löften om rättvisa och jämlikhet verkligen når alla och också dem med strukturellt begränsade förutsättningar.

## **Migration, kön och livsvillkor i förändring**

Att tvingas på flykt innebär en omfattande förändring av livets villkor i alla dess dimensioner, en förändring som handlar om uppbrott från det vanda livet och som ställer nya frågor om identitet, tillhörighet och maktrelationer.<sup>16-22</sup> Forskning visar att kön är av avgörande betydelse under migrationsprocessen. För kvinnor och flickor som flyr ensamma handlar beslutet om flykt ofta om att undkomma köns-och genusbaserat våld såsom tvångsäktenskap och social kontroll.<sup>23-25</sup> Kvinnor på flykt möter särskilda former av våld och flykten medför också risker för sexuell exploatering, sexuella övergrepp och långvarig osäkerhet.<sup>4</sup> Det är dokumenterat att omkring en tredjedel av ensamkommande flickor har varit utsatta för sexuellt våld under flykten.<sup>26</sup>

Efter flykten möter de nya samhällssystem, normer och förväntningar.<sup>27</sup> När de anländer till Sverige förväntas de agera självständigt, söka vård, planera sin framtid och delta i samhället, samtidigt som många saknar svenska språkkunskaper, sociala nätverk och kunskap om hur samhällssystemen fungerar.<sup>28</sup> Att känna till sina rättigheter och kunna kräva dessa blir i praktiken en utmaning.

## **Intersektionalitet: Samverkande sårbarheter och motståndskraft**

För att förstå ensamkommande tjejers tillgång till SRHR krävs ett intersektionellt perspektiv.<sup>29</sup> Det innebär förståelsen av hur faktorer såsom kön, ålder, migrationsstatus, etnicitet, religion, språk och socioekonomisk

ställning samverkar till att forma både utsatthet och handlingsutrymme.<sup>30</sup>

<sup>31</sup> För ensamkommande tjejer samverkar flera sociala positioner till överlappande ojämlikhet; de möter diskriminering riktad mot dem som barn och unga, som kvinnor, som migranter. De är ofta rasifierade och lever med tillfälliga uppehållstillstånd, ibland som papperslösa. Dessa samverkande maktordningar förstärker risken för diskriminering och ojämlika livsvillkor.<sup>30</sup> De kan också öppna för särskilda former av motstånd och solidaritet.<sup>29</sup>

Ett intersektionellt perspektiv är viktigt för myndigheter i mötet med ensamkommande tjejer då det synliggör hur samma system kan upplevas skyddande och privilegierande för vissa och exkluderande och marginaliserande för andra. Tillgång till vård, utbildning och socialt stöd formas inte enbart av lagstiftning utan också av hur myndigheters organisation och strukturer underlättar eller försvårar situationen för individen. För ensamkommande tjejer kan brist på kunskap i det svenska språket, bristande information, myndighetspersonals brister i tolkanvändning, migrationsrättslig osäkerhet och traumatiska erfarenheter samverka och skapa hinder som inte fångas upp i standardiserade insatser.

32-39

Skyddande resurser för ensamkommande tjejer har visat sig vara kontakt med engagerade vuxna i Sverige, om de haft tillgång till skolgång, utbildade föräldrar och föräldrar med god ekonomi.<sup>29</sup> Ensamkommande unga tjejer är en heterogen grupp med inbördes olika förutsättningar. Att vara medveten om dessa nyanser är avgörande för att undvika att målgruppen som sådan reduceras till offer. Det viktigaste är att förstå hur strukturella ojämlikheter, oavsett tjejernas egna förutsättningar påverkar deras möjlighet att få sina SRHR tillgodosedda i praktiken. Ett intersektionellt synsätt bör därför genomsyra både policy och praktik: från hur information utformas och förmedlas, till hur personal inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och skola förstår och möter ensamkommande tjejer i olika situationer och livsskeden.

## **Ensamkommande flickor i Sverige – bristande skydd förstärker utsatthet**

Sedan år 2000 har drygt 10 000 ensamkommande flickor sökt asyl i Sverige.<sup>40</sup> Som nämnts är gruppen heterogen och deras situation skiljer sig åt på olika sätt. Många har flytt från köns- och genusbaserat våld: tvångsäktenskap, könsstympning, social kontroll, sexuella övergrepp, de

har erfarenheter av trauma och förlust av familj, vänner och nätverk.<sup>26</sup> Formellt omfattas de av samma skydd som andra barn. Barnkonventionen, som sedan år 2020 är svensk lag, fastslår barns rätt till hälsa, trygghet och delaktighet. Att gå från ungdom till ung vuxen i samband med 18-årsdagen innebär plötsligt förändrade förutsättningar för gruppen ensamkommande ungdomar. Från en dag till en annan försvinner det stöd de tidigare haft tillgång till och de förväntas klara sig på egen hand.<sup>28 41</sup> Europarådet har slagit fast att unga flyktingar behöver uppmärksammas alldeles extra vid övergång från ungdom till ung vuxen för att möjliggöra att de inkluderas i samhället och också för att skydda dem mot utsatthet såsom köns- och genusbaserat våld.<sup>42</sup> En nationell vägledning framtagen av bland annat Polismyndigheten och Socialstyrelsen på uppdrag av regeringen, lyfter fram att 7-9 procent av de ensamkommande barnen försvunnit mellan 2019-2023.<sup>43 44</sup> Ofta är misstankarna om varför de försvunnit våld, utnyttjande och människohandel. Inkluderas även de som hunnit fylla 18 år ökar siffran markant.<sup>44</sup> Detta är ett mönster som understryker det akuta behovet av samordnade insatser för att stärka skyddet för ensamkommande barns och ungas SRHR, motverka exploatering och främja en trygg och inkluderande etablering i samhället.

## **Institutionella ramar, brist på samordning**

Sverige har en stark institutionell struktur för hälsa och välfärd, men den bygger på antagandet om informerade medborgare. För nyanlända personer blir denna modell därför svår att navigera. Det svenska mottagningssystemet är dessutom fragmenterat. Migrationsverket, skola och socialtjänst, hälso- och sjukvård samt civilsamhälle delar på ansvaret för de ensamkommande, men brister i samordning.<sup>44 45</sup> För individen innebär detta att ingen av dessa aktörer tar ett helhetsgrepp om deras situation vilket skapar nya former av utsatthet och beroende, framför allt för ensamkommande barn och tjejer som redan lever i stor osäkerhet.

## **Svensk migrationspolitik och mottagandet av ensamkommande flickor**

Under de senaste decennierna har migrationspolitiken i Sverige genomgått stora förändringar.<sup>46</sup> År 2015 infördes tillfälliga uppehållstillstånd, skärpta

regler för familjeåterförening och ökad kontroll av asylprocesser.<sup>47</sup> För ensamkommande barn har detta fått långtgående konsekvenser.<sup>48</sup> Innan 2015 fick ensamkommande barn oftast permanenta uppehållstillstånd och kunde därmed planera för sin framtid. I dag lever många i långvarig osäkerhet med tillfälliga beslut som måste förnyas vartannat eller vart tredje år.

Mottagandet av ensamkommande flickor har dessutom varierat mellan kommuner vilket har lett till stora skillnader i hur skydd, vård och integration fungerat i praktiken. Vissa kommuner har utvecklat särskilda stödinsatser, medan andra har saknat resurser och kompetens för detta. I samband med att mottagandet av ensamkommande barn har minskat i samband med en mer restriktiv migrationspolitiken i landet har också resurser till de instanser som arbetar med mottagande minskat.<sup>48</sup>

## Kunskapsläge och forskningsluckor

Trots ökad forskning om migration och hälsa såväl internationellt som nationellt är ensamkommande flickors SRHR fortfarande ett outforskat område. De flesta studier behandlar ungdomars hälsa i bred bemärkelse. Det har gjorts en del forskning om unga migranternas SRHR i Sverige, men även då ensamkommande tjejer inbegrips så redovisas de inte separat varför det inte går att urskilja dem i forskningsresultaten. Frågor om ensamkommande tjejers sexualitet, reproduktion och rättigheter har ofta utelämnats.

Ett annat problem i forskningen är att SRHR tenderar att ha studerats som ett isolerat och avgränsat område. Det finns en växande insikt om att SRHR utgör en del av den allmänna hälsan, såsom fysisk och psykisk hälsa där rättslig status och social delaktighet är tätt sammanlänkade.<sup>48</sup> Forskning har visat att språk och relationer är avgörande för tillgång till vård: utan förtroende och begriplig information blir rättigheterna i praktiken otillgängliga.<sup>32 33 49</sup>

Det saknas kunskap som utgår från ett främjande perspektiv på SRHR, liksom kunskap om hur ensamkommande unga personers behov av och tillgång till SRHR utvecklas över tid. För att förstå hur behov av SRHR formas som en process är följande frågor viktiga: Hur förändras ensamkommande tjejers relation till sin kropp, sin sexualitet och sina rättigheter när de etablerar sig i Sverige? Hur påverkas deras behov av SRHR under övergången från ungdom till ung vuxen och utifrån de olika

sociala kontexterna de har befunnit sig i före, under och efter flykten? Vilka förutsättningar har de för att få tillgång till och användning av SRHR-relaterad vård i Sverige? Vad är hindrande och möjliggörande för dem i relation till deras rättigheter? Hur påverkas deras möjligheter till hälsa som ung förälder i exil, utan familj och stabilt socialt nätverk?

## **SRHR-litteracitet: Kunskap som förutsättning för rättighetsutövning**

Tillgång till information är en mänsklig rättighet och en grundförutsättning för att kunna utöva självbestämmande och uppleva egenmakt i relation till den egna kroppen. SRHR-litteracitet, eller SRHR-kompetens, handlar om individers kunskap, förståelse och förmåga att orientera sig i frågor som rör SRHR. <sup>37 50-52</sup>

För ensamkommande tjejer är denna litteracitet ofta begränsad vid ankomsten till Sverige. De har tvingats avbryta sin skolgång i samband med flykt. <sup>53</sup> Många kommer dessutom från sammanhang där de inte deltagit i sexualundervisning, där sexualitet varit tabubelagt, där samtal om sexuella relationer och kroppen skett i stängda rum och där nyfikenhet på olika sätt tystats ner. <sup>52 54</sup> I mötet med svenska institutioner förväntas de kunna uttrycka behov, förstå olika samhällssystem och fatta informerade beslut vilket kan vara svårt utan stöd. Vår forskning visar att utan detta stöd så lämnas tjejerna i ett kunskaps- och tillitsglapp som riskerar att ytterligare försvåra tillgången till sina rättigheter. <sup>29</sup>

Att stärka SRHR-litteracitet handlar om att skapa förståelse, trygghet och att stödja unga till att sätta ord på känslor och upplevelser. Det kräver med andra ord mer än tillgång till informationsmaterial på olika språk. Skola, socialtjänst, elevhälsa och primärvård såsom ungdomsmottagningar och vårdcentraler behöver samverka för att säkerställa att information om sexualitet, samtycke, relationer, kroppens funktioner och reaktioner, reproduktion och preventivmedel ges på ett begripligt sätt och i rätt tid. Information om vårdvägar och rättigheter behöver ges kontinuerligt.

Forskning visar att också vårdpersonal och olika myndighetsutövare behöver stärka sin SRHR-litteracitet. <sup>29 55</sup> De behöver stöd till en ökad normmedvetenhet, kunskap om SRHR och trauma, liksom stöd till en ökad förmåga att föra inlämnande dialog med unga om detta. <sup>29 55</sup> Vårdpersonal och andra myndighetspersoner som möter ensamkommande tjejer behöver

ges möjlighet att träna sina förmågor och kompetenser inom en bredd av SRHR för att kunna arbeta på detta sätt.<sup>20 56 57</sup>

För att SRHR ska kunna bli en faktisk rättighet för unga kvinnor som befinner sig i migrationsprocessen och inte bara ett löfte på papper, så behöver SRHR-litteraciteten stärkas på både individuell och strukturell nivå. Vi har sett att myndighetsaktörers ökade SRHR-litteracitet är en lika central del av ensamkommande tjejers rättighetsförverkligande som tjejernas egen litteracitet.<sup>29</sup>

## **Från rättighet till praktik**

Bakgrunden till denna studie visar på ett tydligt mönster: Sverige har ett starkt rättighetsramverk, men rättigheterna når inte alltid hela vägen fram. Vår studie har behövts för att bidra med en forskningsbaserad förståelse av hur ensamkommande tjejers tillgång till SRHR och faktisk jämlikhet är kantad av strukturella, juridiska och relationella hinder. SRHR fungerar som ett filter genom vilket samhällssystemens styrkor och svagheter blir synliga.

# Metod

## Studiens design

För att möjliggöra en fördjupad förståelse av strukturella och sociala processer, kontexter och hur mening skapas valdes en kvalitativ ansats med förankring i konstruktivistisk grundad teori (CGT). CGT är lämplig när forskningsfrågor avser att förklara hur och varför fenomen utvecklas genom social interaktion och över tid och när analysen behöver hållas nära deltagarnas egna utsagor.<sup>58-60</sup> För att säkerställa att centrala SRHR-områden inte utelämnades användes Guttmacher–Lancet-kommissionens definition av SRHR som ramverk vilket gav ett övergripande tematiskt stöd för skapandet av intervjuguide och senare analys.<sup>4</sup> Kommissionen betonar att SRHR är en grundläggande del av mänskliga rättigheter och av den allmänna hälsan.<sup>4</sup> Den omfattar varje människas rätt att bestämma över sin egen kropp, att fritt och informerat fatta beslut om sexualitet och reproduktion, samt att ha tillgång till den vård och information som behövs för att göra detta.<sup>4</sup> Valet av CGT bedöms ändamålsenligt då studiens frågor avser processer, övergångar och systemmöten där tid, relationer och kontext påverkar utfall. CGT möjliggör även förklaring av var och hur glapp mellan juridisk rätt och praktik uppstår och vilka åtgärder som kan minska dessa glapp.

## Rekrytering

De ensamkommande unga kvinnorna har rekryterats på olika vägar, dels via professionella inom hälso- och sjukvården såsom ungdomsmottagningar, barnmorskemottagningar, flyktingmedicinska mottagningar, familjecentraler och motsvarande mottagningar, dels genom kommunens elevhälsa, SFI och socialtjänstens barn- och unga-enheter, och dels genom civilsamhället och frivilligorganisationer såsom Ensamkommandes förbund, Rädda Barnen, RFSU, Stadsmissionen och andra mötesplatser för ensamkommande. Vi har också använt oss av sociala medier i rekryteringen. Rekryteringsprocessen har varit en omfattande och komplicerad process vilket inneburit att vi intervjuat de som varit intresserade av att dela sina erfarenheter med oss. Deltagarna har uppvisat en bred heterogenitet vilket har inneburit att vi lyckats nå en stor variation och ett djup i intervjuerna.

## Deltagare

Studien omfattade 17 unga vuxna som identifierade sig som kvinnor och som samtliga hade kommit till Sverige som ensamkommande tjejer (under 18 år) och sökt asyl. Vid intervjutillfället var deltagarna 18–26 år. De representerade en erfarenhetsmässig bredd av migrationsupplevelser och livsvillkor, med ursprung huvudsakligen från länder på Afrikas horn och i Mellanöstern (bland annat Somalia, Eritrea, Afghanistan och Syrien).

Deras juridiska situation varierade, ungefär hälften hade vid tiden för intervjun tidsbegränsat tillfälligt uppehållstillstånd och hälften hade permanent uppehållstillstånd. Några beskrev att de tidigare hade levt genom perioder av papperslöshet i Sverige. Boendesituationen hade skiftat över tid och innefattade bland annat placering på HVB-hem/boenden för ensamkommande, familjehem och senare eget boende. Vid intervjutillfället bodde de i större städer och i mindre kommuner runt om i landet, vilket gav oss information om geografisk variation gällande tillgång till vård, skola och stödinsatser.

Utbildningsbakgrund varierade från att ha studerat vid SFI eller gymnasium, till att ha fullföljt gymnasieexamen och universitetsexamen i Sverige. Flera lönearbetade vid intervjutillfället, några var föräldralediga, några studerade vid universitet. Ingen av dem var helt utan aktivitet i form av studier eller arbete. Deras språkliga kompetens i svenska skilde sig åt från grundläggande till avancerad nivå. Familjesituation och omsorgsansvar varierade. Några deltagare levde ensamma, andra tillsammans med partner eller vänner, en del hade blivit föräldrar i Sverige eller stod inför ett föräldraskap. Erfarenheter av flykt, förlust och våld var i olika grad närvarande i deras berättelser, liksom varierande behov av stöd.

Sammantaget präglades gruppen av hög heterogenitet avseende ursprung, juridisk status, boende, utbildning, försörjning och sociala nätverk. Denna variation har berikat vår forskning genom att den hjälpt oss belysa hur olika villkor för SRHR formas i skärningspunkten mellan kön, ålder, migrationsstatus och lokala välfärdsstrukturer.

## Datagenerering

Vi genomförde 22 individuella, semistrukturerade och fördjupande intervjuer mellan juni 2022 och april 2025. Fem deltagare intervjuades vid två tillfällen. Intervjuerna varade mellan 47 och 138 minuter. De ägde rum på plats, via digitala möten eller telefon beroende på deltagarens önskemål.

Samtliga intervjuer genomfördes på svenska och endast med kvinnliga tolkar enligt deltagarnas vilja. Vi erbjöd alla SRHR-tränad tolk vilket användes vid tre intervjuer (telefonolk).

En semistrukturerad intervjuguide användes dels för att kunna jämföra data i olika intervjuer, dels för att ge utrymme för individanpassade följdfrågor.<sup>61</sup> Intervjuguiden utvecklades i en samskapande process i gruppsamtal med vårdpersonal såsom barnmorskor, psykologer och sjuksköterskor samt elevhälsopersonal såsom kuratorer, personal och volontärer från civilsamhället. Hälsocoacher, kulturdoulor och ensamkommande unga kvinnor som vid tillfället hade etablerat sig i Sverige deltog. Alla i referensgruppen hade en vana av att möta personer ur målgruppen eller hade egen erfarenhet av att ha kommit till Sverige som ensamkommande. Syftet med denna process var att skapa en så inkluderande intervjuguide som möjligt, att undvika att frågor skulle upplevas som stigmatiserande och att täcka in behov av kunskap utifrån erfarenheter hos de som ingick i samtalen. Intervjuguiden täckte bland annat behov och tillgång till information om SRHR, vårdvägar, preventivmedel och STI, sexuella relationer, samtycke och våld, graviditet, förlossning och abort samt möten och erfarenheter av elevhälsa och primärvård såsom ungdomsmottagningar, mödravård och barnavårdscentral. Guiden reviderades kontinuerligt för att bättre få svar kring frågor som upptäcktes under intervjutillfällena och som blev tydliga när vi gick genom tidigare intervjuer; teman från tidigare intervjuer hjälpte till att utveckla den fortsatta datagenereringen.<sup>58</sup>

## Datahantering och analys

Intervjuerna transkriberades och hanterades konfidentiellt enligt bestämmelser vid Göteborgs universitet och Etikprövningsnämnden. Analysen av intervjuerna genomfördes kontinuerligt i enlighet med hur analys går till inom CGT. Arbetet följde tre huvudsteg:

- Initial kodning: Transkripten från de första intervjuerna kodades rad för rad av två forskare oberoende av varandra. De gick sedan genom kodningen tillsammans för att nå samstämmighet och säkerställa bredd och närhet till data.<sup>58 62</sup>
- Fokuserad kodning och kategorisering: Återkommande och analytiskt bärande koder samlades till kategorier som beskriver centrala processer (till exempel vägar in i vården, tolkanvändning och

sekretess, systemtrötthet, trygga relationer). Data, koder och kategorier jämfördes återkommande för att pröva, fördjupa och förfina analysen.<sup>58 62</sup>

- Teoretisk sammanfogning: Genom Storyline-metodik integrerades kategorierna till en sammanhållen berättelse, en slags förklaringsmodell för att beskriva hur SRHR utifrån analys av forskningspersonernas berättelser formas och omformas före, under och efter migration, var hinder ofta uppstår och vilka faktorer och omständigheter som underlättar att de kan utöva sina rättigheter och få sina rättigheter tillgodosedda.<sup>63</sup>

Centralt inom CGT för att understödja analysen är forskarnas anteckningar kring tankar och reflektioner som uppkommer under processens gång, så kallade analytiska memon. Dessa ligger till grund för regelbunden diskussion i forskargruppen för att pröva alternativa tolkningar och stärka trovärdighet och spårbarhet.<sup>58</sup>

## Etiska överväganden

Studien genomfördes i enlighet med Helsingforsdeklarationen<sup>64</sup> och hade godkännande från Etikprövningsmyndigheten (dnr 2021-06983-01). Personer från 16 år och uppåt tillfrågades. Före intervjun inhämtades informerat muntligt eller skriftligt samtycke. För att öka deltagarnas möjlighet till att känna trygghet i intervjusituationen fick de välja plats och format för intervjun (fysiskt, digitalt eller telefon), de fick veta att de kan avstå från att svara på frågor, ta paus, samt få stöd vid behov såsom hjälp med att kontakta hälso- och sjukvård. Intervjusituationerna präglades av ett inlyssnande förhållningsätt, uppmärksamhet lades vid signaler på stress och känslomässiga reaktioner. Vid behov togs pauser, nya uppföljande tider för intervjuer bokades och frågorna anpassades. Deltagare påmindes vid upprepade tillfällen om att de själva bestämde vad de ville dela med sig av och om deras rätt att avstå från att svara på frågor. Forskargruppen förde regelbundna samtal kring intervjusituationen för reflektion kring förståelse och för stöd.

Alla transkriberingar avidentifierades och som nämnts förvarades konfidentiellt.

Forskargruppen har kompetens inom SRHR, medicin, antropologi, sociologi, juridik, psykologi, policy, och vårdvetenskap. Arbetet bedrevs reflexivt, med systematisk granskning av antaganden, maktrelationer och

forskarpositionering i relation till målgruppen. Ett reflexivt förhållningssätt till data och analys utgjorde en central del av processen.<sup>59</sup> Överväganden dokumenterades för att ta vara på de olika perspektiv som fanns representerade inom forskargruppen. Arbetet styrdes av en strävan efter en rättvis representation av deltagarnas perspektiv och att minska risken för tolkningsbias.<sup>59 60 65</sup>

## Resultat delstudie I

“Det största existentiella jag mötte var ensamhet [...] Jag har alltid varit med min familj [...] Jag var inte beredd att på att vara ensam, helt ensam, med främlingar.”

“Han sa okej, du kan komma och bo hos mig. Han var jättesnäll, jag var tacksam [...] Jag gav [honom] någonting [sex] för att få bo där [...] Jag var på gatan. Vad skulle jag göra?”

“Trygghet är stort. Om jag inte känner mig trygg med någon så är det väldigt svårt att släppa in [dem] [...] Jag måste vara säker [...] att inget farligt kommer hända.”

Delstudie ett ger en fördjupad och mångfacetterad bild av hur unga ensamkommande tjejer och unga kvinnor som har flytt till Sverige upplever sina behov av och navigerar sin SRHR. Resultaten visar att dessa erfarenheter inte kan förstås som enskilda händelser utan som en process som sträcker sig över flera år från barndomen i ursprungslandet till livet som ung vuxen i Sverige. Olika nivåer av strukturella, sociala och individuella omständigheter formar genom hela denna process deras möjligheter till hälsa, trygghet och självbestämmande.

Deltagarnas berättelser visar hur SRHR handlar om grundläggande frågor om värdighet, erkännande och rätten att definiera sitt eget liv. Det handlar om att få vara trygg i sin kropp, att ha möjlighet att utforska sin sexualitet och känna kontroll och att kunna göra självständiga val utan rädsla för våld, skam eller rättslig osäkerhet.

### **Före flykten – normer, begränsningar och tystnad**

Som nämnts i bakgrunden växte flera av deltagarna upp i samhällen där flickors och kvinnors kroppar var föremål för stark kontroll. Många berättade att de aldrig hade fått någon undervisning om kroppen,

menstruation eller preventivmedel, att ämnen som sexualitet och reproduktion var förbjudna att tala om, och att öppet visa intresse för sexualitet sågs som skamligt. Många hade erfarenhet av olika former av köns- och genusbaserat våld. Några levde under hotet om att bli bortgifta i unga år, andra hade utsatts för övergrepp av någon medlem i familjen, en bekant eller auktoritetsperson. Berättelserna varierade, gemensamt var att alla färgades av en återkommande känsla av maktlöshet. Men också av motstånd.

Ett mönster i tjejernas berättelser är att trots denna starka kontroll och upplevelse av maktlöshet trotsade många av dem rådande sociala normer och flera hade också vuxenstöd i detta. Som motvikt fanns dessa berättelser om hur föräldrar, syskon eller släktingar förmedlat alternativa synsätt till rådande sociala och kulturella normer. De kunde ha uppmuntrats till utbildning, egen försörjning och självständighet. Flickorna kunde ha fått höra om sin rätt att fatta beslut om sina liv, att själva välja partner och gifta sig av kärlek. Det framkom att närståendes motbilder till de sociala normerna sådde frön till tanken om att ett annat liv kan vara möjligt.

## **Flykten – utsatthet, beroende och överlevnadsstrategier**

Kvinnorna uppgav olika orsaker till att de flydde. Utöver att de flydde från länder i krig och konflikt berättade många att de flydde kränkningar av deras SRHR; som nämnts innan kunde det vara hot om tvångsgiftemål eller hot om våld efter att blivit utsatta för våldtäkt. Själva flykten innebar som påtalats en rad nya risker och utsattheter. De berättade om långa och farliga resor genom flera länder, ofta under mycket svåra förhållanden. De hade lämnat familjer, förlorat vänner, och tvingats fatta beslut under tidspress och utan skydd. De var ensamma och ansvaret för deras överlevnad låg helt på dem själva. Flera talade om en ständig rädsla att bli utsatt för fysiskt och sexuellt våld, bli rånad och lurad. Några hade också upplevt sexuella övergrepp och sexuell exploatering från ”smugglare”, medresenärer eller personer de stötte på under flykten.

Att vara ensam tjej utan familj gjorde det omöjligt att klara sig utan att någon form av beroende uppstod. Beroendeförhållandena under flykten var ofta extrema. De berättade om olika strategier för att skydda sig, såsom att undvika att dra uppmärksamhet till sig, göra sig så ”osynlig” som möjligt, vara tyst eller att se till att aldrig vara ensam. Starka berättelser om solidaritet framträder också. Många mindes personer de mött under

flykten, tillfälliga gemenskaper, ofta helt okända personer, vilka beskrevs som livsavgörande. Mitt i den extrema utsattheten kunde omsorg och motstånd samexistera.

I stort sett all energi gick åt till att överleva den farliga resan, ändå beskrev vissa av deltagarna att de också började känna en nyfikenhet att få utforska sin sexualitet tillsammans med andra. Tillfälliga romanser uppstod, någon träffade sin blivande man. Några blev gravida som en konsekvens av våldtäkt, andra i en sexuell relation de själva önskade. Flera beskrev att under flykten förstärktes känslan som grott innan flykten, att det finns andra sätt att leva. De uttrycker en längtan efter ett liv fritt från våld och förtryck, att kunna utbilda sig och bli självständig.

Några beskriver korta möten med biståndsarbetare eller sjukvårdspersonal i samband med graviditet, abort eller efter sexuellt våld. Upplevelserna av dessa möten var blandade. Några hade blivit behandlade med respekt och fick också sina rättigheter förklarade för sig. Andra hade hunnit bli traumatiserade och upplevde möten med vårdpersonal, framför allt manlig personal som väldigt skrämmande. Berättelserna om flykten både skilde sig åt och hade gemensamma teman.

## **Ankomsten till Sverige – hopp, förvirring och nya strukturella hinder**

Den första tiden i Sverige präglades av en blandning av lättnad, trötthet och förväntan. De hade överlevt resan och kommit till ett land som de uppfattade som säkert. Många trodde att de nu äntligen skulle få vila och bygga sig ett nytt liv. Men ganska snabbt ställdes de inför nya former av osäkerhet i Sverige. Asylprocessen visade sig vara lång och komplex. De förstod inte hur besluten fattades, varför de behövde flytta mellan olika boenden, vilka rättigheter de hade. Hoppet om stabilitet underminerades av ständigt förändrade förutsättningar. I berättelserna framkommer känslan av att livet inte kunde börja förrän de fått besked om de beviljats uppehållstillstånd eller inte. Ovissheten innebar att de inte kunde planera för sin framtid.

Den juridiska och administrativa otryggheten påverkade tydligt hälsan och det psykiska välbefinnandet. Flera berättade om sömnsvårigheter, ångest och depression. En del beskrev känslan av att befinna sig mellan två världar – i ett mellanförskap. De kände sig inte längre hemma i det gamla och kände sig heller inte hemma i det nya. Att navigera mellan skiftande sociala

och kulturella normer i värdlandet och de som gällt under uppväxten var utmanande, att hitta sin plats någonstans däremellan beskrevs som ett sätt att söka en ny tillhörighet, en ny identitet.

Mötet med svenska institutioner väckte blandade känslor och gav upphov till olika reaktioner. Å ena sidan fanns uppskattning över att vård, utbildning och socialt stöd erbjöds utan kostnad. Å andra sidan upplevdes många möten som byråkratiska och opersonliga. Möten kunde också beskrivas som präglade av myndighetspersonalens okunskap; det kunde handla om bristande kunskap om asylprocessen, bristande förståelse för behov av stöd, och bristande kunskap om hur föra samtal om sexuell och reproduktiv hälsa. Språkbarriärer var ett stort hinder. Relationen till tolk visade sig vara komplicerad; flera berättade att de inte vågade tala öppet av rädsla för att tolken skulle bryta mot sekretessen, särskilt framträdande var det om tolken kom från samma land som de själva och dessutom inte var utbildad tolk. De beskrev också att de kunde känna sig missförstådda när känsliga frågor skulle förklaras. Ett absolut hinder för kommunikation var att tolk ofta inte hade bokats in.

Många hade erfarenhet av att inte bli betrodda av myndighetspersoner. Flera beskrev hur deras berättelser om våld, sexuella övergrepp eller trauma ifrågasattes eller inte togs på allvar. Det kunde innebära att stöd för våldsutsatthet i partnerrelation uteblev eller att polisanmälningar efter våldsutsatthet lades ner. Det skapade en tillitsbrist. Känslor av misstro innebar att de undvek att söka stöd och vård och valde att försöka hantera situationen på egen hand.

Deras berättelser visar också på viktiga motbilder till denna misstro. Många beskrev hur enskilda möten med engagerade vuxna, en god man, en lärare, en sjuksköterska, en socialsekreterare kunde göra stor skillnad. Det är påtagligt hur deras tillit till samhället ökade när de möttes med respekt, empati och tydlighet.

## **Livet i Sverige – att bygga upp tillit, kunskap och identitet**

Efter de första åren i Sverige hade många av tjejjerna börjat skapa sig en vardag, men för de utan permanent uppehållstillstånd präglades vardagen av större ovisshet. De lärde sig svenska, började studera, fick vänner och etablerade kontakter i olika sociala sammanhang vilket beskrevs som både frigörande och mödosamt. Det var utmanande och energikrävande att lära

sig nya normer, skapa sig en förståelse för oskrivna regler och att gradvis också bygga sig en ny självbild. Deras berättelser visar att kunskap om SRHR var en viktig del i denna utveckling. Många upptäckte att de har rätt att själva bestämma över sin kropp. De som hade fått möjlighet att utbilda sig, skapa sig ett tryggt boende och en egen försörjning beskrev upplevelsen av att vara fri att välja partner utan att stå i skuld eller känna sig beroende, hur de kunde utforska gränssättning i intima relationer och hur de med tiden lärde sig att kommunicera kring sexuella behov. De reflekterade över hur de ville leva sina liv och jämförde erfarenheter från hemlandet med det svenska samhället. De sökte en balans mellan olika värderingar och nya möjligheter. Några beskrev att de ville kombinera det bästa, som de uttryckte det, från båda världar.

Det var också i denna fas som de unga kvinnorna började bearbeta sina tidigare erfarenheter av våld och kontroll. För vissa var det en smärtsam process. Många hade burit på trauman i tysthet under lång tid. Flera beskrev hur samtalsterapi, läsning eller kontakter med andra tjejer och unga kvinnor hjälpte dem att börja sätta ord på sina upplevelser. Andra upplevde att de inte fick det stöd de behövde; de hade svårt att hitta personer som förstod vad de upplevt under uppväxten och migrationsprocessen till och i Sverige.

## **Sociala nätverk och mellanmänskligt stöd**

Ett tydligt mönster i vårt forskningsresultat är att sociala relationer och bristen på sådana spelar en avgörande roll för kvinnornas SRHR och välmående. Ensamkommande tjejer och unga kvinnor som hade tillgång till trygga relationer navigerade med större framgång i det svenska samhällssystemet och kunde bättre ta del av sina SRHR. Berättelser om vad som hjälpte dem att återfå hopp i den nya utsatthet som ankomsten till Sverige innebar, var vänskap på boenden, i skolan och genom civilsamhällesorganisationer. Dessa nätverk fungerade både som känslomässigt och praktiskt stöd. Det innebar möjligheten till att få hjälp att boka läkartider, tolka brev från Migrationsverket och helt enkelt någon att prata med när ensamheten blev för tung. Civilsamhällesorganisationer spelade en särskild roll. Genom dessa fick de information om rättigheter, lärde sig svenska bättre och fick delta i aktiviteter som på olika vis stärkte deras självkänsla. Några beskrev dessa miljöer som de första platser där de verkligen kände sig sedda som personer.

Samtidigt fanns berättelser om ensamhet och isolering. De som saknade nätverk, de som ofta flyttades mellan orter eller bodde ensamma beskrev ensamheten och hur den blev ett stort hinder för psykisk, sexuell och reproduktiv hälsa. Det kunde gälla utsattheten i att inte ha någon att tala med kring graviditet eller menssmärta eller att inte finna stöd att ta sig ur en destruktiv relation. De gav uttryck för hur de kände sig osynliga i samhället och hur det försvårade förmågan att komma till vård och att få stöd.

## **Tid och stabilitet som förutsättningar för SRHR**

Ett av våra viktigaste forskningsfynd är att tid och stabilitet är grundläggande förutsättningar för att ensamkommande tjejer ska kunna återhämta sig, bygga upp sin tillit till omvärlden och kunna ta del av sina rättigheter. Först när grundläggande behov såsom permanent uppehållstillstånd, ett stabilt boende, utbildning eller arbete var tillgodosedda kunde de börja fokusera på SRHR. Först då började de känna sig trygga nog att söka hjälp, att tala öppet om sin sexuella och reproduktiva hälsa.

Som nämnts beskrevs tiden då de hade landat efter den omvälvande ankomsten till Sverige som en period av personlig utveckling. Flera uttryckte stolthet över hur mycket de lärt sig av allt de tvingats erfara. De kände sig mer självständiga, mer medvetna om sina rättigheter och mer kapabla att fatta egna beslut. Några hade valt att ta ett stort ansvar i att stötta och hjälpa andra tjejer och unga kvinnor med liknande erfarenheter. De arbetade eller önskade arbeta med att ge andra stöd i att förstå sina rättigheter, ofta med fokus på rätten att själv välja sin partner och till ett liv fritt från sexuellt våld och förtryck. Berättelserna visar att vägen dit inte var linjär; att skapa sig ett nytt liv efter flykt och trauma är en process som kantas av uppgivenhet, bakslag, perioder av nedstämdhet, depression och känslor av hopplöshet. Men också av en strävan efter att uppfylla sina mål, en vilja att ta sig fram och att investera mycket tid och energi för att göra så. Vår forskning visar tydligt hur olika samhällsstrukturer försvårar återhämtning och förstärker utsatthet. Den visar också att med tid, stöd och erkännande kunde flera skapa sig och också återta en känsla av växande egenmakt.

## Resultat delstudie II

“Jag vet ju aldrig, när kommer jag att ifrågasättas, medvetet eller omedvetet på ett sätt som kommer att [...] inte legitimerar min existens över huvud taget. Så det är liksom den här, minoritetsstress [...] Den känslan att jag behöver hävda mig för att liksom få vara där jag är.”

“Jag kan inte kissa, jag kan inte leva så här, finns det hjälp. Jag har varit på nästan alla ungdomsmottagningar i [staden] och fick ingen hjälp.”

“Jag sökte absolut inte vård, för tanken om att de ska öppna benen och kolla in [...] det var ett nej för mig. [...] Alltså det var ett rent helvete, det kliade så mycket. Jag levde med det en hel månad.”

Delstudie två belyser ensamkommande tjebers specifika erfarenheter av SRHR-relaterad vård i Sverige. Deras berättelser ger en samlad bild av hur strukturella villkor, sociala normer, informationsbrister och bemötanden inom vården formar, hindrar och främjar möjligheten till en god SRHR. Resultaten visar att dessa tjejer och unga kvinnor trots sina olika förutsättningar möter liknande hinder i kontakt med det svenska sjukvårdssystemet. Vår forskning visar entydigt att hinder för tjejernas SRHR ofta har mindre att göra med deras individuella förmågor än med hur hälso-och sjukvården är utformad och fungerar i praktiken.

De teman som framträder i studien handlar om vård och information relaterat till SRHR, men också om tillit, jämlikhet och rätten att bli lyssnad till. När detta saknas ser vi att tjebers behov av SRHR förbises inom hälso-och sjukvården. Det är i detta spänningsfält som ensamkommande tjebers erfarenheter av SRHR tar form.

## **Begränsad kunskap och bristande introduktion till SRHR**

En vanlig berättelse bland tjejerna är att de kom till Sverige med mycket begränsad kunskap om sexualitet, reproduktion och rättigheter. De var unga när de kom och i deras uppväxtmiljö hade samtal om menstruation och preventivmedel ofta varit tabu och sexualitet ofta förknippat med skam. Denna tystnad följde dem genom migrationsprocessen. Inte heller när de anlände till Sverige bröts tystnaden; de fick sällan någon systematisk introduktion till hur vården fungerar eller vad SRHR innebär. Det gjorde det svårt för dem att förstå det svenska vårdssystemet och också den svenska kontexten i vilken det finns förväntningar om att människor ska uttrycka sina behov och söka hjälp på egen hand.

Den svenska skolans sexualundervisning var inte anpassad för att möta dessa ungdomars behov. Den upplevdes ofta fragmenterad och brister i ungdomarnas förmåga att tala svenska gjorde det än svårare för dem att tillgodogöra sig undervisningen. Många uttryckte behov av att få mer information om SRHR, såsom preventivmedel och säkert sex, men också om lust och njutning, olikkönade relationer, sexuell identitet, känslor och rättigheter. Även samhällsinformation från myndigheter uteblev. Sammantaget innebär det stora svårigheter för dem att orientera sig, att kunna tolka sina kroppar och identifiera behov av vård.

Många uppger att de inte visste om att de har rätt till kostnadsfri vård, preventivmedel och samtal med barnmorska och kurator. De visste inte att vårdpersonal omfattas av sekretess och att de kunde tala om känsliga ämnen utan att riskera att informationen delades vidare. Flera avvaktade med att söka vård trots oro och frågor om kroppen, såsom kraftig mens- och samlagssmärta.

Tillgång till anpassad information och möjligheten att utveckla sin SRHR-litteracitet framstår därför den som en av de viktigaste förutsättningarna för att få tillgång till SRHR-relaterad vård.

## **Ett vårdssystem som upplevs som otydligt och splittrat**

Nästan alla deltagare beskrev hur det svenska vårdssystemet var svårt att förstå och få tillgång till. Som ensamkommande visste de inte vart de skulle vända sig med olika problem, de visste inte hur tidsbokning går till eller

vilka mottagningar som finns. Den administrativa indelningen mellan primärvård och dess olika verksamheter, akutsjukvård och specialistvård skapade förvirring och gjorde det svårt att navigera i hälso-och sjukvårdssystemet. För många som inte talade svenska blev språket ett direkt hinder. Tolk bokades inte alltid in vilket försvårade kommunikationen markant. De behövde hjälp av vuxna i omgivningen – gode män, boendepersonal, familjehem och volontärer för att kunna boka tider, ta kontakt med och kunna ta sig till vården. Dessa viktiga vuxna var stundtals helt nödvändiga för att de unga skulle få tillgång till vård. När ett sådant stöd fanns upplevdes den SRHR-relaterade vården som tryggare och mer begriplig. Som nämndes under Studie 1 beskrevs det som avgörande vändpunkter när de mötte en engagerad vårdpersonal eller myndighetsperson som lyckades skapa en god kontakt med dem; en barnmorska som tog sig tid, en lärare som följde med till mottagningen, en socialsekreterare som förklarade hur de skulle gå tillväga kunde vara skillnaden mellan isolering och möjligheten att få hjälp att tillgodose sina SRHR. Dessa positiva erfarenheter framstod dessvärre som ovanliga och slumpmässiga. När stödet saknades, när de vuxna själva saknade kunskap kring SRHR, blev vägen till relevant vård kantad av hinder.

Vårdpersonal kände inte alltid till reglerna inom vården för asylsökande och ensamkommande ungdomar; de avvisade dem med vaga besked, de hänvisade till fel instans, krävde fel och för hög betalning för vård. Flera berättade att de fått motstridig eller felaktig information om sina rättigheter. Det förekom att personal hade nekat tjejer vård helt och hållet, trots att alla, även asylsökande och papperslösa, enligt lag har rätt till vård. Många tappade förtroendet för systemet. Upplevelsen av att inte vara prioriterad eller förstörd skapade frustration och en känsla av utanförskap. De berättar hur de undvek vården, avbokade vårdtider för att slippa dessa upplevelser. De sökte information på nätet, frågade vänner eller förlitade sig på ideella organisationer snarare än att söka sig till vården. Dessa informella kanaler kunde ibland ge stöd, men de kunde också sprida felaktig information och förstärka oro.

Övergången till vuxenåldern var en utmaning. För de unga kvinnor som blivit gravida eller av annat skäl haft behov av mödravård blev det särskilt påtagligt. De berättade om hur rädsla inför förlossning, trauma från tidigare övergrepp eller smärta vid gynekologiska undersökningar inte togs på allvar. Psykologiskt stöd erbjöds sällan och de som bad om det fick ofta vänta länge eller möttes av terapeuter utan erfarenhet av migration, våld eller SRHR. De som hade genomgått en könsstympning hade behövt tillgång till kunskapsbaserad information från vårdpersonal om vilken hjälp

som finns att få, exempelvis vad en öppningsoperation (defibulation) innebär.

## **Rasism, diskriminering, misstro och brist på erkännande**

Ett starkt tema är upplevelsen, ibland subtil, ibland tydlig, av att bli bemött som någon annorlunda. Tjejerna berättar att de i vårdmöten kunde uppleva sig ifrågasatta, nedvärderade eller reducerade till föreställningar om deras kulturella bakgrund. Berättelserna visar på upplevelser av att deras kroppar och de symptom de gav uttryck för betraktades som främmande eller svårbegripliga. De uttryckte en upplevelse av att vårdpersonalen utgick från att de inte var kapabla att förstå sin situation. När de försökte förklara sin smärta, sin oro eller sina behov blev de ofta avbrutna. Flera beskrev hur personalens brist på tid och lyhördhet skapade distans i mötet vilket ofta gjorde att de tystnade eller blev passiva. När personalen inte frågade vidare eller tjejerna gavs utrymme att förklara sin situation upplevde de att deras tystnad tolkades som brist på intresse.

Diskrimineringen var ofta subtil, men dess konsekvenser var tydliga. Upprepade upplevelser av diskriminering växte till en känsla av att inte höra hemma i vården, att vara i vägen snarare än att ses som en patient med rätt att vara där. Flera beskrev hur de förberedde sig inför sina vårdbesök; en beredskap på att behöva försvara sig, förklara sig eller förväntas acceptera mindre vård än andra patienter. På längre sikt ledde detta till att strategier för att själv kunna ta hand om sina SRHR-relaterade behov utvecklades. Det kunde handla om att i stället för att söka vård ta ett tidigare förskrivet läkemedel, en avvaktan med att söka vård för att se om symptom avtog av sig själva eller att de undvek att söka vård på grund av tidigare felaktig information och normalisering av deras tillstånd. Även vad de själva upplevde som svåra smärttillstånd i samband med sex eller menstruation kunde av vårdpersonal avskrivas som "normalt". Berättelserna visar hur deras vägar till stöd, hjälp och vård stängdes; att söka vård var inte längre värt den emotionella stressen det innebar att utsätta sig för detta bemötande. Att dra sig tillbaka för att inte utsätta sig för diskriminering blev ett sätt att skydda sin värdighet. Det är också ett allvarligt tecken på att förtroendet för systemet brustit.

## **Att lida i tystnad och skapa strategier för överlevnad**

För ensamkommande tjejer och unga kvinnor som kände sig utanför vården blev tystnaden med andra ord både ett skydd och en börda. Många bar på fysiska och psykiska symtom som de inte längre sökte hjälp för – smärta, sömnsvårigheter, oro, ångest, minnesbilder från våld och flykt. Några försökte dämpa sin oro genom arbete, språkstudier eller genom att ta ansvar för andra. Att fokusera på prestation blev en strategi för att upprätthålla kontroll och undvika smärtsamma minnen av tidigare trauman.

Tystnaden innebar också att deras lidande osynliggjordes. SRHR-relaterad vård och stöd uteblev inte för att behoven var små, utan för att tjejerna inte längre trodde att systemet kunde hjälpa dem. På så vis kan deras tystnad sägas vara en indikator på systemets misslyckande, inte på individens ovilja att medverka till vård.

I denna tystnad uppstod också motståndskraft. Många skapade egna informella nätverk med andra tjejer och unga kvinnor där de delade erfarenheter, utbytte råd och gav varandra stöd. Genom dessa sammanhang som erbjöd erfarenheter av positiva och öppna möten kunde de stegvis bygga upp något av den tillit till gemenskap och tillhörighet som förlorats i kontakt med olika samhällsinstitutioner.

## Resultat delstudie III

“Jag vill utbilda mig. Att hjälpa andra, det är mitt mål. För mig är att hjälpa människor lika med att få barn.”

“[Förlossningspersonalen] kom inte med sina funderingar till mig. När jag gick på toa, frågade de min kompis [personliga frågor om relationsstatus]. Jag hade velat att de ställde de frågorna till mig.”

“Vad jag har gått igenom [...] jag har upplevt allt för dem [barnen]. De behöver inte gå igenom det.”

Delstudie tre ger en fördjupad och mångdimensionell bild av hur unga kvinnor som kom till Sverige som ensamkommande tjejer upplevt graviditet, förlossning och föräldraskap. Berättelserna visar att föräldraskapet i exil ska förstås som en process som börjar redan innan graviditeten, som börjar formas innan och under flykten och fortsätter in i livet som småbarnsförälder i ett nytt land.

För dessa unga kvinnor är föräldraskapet både ett uttryck för sårbarhet och en källa till kraft. För vissa handlar det om att skapa mening efter förlust, eller att återskapa kontroll efter år av beroende, att bygga trygghet där stabilitet länge saknats. Deras berättelser visar att föräldraskapet i migrationens kontext är något mer än en privat upplevelse; det är en social och strukturell process som vävs samman med frågor om rättigheter, tillhörighet och erkännande.

### **Före graviditeten – föreställningar, ansvar och framtid**

Som nämnts tidigare så växte de flesta av tjejerna upp i samhällen där flickors liv var starkt reglerade av sociala och religiösa normer. Femininitet och moderskap var tätt sammanlänkade. Utifrån samhällsliga normer mättes en kvinnas värde ofta i hennes förmåga att gifta sig, föda barn och bevara familjens anseende. Att inte vilja gifta sig eller att ifrågasätta

könsroller betraktades som uppror mot ordningen. I berättelserna framkommer en upplevelse av att denna miljö formade deras självbild genom disciplin och tyst kontroll. Även om flera berättar hur de på olika sätt gjorde motstånd mot normerna och om stöd från föräldrar som vi ser i studie 1, var omgivningens krav starkare och de fick lära sig att de borde tåga, inte ifrågasätta och att anpassa sig. Sexualitet och kroppen blev något att dölja, okunskap om menstruation och graviditet beskrivs som något som ofta skapade rädsla och distans till den egna kroppen. För vissa hade föräldraskapet redan i ung ålder framstått som både lockande och skrämmande. Det kunde symbolisera trygghet och tillhörighet, men också binda dem till en roll de inte själva önskade. Denna ambivalens följde med dem genom migrationsprocessen: flera av dem talar om föräldraskapet som både en dröm om normalitet och en källa till oro över att återskapa en form av liv som de flytt från.

## **Graviditet i exil – mellan ensamhet, oro och hopp**

För många präglades graviditetsupplevelsen av osäkerhet. De flesta var unga, 16-24 år, under flykt eller utan familj i Sverige. Några var utan stabil bostad eller inkomst. En del levde i tillfälliga boenden eller hos bekanta. Några var i relationer som präglades av ojämlikhet eller våld. Andra var ensamma föräldrar från början.

För vissa var graviditeten planerad och ett medvetet val, det sågs som en möjlighet för att skapa ett sammanhang och bygga en egen familj. För andra var den en följd av våld, utsatthet och bristande kunskap om preventivmedel och ibland helt enkelt resultatet av vanlig obetänksamhet hos en ung människa. Oavsett om graviditeten var önskad eller inte så väckte den starka känslor och gav upphov till blandade reaktioner av stolthet, rädsla, skuld och förvirring.

Graviditeten väckte också minnen. Många hade traumatiska minnen av förlossningsvården i sina ursprungsländer, om människor de kände som dött i samband med förlossning. En allmän rädsla för att förlora kontroll gjorde tanken på förlossning skrämmande och bland de som hade genomgått en könsstympning aktualiserades smärtsamma minnen från den händelsen. Samtidigt beskrev flera en stark vilja av att vilja ta hand om sig själv och det kommande barnet, äta bra och gå på sina graviditetskontroller. De såg graviditeten som en chans att visa ansvar, att vara en riktig förälder trots alla svårigheter.

Mötet med den svenska mödravården upplevdes som både tryggt och förvirrande. De uppskattade att få medicinsk hjälp, men förstod inte alltid vad som förväntades av dem. Många beskrev en känsla av att inte veta hur de borde bete sig i relation till mödravården och barnmorskorna; kan jag ställa frågor? Kan jag be om hjälp? Får jag säga nej?

Språkbarriärer och olika förståelser för mötet skapade distans. Men som nämnts tidigare framträder betydelsen av att få ett positivt möte. Ett enda positivt möte kunde göra en enorm skillnad, till exempel en barnmorska som tog sig tid, använde sig av tolk, förklarade och frågade hur de mätte. De berättar att det kunde vara första gången någon i myndighetsperson visade dem en genuin omtanke. Dessa möten beskrivs som stunder av bekräftelse och gav en känsla av värdighet.

För unga kvinnor med erfarenhet av könsstympning väckte graviditeten särskilda bekymmer. De oroade sig för smärta, komplikationer och nedsättande bemötanden. Några berättade om upplevelser av att ha blivit bemött av okunskap, fördomar eller brist på empati hos vårdare, andra beskrev vårdpersonal som professionell och varsam. Erfarenheterna skilde sig åt och visar hur viktigt det är att vårdpersonal har kompetens att främja SRHR, förebygga, identifiera och ge råd och stöd i frågor som rör könsstympning, att de har SRHR-litteracitet och kunskap kring stöd och bemötande vid trauma för att kunna erbjuda trygg och jämlik vård samt främja självbestämmande.

## **Abort, förlust och sorg**

Flera unga kvinnor berättade om erfarenheter av missfall eller abort, ofta under svåra omständigheter. Några hade tvingats fatta beslut som ensamkommande tjejer eller i ung vuxenålder utan rådgivning, utan någon att tala med. De upplevde att vården var fokuserad på det fysiska och medicinska; emotionellt stöd erbjöds inte.

För en del var aborten ett självklart sätt att utöva självbestämmande, ett sätt att återta kontrollen över sin kropp när de upplevde att livsvillkoren inte tillät ett barn. För andra var den en källa till skuld och smärta. Flera beskrev en långvarig sorg, förstärkt av att de inte kunde dela den med någon. Kvinnornas berättelser visar hur abort och missfall är mångdimensionella erfarenheter långt mer än en medicinsk händelse.

## **Förlossningen – kropp, kontroll och existentiell prövning**

Förlossningen framstod som en dramatisk och ofta omvälvande upplevelse. Många hade inte getts möjlighet att förbereda sig inför vad en förlossning innebar och visste inte vad de kunde förvänta sig. Deltagarna beskrev blandningen av förväntan, skräck och smärta som något de aldrig glömmer. När kommunikationen fungerade, när de hade stödpersoner såsom en kulturdoula eller partners närvarande, när vårdpersonalen använde tolk, när de gav information och behandlade dem med respekt kunde förlossningen upplevas som trygg, nästan befriande. Den existentiella dimensionen av förlossningen beskrivs starkt. De talade om liv och död, ensamhet och överlevnad. Att föda utan familj i sin närhet, utan sin partner, utan sin mamma, utan någon som håller handen beskrevs som något djupt smärtsamt. Det framkommer också att ur denna ensamhet växte en känsla av styrka och självständighet. Flera beskrev att de efter förlossningen kände sig starka och stolta, att förlossningen var den stund då de verkligen förstod att de kunde klara sig själva. Den känslan blev en viktig grund för självförtroendet som nybliven förälder.

Men när kommunikationen brast kunde förlossningen bli ett trauma i sig. Några berättade att de inte förstod varför de blev undersökta, varför personalen pratade över deras huvuden eller varför de plötsligt blev lämnade ensamma. De kände sig reducerade till objekt, som om kroppen tillhörde någon annan. För de unga kvinnorna med erfarenhet av övergrepp kunde dessa situationer även återuppväcka tidigare trauman. För flera av deltagarna blev förlossningen samtidigt en symbol för övergången från det tidigare till det nya livet.

## **Efter förlossningen – glädje, trötthet och ansvar i ensamhet**

Den första tiden efter födseln präglades av blandade känslor: lycka över barnet, trötthet, oro och ofta en förlamande ensamhet. Deltagarna beskrev hur de kämpade för att förstå amning, barnets signaler och sin egen kropp. Stödet från vården försvann snabbt i samband med att de gick hem från BB. De var då ensamma med ett nyfött barn, med administrativa krav från BVC och socialtjänsten och ensamma att hantera en ekonomisk stress. Många saknade någon att fråga om råd, en mamma, en syster, en vän. De fanns också de som hade en ansvarstagande partner att dela föräldraskapet med,

ett nätverk av vänner eller grannar där de kunde be om hjälp. Barnmorskor, doulor och socialarbetare kunde fungera som en slags ersättande familj. Deras stöd upplevdes som livsviktigt, men var ofta kortvarigt och inte alltid tillgängligt. Några av kvinnorna uppgav starka känslor av nedstämdhet men att de inte vågade tala om det; de var rädda att bli betraktade som dåliga föräldrar och att socialtjänsten skulle ingripa. De bar därför sin oro i tystnad.

Många beskrev hur barnet, mitt i allt det svåra gav livet en djupare mening, att det var en källa till glädje och styrka. Någon beskrev starka känslor av att vilja skydda det lilla oskyldiga barnet från trauma och övergrepp. För många symboliserade barnet framtid och kärlek, de berättade hur barnet ingav dem motivation och vilja att ta ansvar, en anledning till att kämpa vidare. Berättelserna visar hur föräldraskapet kunde ge en stark känsla av egenmakt; att klara sig själv, försörja sitt barn och skapa rutiner ingav stolthet. De lärde sig kombinera studier, arbete och föräldraskap i en situation av begränsade resurser. Denna vardagliga uthållighet blev ett sätt att återta kontrollen över sina liv.

## **Att forma ett föräldraskap i exil – att omdefiniera familjeliv**

När de unga kvinnorna började etablera sig i Sverige reflekterade de över hur de ville uppfostra sina barn, vad de ville bevara från sin uppväxt, från sin "kultur" som de uttryckte det och vad de ville förändra. De insåg att de här stod ensamma med barnuppfostran och inte som de var vana vid från sitt ursprungsland där flera vuxna var engagerade i barnets utveckling. De anpassade sig till vad som krävs för att vara en god förälder i Sverige: hinna med utvecklingssamtal, BVC-besök, läxhjälp och andra aktiviteter. De insåg att de inte skulle mäka med att uppfostra flera barn och kunde i det känna en beundran inför sin egen mamma som tagit hand om dem och deras syskon. Många talade om vikten av utbildning, respekt och trygghet och om att ge barnen frihet och jämställdhet.

De gav uttryck för hur de möjligheter det svenska samhället erbjuder såsom ekonomiskt stöd, trygga boenden, skolgång och rätt till vård främjar självbestämmande och en individuell frihet att välja sitt liv. Denna frihet väckte också frågor: Hur mycket ska jag anpassa mig? Hur undviker jag att förlora mina rötter? De beskrev en strävan efter balans i att kunna förena det bästa från båda världar. Några ville uppfostra sina barn med respekt för den tro och de kulturella värderingar de vuxit upp med, men utan att

reproducera normer om kön och sexualitet som begränsat dem. Några betonade vikten av att lära sina döttrar att ifrågasätta och våga berätta om någon behandlat dem illa.

Föräldraskapet framstår i deras berättelser som en plats för förhandling mellan tidigare erfarenheter och nuvarande livssituation. Det innebar för vissa ett sätt att skapa en ny identitet där svåra erfarenheter av flykt kunde omvandlas till framtidshopp. Andra hade helt eller delvis förlorat sitt hopp om framtiden. Ovissheten kring om de skulle beviljas uppehållstillstånd, den ekonomiska stressen, ensamheten och tankar på om de någonsin skulle kunna leva som en hel familj med barnets pappa dränerade dem på energi. Tyngden av en oviss framtid innebar också att de hade svårt att få den ro som krävs för att bearbeta tidigare trauman.

## **Sociala relationer och stöd som livlina för unga mödrar**

Sociala relationer visade sig vara den mest avgörande faktorn för kvinnornas välbefinnande som mödrar. De som hade stöd från vänner, föreningar, vårdpersonal eller andra ensamkommande tjejer och unga kvinnor mådde bättre, kände sig tryggare och kunde hantera motgångar lättare än de som saknade stöd. Civilsamhällets aktörer såsom kvinnojourer, ideella organisationer, kyrkor och föreningar spelade en central roll för dessa unga mödrar. Där kunde de få konkret hjälp, men också något mer – känslan av att höra hemma någonstans. Flera beskrev dessa miljöer som sin familj i Sverige. För dem som saknade nätverk var situationen präglad av ensamhet och svårigheter. Social isolering förvärrade psykisk ohälsa och gjorde vardagen tung. Upprepade flyttar och brist på kontinuitet i kontakten med myndigheter gjorde det nästan omöjligt att skapa tillit och hopp för framtiden.

## Sammanfattande analys av alla delstudier

“Om det [sexuellt våld] skulle hända igen då skulle jag veta att det inte var mitt fel. Jag gjorde inget fel. Jag valde aldrig någonting.”

“Att få veta sina rättigheter. Det spelar jättestor roll [...] Om jag visste att jag kunde använda preventivmedel [...] Jag visste inte det att det fanns. Det var inte lämpligt att få barn i min situation [...] jag hade inte en bra relation, jag hade inte uppehållstillstånd, mitt liv var kaos [...] Men det var ingen som sa att det finns skydd om man vill.”

“För mig är SRHR en resa mot självständighet. Det är liksom min ultimata självständighet, när jag har reell tillgång till SRHR. Där jag får bestämma själv med vem jag ligger med. Alltså typ så, förenklat. Jag tror det är en resa, när jag når självständighet.”

Den samlade bilden från de tre delstudierna visar att ensamkommande tjejer och unga kvinnors SRHR i Sverige inte är ett isolerat vårdområde utan en lång livsprocess som sträcker sig från uppväxtens normer om kön och sexualitet, genom utsattheten under flykten och ankomsten till Sverige, vidare in i vuxenlivets val, graviditet, födande och föräldraskap. Över tid samverkar personliga erfarenheter, sociala relationer och institutionella strukturer på sätt som antingen möjliggör eller begränsar SRHR-relaterad hälsa, trygghet och självbestämmande. Den formella rätten till en god SRHR finns, men praktiseras ojämlikt beroende på språk, rättslig status, socioekonomisk tillhörighet, boendesituation och tillgång till socialt och relationellt stöd.

Sammantaget pekar resultaten på att jämlik SRHR inte kan reduceras till en fråga om tjänsteutbud. Det handlar om hur ett samhälle faktiskt bemöter ensamkommande tjejer och unga kvinnor i situationer som kan stärka deras egenmakt alternativt förstärka deras sårbarhet. SRHR handlar om samordning mellan myndigheter och aktörer runt ensamkommande tjejer och unga kvinnor, om personalens tid, kunskap och utrymme att bygga förutsättningar för tillit. När det brister blir SRHR otillgängligt för de i

utsatthet, en rättighet som endast är till för vissa. När det fungerar bidrar det till att stärka unga kvinnors och tjejeers egenmakt, hälsa och delaktighet i att tillgodose sin SRHR.

## Jämlik SRHR genom strukturer som håller

Tillsammans visar de tre delstudierna att vägen till jämlik SRHR för unga ensamkommande tjejeer och kvinnor inte tillgodoses via korta informationsinsatser eller generella riktlinjer. Det krävs kontinuerliga vårdrelationer, en rättighetsbaserad praktik och klinisk kompetens att skapa förutsättningar för tillit och stabilitet. Det innebär att flytta fokus från att informera om SRHR till att möjliggöra att de tillgodoses i praktiken. För detta krävs att ett intersektionellt perspektiv genomsyrar arbetet där omhändertagandet bygger på att myndighetspersonal arbetar med traumamedvetenhet och könsmedvetenhet och har förmåga och ges förutsättningar att säkerställa begriplighet, vara närvarande och följa upp det som beslutats tillsammans med den ensamkommande tjejeen – då kan informationen omvandlas till kunskap hos de unga och SRHR förverkligas. En utmaning för ledning och chefer är att verka för att vårdrelationer kan vila på strukturer som inte bryts av organisatoriska förändringar.

Att stärka dessa tjejeer och unga kvinnors SRHR handlar i grunden om att göra rättigheter möjliga att använda i vardagen: begripliga, tillgängliga och trygga att använda. När vården och de myndigheter som ansvarar för ensamkommande barn och unga verkar för att göra SRHR begripliga, tillgängliga och trygga att använda, finns förutsättningar för vården att inte bara vara en plats för behandling, utan också en arena för självbestämmande, erkännande, delaktighet och värdighet där de unga, oavsett bakgrund kan få stöd att forma sina liv och sina beslut på egna villkor.

## Strukturella lärdomar

- **Strukturer formar ojämlik SRHR.** Välfärdsinstitutioner kan reproducera ojämlikhet och inskränka SRHR när de inte tar höjd för språkliga, juridiska och sociala skillnader. Brist på såväl standardiserade lösningar som på individanpassat stöd kring

ensamkommande tjejer och unga kvinnor leder till allvarliga säkerhetsbrister och att deras rätt till sexuell och reproduktiv hälsa kränks. En rättighetsbaserad utformning kräver individanpassade SRHR-insatser, lokalt förankrad vägledning och tydligt formulerat ansvar mellan olika myndighetsaktörer.

- **Trygghet är en förutsättning för SRHR.** Rättigheter blir verkliga först när människor känner sig trygga nog att använda dem. Stabilt boende, rättslig förutsägbarhet och ekonomisk grund är lika viktiga som framkomliga vägar till SRHR-relaterad vård. Utan denna bas blir vården otillgänglig, erbjuds för sent, för sällan eller inte alls.
- **Sociala relationer och kontinuitet bygger tillit.** Långsiktiga relationer som kännetecknas av kontinuitet möjliggör tillit, följsamhet och återhämtning. SRHR-litteracitet och anpassad professionell tolkning är en del av denna kontinuitet. För att möjliggöra detta behövs stödfunktioner/personer inom vården som kan agera som vårdlots och personliga ombud som följer individen över tid.
- **Krav på samverkan kring SRHR.** Rätten till vård innefattar också rätten att förstå, bli trodd och kunna tala utan skam, vilket är av stor betydelse. Skolan och elevhälsans roll i att säkerställa en anpassning av undervisningen kring sexualitet, samtycke och relationer är lika viktig som SRHR-litteracitet hos professionella i hela vårdkedjan.
- **Föräldraskap i exil kräver samlat och lättillgängligt stöd.** Graviditet, födande och småbarnstid utan familj och stabilt nätverk kräver sammanhållen eftervård, lågtröskel-föräldrastöd, sociala kontaktytor och ekonomisk trygghet. Samverkan mellan olika delar av primärvården såsom barnmorskemottagningar, BVC, vårdcentral, förlossningsvård inklusive BB-vård, socialtjänst, skola och civilsamhälle behöver tydliga strukturer och gemensamma målbilder.

## Förslag till arbetssätt

Utifrån ensamkommande tjevers och unga kvinnors berättelser om vad som fungerat och vad som brutit i kontakt med olika myndighetsaktörer har vi sammanställt en lista på förslag till arbetssätt. Mycket görs redan och förslagen är då närmast en påminnelse om vad som är alldeles särskilt viktigt att tänka på i kontakt med ensamkommande barn och unga, liksom andra utsatta grupper. Övergripande gäller att följa de rutiner som redan finns för att stärka ensamkommande tjevers och unga kvinnors SRHR i Sverige. Flera bland de ensamkommande tjejerna och unga kvinnorna kan definieras som en riskgrupp med erfarenheter av trauma och språkförbistring, i relation till vilka det inom många verksamheter finns riktlinjer och rutiner att följa. Utöver detta visar vår forskning på vikten av att som ledning tillse att personal får förutsättningar att arbeta enligt rutiner och riktlinjer, samt får förutsättningar att öva upp en strukturell medvetenhet. Forskning visar att diskriminering och rasism skapas genom vardagspraktiker som ofta upplevs neutrala av personal, men där minoritetsstress ofta skapas hos den ensamkommande tjejen och unga kvinnan.<sup>29 55 66</sup>

Målgrupper för dessa förslag till arbetssätt för att stärka de ensamkommandes SRHR omfattar beslutsfattare på statlig, regional och kommunal nivå samt ledning och anställda inom flera olika verksamheter såsom socialtjänst, skola/elevhälsa, ungdomsmottagning, vårdcentral, mödra- och barnhälsovård, förlossningsvård och annan/specialiserad vård såsom psykiatrisk vård. Alla verksamheter som kan komma i kontakt med ensamkommande tjejer och unga kvinnor bör säkerställa att anpassad information och stöd finns tillgängligt. Tydlig ansvarsfördelning, tydliga arbetssätt och uppföljningsbara mål är avgörande för att värna ensamkommandes SRHR.

Utgångspunkten är att många ensamkommande tjejer och unga kvinnor möter samverkande hinder vilka beskrivits genom rapporten: migrationsrelaterade trauman, språkliga barriärer, rättslig och social osäkerhet, tidigare eller pågående köns- och genusbaserat våld, rasism och diskriminering, samt bristande kontinuitet i vård- och stödinsatser. Våra förslag till arbetssätt vilar därför på tre bärande principer:

- **Kontinuitet och förutsägbarhet:** namngivna kontaktpersoner, planerade återbesök, säkra överlämningar (hänvisningar och remitteringar) och en sammanhållen vårdkedja.

- Tillgänglighet och begriplighet: tillgång till anpassad information, tillgänglig sexualundervisning, professionell tolkning och språkstöd.
- Ökad SRHR-litteracitet samt traumamedvetna arbetssätt bland professionella: trygga möten, informerat samtycke och respekt för autonomi och självbestämmande baserat på delaktighet och informerade val.

De föreslagna arbetssätten nedan presenteras per verksamhet för att underlätta implementering i ordinarie verksamhet. För varje verksamhet anges förslag på mål (vad som ska uppnås), arbetssätt (vad som görs i mötet), processer (hur vägar till stöd och vård säkras) samt uppföljning. Denna struktur möjliggör snabb identifiering av brister och behov av anpassning för verksamheten i fråga, vart införande av förbättringar behöver implementeras och uppföljning av effekter över tid.

Genomgående är samverkan central mellan socialtjänst, skola, hälso- och sjukvård och civilsamhälle enligt en *no-wrong-door*-princip:<sup>67</sup> det vill säga, att den aktör som möter den ensamkommande tjejen eller unga kvinnan tar ansvaret tills nästa mottagandeinstans bekräftat övertag. Det handlar också om att minimera risk för återkommande byte av boende och möjlighet till förlängt stöd under etableringsåren under ung vuxen ålder. Att öka möjligheterna att de unga får rätt stöd i rätt tid skulle till exempel kunna minska risker för försvinnande och sexuell exploatering.

Verksamhetsstöd innebär rutiner för säkra remiss/hänvisningsförfaranden, tolkrutiner, tydliga rutiner för nybesök och användande av beprövade och vetenskapliga metoder för att samtala om sexuell hälsa. Det behövs också system och planering kring uppföljning av arbetssätten. Dessa bör integreras i ordinarie kvalitetssystem och följas återkommande på verksamhets- och huvudmannanivå. Målet är en förutsägbar, trygg och sammanhållen vårdkedja av insatser där varje möte bidrar till att tillgodose ensamkommande tjejeer och unga kvinnors SRHR-behov i praktiken.

## Samtliga verksamheter

- Boka alltid tolk (om möjligt SRHR-utbildad tolk). Fråga efter önskat kön och dialekt på tolken, dokumentera bokning.
- Genomgång av lagar kring sekretess i samtal med den unga, lyhördhet för frågor.

- Identifiering av behov och riskutsatthet relaterat till SRHR: lust, njutning, relationer, preventivmedel inklusive akut-p-piller, provtagning för hiv/STI, kartläggning av menstruation och smärta, graviditet, missfall, abort, ofrivillig barnlöshet, samtycke och gränssättning, besvär till följd av könsstympning, sexuell våldsutsatthet, SRHR-relaterat trauma. SEXIT kan med fördel användas för att identifiera sexuell riskutsatthet (se kompetensutveckling).
- Identifiera behov relaterat till psykisk hälsa: sömn, oro, nedstämdhet, återupplevande, trauma.
- Guida den unga genom att gå igenom praktiska vägar in i vården: hur boka/avboka tider, öppettider, akuta besök och dygnet runt verksamhet. Utse ansvarig kontaktperson.
- Gå igenom plan: vad händer nu, nästa besök bokad, vart den unga vänder sig med frågor och funderingar, namn på kontaktperson
- Nära samverkan och nätverksarbete mellan verksamheter inom offentlig verksamhet och civilsamhällesorganisationer såsom RFSU, RFSL, Noaks Ark, Ensamkommandes förbund, Rädda Barnen med flera.

## Hänvisning och remittering

- Ring och informera mottagande enhet, boka tid.
- Skicka kort sammanfattning om den unga ger samtycke till det, ange önskemål om tolk.
- Skapa påminnelse och ring upp eller sms:a 24-48 timmar före tiden.
- Följ upp med den unga efter tiden för att säkerställa att besöket blev av och att hen är nöjd.
- Om möjligt följ med som ledsagare till nästa vårdkontakt.

## Tolkrutin

- Fråga alltid om önskemål om kön på tolken och tolkdialekt.
- Boka professionell tolk, om möjligt SRHR-tolk. Barn ska aldrig tolka. Undvik att anhöriga tolkar i möjligaste mån. Var lyhörd, vissa patienter har starka önskemål om att deras anhöriga tolkar.

- Titta på och tilltala alltid patienten. Tala i korta meningar. Be tolken översätta och tillåt tolken att ta den tid på sig som den behöver. Fråga igen om något upplevs oklart. Ibland kan frågorna behöva justeras och ställas med andra ord.
- Pausa för kontroll av känslomässigt välbefinnande och hur informationen har mottagits.

## Kompetensutveckling och utbildning

Målet med kompetensutvecklingen är att personalen ska känna sig tryggare i att möta unga ensamkommande, att öka medvetande om strukturella ojämlikheter och att bidra till ökad SRHR-litteracitet och en jämlik SRHR.

Förslag på utbildningsmoduler:

- Del 1 – Vad är SRHR? – SRHR webbutbildning
- Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter – webbutbildning - Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen
- Rasism och bemötande i vården, Rasism och bemötande i vården - Socialstyrelsen utbildning
- Metod och verktyg för att identifiera sexuell riskutsatthet, SEXIT:
- SEXIT – samtal om sexuell hälsa och erfarenhet av våld - Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen
- För ökad kunskap om flykt, trauma och tolkanvändning, ta del av Transkulturellt centrum's kostnadsfria utbildningsprogram: Utbildningar och nätverksträffar
- Metod för stöd i samtal: Förstå mig rätt – metod för att minska missförstånd - Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen

## Beslutsfattare (region/kommun/statlig)

**Mål:** Långsiktig kvalitet, jämlik tillgång till SRHR och hållbara förhållningsätt

### Styrning och resurser

- Kostnadsfri tillgång till tolk, säkerställa att tolk används, främja SRHR-litteracitet och kontinuitet med ansvarig kontaktperson inom respektive verksamhet.

- Minimera antal gånger som de unga behöver flytta; skapa regionala "kontinuitetsspår" för ensamkommande tjejer.
- Säkerställa stöd fram till ung vuxen ålder.

### **Kompetens och uppföljning**

- Se förslag på utbildningsmoduler för elevhälsa, ungdomsmottagningar, vårdcentraler, barnmorskemottagningar, förlossningsvården/BB, barnvårdscentraler och socialtjänst.
- Enhetliga indikatorer: kontinuitet, tolk, säkra hänvisnings- och remissförfaranden, missade tider, tid till första kontakt.

### **Samverkan**

- Överenskommelser mellan Migrationsverket, socialtjänst, skola, vård, Polismyndigheten och civilsamhälle med tydliga kontaktvägar, ansvar och uppföljning.

## **Skola och elevhälsa**

**Mål:** Tidig normmedveten SRHR-introduktion, en trygg väg in i systemet, identifiering av sexuell riskutsatthet.

### **Arbetsätt**

- Introduktion till undervisning i sexualitet, samtycke och relationer för nyanlända under första skolåret med utrymme för att anpassa nivå och grupper (små grupper, uppmärksamma behov av könsuppdelad undervisning).
- Individuellt hälsobesök hos elevhälsan (tolk vid behov). Skolsköterska hänvisar/ remitterar till kontakt med ungdomsmottagning för samtal om SRHR. Identifiering av eventuella behov av rådgivning eller vård.
- Namngiven skolsköterska/kurator som kontaktperson.

### **Processer**

- Säker överlämning genom bokad tid till ungdomsmottagning, vårdcentral, flyktingmedicinsk mottagning, samt andra eventuellt aktuella vårdgivare.
- Rutin för tryggt samtal om SRHR, inkluderande sexualitet, samtycke och relationer, preventivmedel och samtal om våld och psykisk hälsa.
- Muntlig och skriftlig information på flera språk (rättigheter, hur man söker vård, sekretess).

## Uppföljning

- Identifiera hållbara mål att följa upp för verksamheten. Förslagsvis kan det vara:
  - Andel elever som 1) fått introduktion i sexualitet, samtycke och relationer, 2) andel hänvisningar/ remisser till ungdomsmottagning eller annan vårdgivare, 3) andel elever med namngiven kontaktperson.

## Ungdomsmottagningar

**Mål:** Låg tröskel, tillit till personal, kontinuitet över tid.

### Arbetsätt

- Drop-in med beredskap för tolkade besök varje vecka.
- Ansvarig barnmorska/ kurator vid återkommande besök.
- Använd gärna PLISSIT som samtalsmodell (se SRHR-utbildning under kompetensutveckling) för ett utforskande förhållningssätt kring behov av preventivmedel, STI, samtycke och behov. SEXIT rekommenderas att användas vid alla nybesök. Obs. tänk på att frågorna kan behöva individanpassas och att frågeformuläret kan behöva fyllas i tillsammans med personal.

### Processer

- Sms-påminnelse inför besöket.
- Förlängt nybesök vid behov, med tolk om det behövs.
- Standardiserad uppföljning efter nyinsatt preventivmedel efter tre månader, med möjlighet till snabbare uppföljning vid behov. Informera den unga om innehållet i uppföljningen såsom nöjdhet med metoden, kontroll av biverkningar, blödningsmönster, om frågor finns, eventuellt byte till annan metod.
- Tydlig väg till psykolog/traumastöd samt till mödravård alternativt abortvård vid graviditet.

## Uppföljning

- Identifiera hållbara mål att följa upp för verksamheten. Förslagsvis kan det vara:
  - Andel återbesök bokade innan hemgång.
  - Tid till uppföljning efter preventivmedelsstart.
  - Missade tider och återkontakter.

## Vårdcentral

**Mål:** Helhetsbedömning avseende fysisk, psykisk och sexuell hälsa, kontinuitet genom en fast vårdkontakt.

### Arbetsätt

- Nybesök med utökad tid, tolk förbokad, helhetsscreening.
- Fast vårdkontakt.

### Processer

- Säker hänvisning med hjälp att boka tid till ungdomsmottagning, barnmorskemottagning eller andra aktuella vårdgivare.
- Uppföljande av remisser till gynmottagning eller vid behov av bedömning av psykisk ohälsa.
- Stabiliserande stöd och dokumentation vid symtom på traumatisering såsom otrygg boendesituation, tecken på våldsutsatthet, sömn, oro och ångest
- Uppföljningar bokas innan hemgång. Påminnelse om tid skickas via sms.

### Uppföljning

- Identifiera hållbara mål att följa upp för verksamheten. Förslagsvis kan det vara:
  - Andel patienter med utsedd fast kontakt.
  - Bekräftade säkra överlämningar.
  - Andel återbesök, erbjudande om ny kontakt om patienten uteblir.

## Graviditet och förlossningsvård (barnmorskemottagning/förlossning inklusive eftervård och barnavårdscentral)

**Mål:** Trygg graviditet/förlossning/eftervård, integrerad psykisk hälsa.

### Arbetsätt

- Samskapad och tydligt kommunicerad graviditets- och förlossningsplan. Planen bör innehålla: önskemål om smärtlindring och andra behov, föreställningar farhågor och förväntningar. Andra risker och behov såsom tidigare trauman, könsstympning (KKS)

eller behov av tolk, hur uppföljning efter förlossningen planeras, kontaktperson för vart den födande vänder sig vid frågor.

- Fråga alla om könsstympning Fråga alla om könsstympning - Socialstyrelsen och våld enligt Socialstyrelsens riktlinjer: Gör en psykosocial bedömning - Socialstyrelsen
- Uppmärksamma förlossningsrädsla och kartlägg behov av vård och stöd Uppmärksamma förlossningsrädsla - Socialstyrelsen.
- Eftervård för den födande (Barnmorskemottagning): snabb uppföljning av psykisk och fysisk hälsa på barnmorskemottagning en till två veckor efter förlossningen. Individuell bedömning av hur täta besöken därefter behöver vara.
- Eftervård för barnet (Barnvårdscentral): Snabb första tid för uppföljning cirka en vecka efter förlossningen. Ökad uppmärksamhet bör riktas mot när särskilda riskfaktorer föreligger, såsom social utsatthet, trauma hos förälder eller språkbarriärer, och föranleda tätare uppföljning. Säkra vårdkedjor och samverkan mellan BB och mödrahälsovård för att säkerställa att övergången fungerar och att information om familjesituation följer med. Samtycke till samverkan ska inhämtas av den födande.

### **Processer**

- Säkerställ/erbjud möjlighet till doulastöd eller medföljande stödperson där nätverk saknas eller där det finns behov av stöd.
- Överlämning från barnmorskemottagning, förlossningsvård, BB, och/barnvårdscentral med bokad tid. Vid behov bokad tid till psykolog eller kurator.
- Bjud in till föräldrautbildning inom mödrahälsovården inför förlossningen. Var uppmärksam på och boka vid behov tid för individuellt stöd.
- Bjud in till föräldrastöd inom barnhälsovården efter förlossningen (eventuellt i grupp), gärna med tolk på plats.

### **Uppföljning**

- Identifiera hållbara mål att följa upp för verksamheten. Förslagsvis kan det vara:
  - Andel upprättade individuella förlossningsplaner.
  - Eftervårdskontroll och uppföljning genomförd enligt plan.
  - Självskattad trygghet vid förlossning/postpartum.

## **Vården i allmänhet (sjukhus/specialist)**

**Mål:** Säker, likvärdig vård oavsett vart den unga söker vård.

### Arbetsätt

- Tolkrutin som del av patientsäkerhetspolicyn (SRHR-utbildad tolk, önskemål av kön på tolken, tolkdialekt, bokning, dokumentation).
- Integrerad rutin för samtal och stöd för att säkerställa att information tagits emot och gjorts begriplig (se kompetensutveckling såsom "Förstå mig rätt") Den unga återger med egna ord den information som givits, för att säkerställa att den verkligen förstås. I samtal bör inkluderas information om: vad händer nu, nästa steg, hur får jag hjälp och av vem som ger hjälp. Säkerställ att kontaktuppgifter förmedlas till rätt vårdinstans.

### Processer

- Genomgången utbildning i tolkanvändning (se till exempel transkulturellt centrum under kompetensutveckling)
- Utse fast kontaktperson vid alla besök som inte är tillfälliga.
- Intern *no-wrong-door*-princip: om patienten inte "hör hit" så tar mottagande personal ansvar för patienten tills rätt enhet bekräftat övertag.

### Uppföljning

- Identifiera hållbara mål att följa upp för verksamheten. Förslagsvis kan det vara:
  - Andel kontakter med dokumenterat tolkanvändning vid behov.
  - Väntetider mellan steg i vårdkedjan.
  - Patientrapporterad begriplighet av plan.

## Socialtjänst

**Mål:** Social trygghet som grund för en god SRHR; tidig identifiering av riskutsatthet för köns- och genusbaserat våld.

### Arbetsätt

- Ansvara för att samordnad kartläggning av individuella SRHR-behov när flera aktörer är involverade.
- Kommunicera planen till alla involverade aktörer inklusive den unga.
- Utse kontaktperson utifrån behov; ledsagning till vård och andra myndighetsbesök vid behov.

### Processer

- Rutiner för att samtala om SRHR och för att förebygga försvinnanden: tidig identifiering av riskutsatthet, gemensam lägesbild, agera skyndsamt.
- Ansvarig kontaktperson, med uppdrag att bygga broar till skola, vård, civilsamhälle.
- Följ upp med den unga hur kontakten med kontaktpersonen upplevs.

### **Uppföljning**

- Identifiera hållbara mål att följa upp för verksamheten. Förslagsvis kan det vara:
  - Andel samordnad individuell plan, SIP, upprättade och genomförda.
  - Tid från signal till åtgärd vid risk.
  - Självskattad känsla av trygghet och tillhörighet.

## Referenser

1. United Nations Human Rights Office of the High Commissioner. Your Health, your choice, your rights: International and regional obligations on sexual and reproductive health and rights, 2018.
2. Committee on Economic Social and Cultural Rights. General comment No. 22 (2016) on the right to sexual and reproductive health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights): United Nations, 2016.
3. Committee on the Elimination of Discrimination. General recommendation No. 35 on gender-based violence against women, updating general recommendation No. 19. CEDAW/C/GC/35 United Nations, 2017.
4. Starrs AM, Ezeh AC, Barker G, et al. Accelerate progress- sexual and reproductive health and rights for all: Report of the Guttmacher Lancet Commission. *The Lancet* 2018;391(10140):2642-92. doi: 10.1016/S0140-6736(18)30293-9
5. United Nations. A/RES/70/1 Transforming our world: The 2030 agenda for sustainable development, 2015.
6. United Nations. Declaration on the Elimination of Violence against Women: United Nations, 1993.
7. United Nations Population Fund. Sexual and reproductive health and rights: An essential element of universal health coverage 2019.
8. Ross L. Reproductive justice: An introduction. Oakland, California: University of California Press 2017.
9. Frisendahl C, Looft-Trägårdh E, Cleeve A, et al. Two decades of research capacity strengthening and reciprocal learning on sexual and reproductive health in East Africa – A point of (no) return. *Global Health Action* 2024;17(1):2353957. doi: 10.1080/16549716.2024.2353957
10. Lag (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m.
11. Abortlag (1974:595).
12. Skolverket. Läroplan för grundskolan, förskoleklassen och fritidshemmet – Lgr22, 2024.
13. Public Health Agency of Sweden. Nationell strategi för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR): En god, jämlik och jämställd sexuell och reproduktiv hälsa i hela befolkningen 2020.
14. Public Health Agency of Sweden. Nationell handlingsplan för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) i Sverige: Genomförandet av den nationella SRHR-strategin 2023–2033, 2023.
15. Schindele AC, Josefsson-Areskoug K, Lindroth M. Vulnerability analysis in sexual and reproductive health and rights (SRHR): Indications of intersecting vulnerable positions in a national survey among young people in Sweden. *Sexuality Research & Social Policy* 2022;19:1034. doi: 10.1007/s13178-022-00742-7
16. Abubakar I, Aldridge RW, Devakumar D, et al. The UCL–Lancet Commission on Migration and Health: The health of a world on the

- move. *The Lancet* 2018;392(10164):2606-54. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32114-7
17. Andersson ES, Øverlien C. Navigating cultural transitions during resettlement: The case of unaccompanied refugee minors. *Frontiers in Psychology* 2023;14:1080072. doi: 10.3389/fpsyg.2023.1080072
  18. Castañeda H. Migration and Health: Critical Perspectives. New York, New York: Routledge 2023.
  19. Freedman J, Sahraoui N, Tastsoglou E. Gender-based violence in migration: Interdisciplinary, feminist and intersectional approaches. Cham, Switzerland: Palgrave Macmillan 2022.
  20. Gimeno Monterde C, Mendoza Pérez K. Invisible and feminized migration of unaccompanied girls: A challenge for child Care. *Affilia* 2025;40(1):65-82. doi: 10.1177/08861099241263978
  21. Sahraoui N. Borders across healthcare: Moral economies of healthcare and migration in Europe. Berghahn Books 2020.
  22. UNFPA. Five reasons migration is a feminist issue, 2018.
  23. UNICEF. Close to 50 million children had been displaced due to conflict and violence globally by the end of 2024 2025.
  24. International Committee of the Red Cross. Inter-agency Guiding Principles on Unaccompanied and Separated Children. Geneva, Switzerland: UNHCR, 2024.
  25. UNHCR. Refugee statistics: United Nations High Commissioner for Refugees; 2024. <https://www.unhcr.org/refugee-statistics>
  26. Thomas S, Thomas S, Nafees B, et al. 'I was running away from death'– the pre-flight experiences of unaccompanied asylum seeking children in the UK. *Child: Care, Health and Development* 2004;30(2):113-22. doi: 10.1111/j.1365-2214.2003.00404.x
  27. Kohli RKS. Working to ensure safety, belonging and success for unaccompanied asylum-seeking children. *Child Abuse Review* 2011;20(5):311-23. doi: 10.1002/car.1182
  28. Andersson ES, Øverlien C. Navigating cultural transitions during resettlement: The case of unaccompanied refugee minors. *Front Psychol* 2023;14:1080072. doi: 10.3389/fpsyg.2023.1080072
  29. Opperdoes M, Dellenborg L, Backman G, et al. "Vulnerable and strong at the same time": Forcibly displaced young women's lived experiences of their sexual and reproductive health and rights (SRHR) as former unaccompanied asylum-seeking girls. *PLOS Global Public Health* 2025;5(10):p.e0005241. doi: doi.org/10.1371/journal.pgph.0005241
  30. Crenshaw K. Mapping the Margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stanford Law Review* 1991;43(6):1241-99. doi: 10.2307/1229039
  31. Crenshaw K. demarginalizing the intersection of race and sex: A black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum* 1989;1989(1):Article 8.

32. Mandroiu A, Alsubahi N, Groot W, et al. Sexual and reproductive health rights and service use among undocumented migrants in the eu: A systematic literature review. *Healthcare* 2024;12(17):1771. doi: 10.3390/healthcare12171771
33. Tirado V, Engberg S, Holmblad IS, et al. "One-time interventions, it doesn't lead to much" - Healthcare provider views to improving sexual and reproductive health services for young migrants in Sweden. *BMC Health Services Research* 2022;22(1):668-68. doi: 10.1186/s12913-022-07945-z
34. Darebo TD, Spigt M, Teklewold B, et al. The sexual and reproductive healthcare challenges when dealing with female migrants and refugees in low and middle-income countries (a qualitative evidence synthesis). *BMC Public Health* 2024;24(1):520-12. doi: 10.1186/s12889-024-17916-0
35. Flanagan N, Travers A, Vallières F, et al. Crossing borders: A systematic review identifying potential mechanisms of intergenerational trauma transmission in asylum-seeking and refugee families. *European Journal of Psychotraumatology* 2020;11(1):1790283. doi: 10.1080/20008198.2020.1790283
36. Ivanova O, Rai M, Kemigisha E. A systematic review of sexual and reproductive health knowledge, experiences and access to services among refugee, migrant and displaced girls and young women in Africa. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2018;15(8):1583. doi: 10.3390/ijerph15081583
37. Lirios A, Mullens AB, Daken K, et al. Sexual and reproductive health literacy of culturally and linguistically diverse young people in Australia: A systematic review. *Cult Health Sex* 2024;26(6):790-807. doi: 10.1080/13691058.2023.2256376
38. Soeiro RE, de Siqueira Guida JP, da-Costa-Santos J, et al. Sexual and reproductive health (SRH) needs for forcibly displaced adolescent girls and young women (10-24 years old) in humanitarian settings: A mixed-methods systematic review. *Reprod Health* 2023;20(1):174. doi: 10.1186/s12978-023-01715-8
39. Tadesse G, Andualem F, Rtbey G, et al. Gender-based violence and its determinants among refugees and internally displaced women in Africa: Systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* 2024;24(1):2851. doi: 10.1186/s12889-024-20329-8
40. Agency SM. Inkomna asylsökande ensamkommande barn flickor 2000-2023. 2024
41. Surace GMP. The future we want: The transition to adulthood of unaccompanied minors. *Elementa* 2022;2(1-2):111-26. doi: 10.7358/elementa-2022-0102-sura.
42. Europe Commission. Supporting young refugees in transition to adulthood: Recommendation CMRec. 2019;4
43. Länsstyrelserna. Ensamkommande barn som avvikit mellan åren 2013-2020: Sammanställning av Migrationsverkets statistik över registrerade avvikningar: Länsstyrelserna, 2022.
44. Socialstyrelsen. Nationell vägledning - motverka att ensamkommande barn försvinner, 2025.

45. SBU. Stöd till ensamkommande barn och unga – effekter, erfarenheter och upplevelser. Systematisk litteraturöversikt och etiska och samhällseliga aspekter, 2018.
46. Krzyzanowski M, Ekström H. "No longer the haven of tolerance"? The press and discursive shifts on immigration in Sweden 2010-2022. *Social semiotics* 2025;35(3):472-94. doi: 10.1080/10350330.2024.2352656
47. Lag (2016:752) om tillfälliga begränsningar av möjligheten att få uppehållstillstånd i Sverige.
48. Moberg Stephenson M, Herz M. To establish the unestablishable: non-governmental social work with asylum-seeking minors in a neoliberal Sweden. *Critical and Radical Social Work* 2025;13(2):285-300. doi: 10.1332/20498608Y2024D000000038
49. Kankaanpää S-L, Lehti V, Solin P, et al. Fostering trust and understanding in social and healthcare services with migrant-origin parents: qualitative focus-group interviews of foreign-born mothers living in Finland. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2024;33(6):1827-36. doi: 10.1007/s00787-023-02288-4
50. Amanu A, Birhanu Z, Godesso A. Sexual and reproductive health literacy among young people in Sub-Saharan Africa: Evidence synthesis and implications. *Global Health Action* 2023;16(1):2279841. doi: 10.1080/16549716.2023.2279841
51. Sharma A, Ronan A, Namiba A, et al. Beyond toolkits: Sexual and reproductive health and rights literacy requires women-centred structures, services and policies. *Journal of the International AIDS Society* 2022;25(3):e25888. doi: 10.1002/jia2.25888
52. 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. doi: 10.1080/13691058.2016.1259503
53. Mason-Jones AJ, Nicholson P. Structural violence and marginalisation. The sexual and reproductive health experiences of separated young people on the move. A rapid review with relevance to the European humanitarian crisis. *Public Health* 2018;158:156-62. doi: 10.1016/j.puhe.2018.03.009
54. Botfield JR, Newman CE, Bateson D, et al. Young migrant and refugee people's views on unintended pregnancy and abortion in Sydney. *Health Sociology Review* 2020;29(2):195-210. doi: 10.1080/14461242.2020.1764857
55. Eriksson L, Tibajev A, Vartanova I, et al. The liberal social values of Swedish healthcare providers in women's healthcare: Implications for clinical encounters in a diversified sexual and reproductive healthcare. *International Journal of Public Health* 2022;67:1605000-00. doi: 10.3389/ijph.2022.1605000
56. UNFPA C. Toolkit for advancing human rights-based universal sexual and reproductive health.
57. Larkin R, Lefevre M. Unaccompanied young females and social workers: Meaning-making in the practice space. *The British*

- Journal of Social Work* 2020;50(5):1570-87. doi: 10.1093/bjsw/bcaa010
58. Charmaz K. *Constructing grounded theory*. 2 ed. Thousand Oaks, California: SAGE Publications 2014.
  59. Charmaz K. The power of constructivist grounded theory for critical inquiry. *Qualitative Inquiry* 2017;23(1):34-45. doi: 10.1177/1077800416657105
  60. Charmaz K. "With constructivist grounded theory you can't hide": Social justice research and critical inquiry in the public sphere. *Qualitative Inquiry* 2020;26(2):165-76. doi: 10.1177/1077800419879081
  61. Brinkmann S, Kvale S. *InterViews: Learning the craft of qualitative research interviewing*. 3 ed. Los Angeles: SAGE Publications 2015.
  62. Saldaña J. *The coding manual for qualitative researchers*. 4 ed. Los Angeles: SAGE Publications 2021.
  63. Birks M, Mills J. Rendering analysis through storyline. In: Charmaz K, Bryant A, eds. *The SAGE handbook of current developments in grounded theory*. London: SAGE Publications 2019:243-58.
  64. World Medical Association. *Declaration of Helsinki*, 2018.
  65. Joseph FI, Earland J, Ahmed MA. Experience of conducting sensitive qualitative research as a cultural outsider: Formulation of a guide for reflexivity. *International Journal of Qualitative Methods* 2021;20 doi: 10.1177/16094069211058616
  66. Odzakovic E, Huus K, Ahlberg BM, et al. Discussing racism in healthcare: A qualitative study of reflections by graduate nursing students. *Nurs Open* 2023;10(6):3677-86. doi: 10.1002/nop2.1619
  67. Evans EJ. The No-Wrong-Door Approach: Antidote to boundaries within the American welfare state. *Health & social Work* 2019;44(1):8-12. doi: 10.1093/hsw/hly042