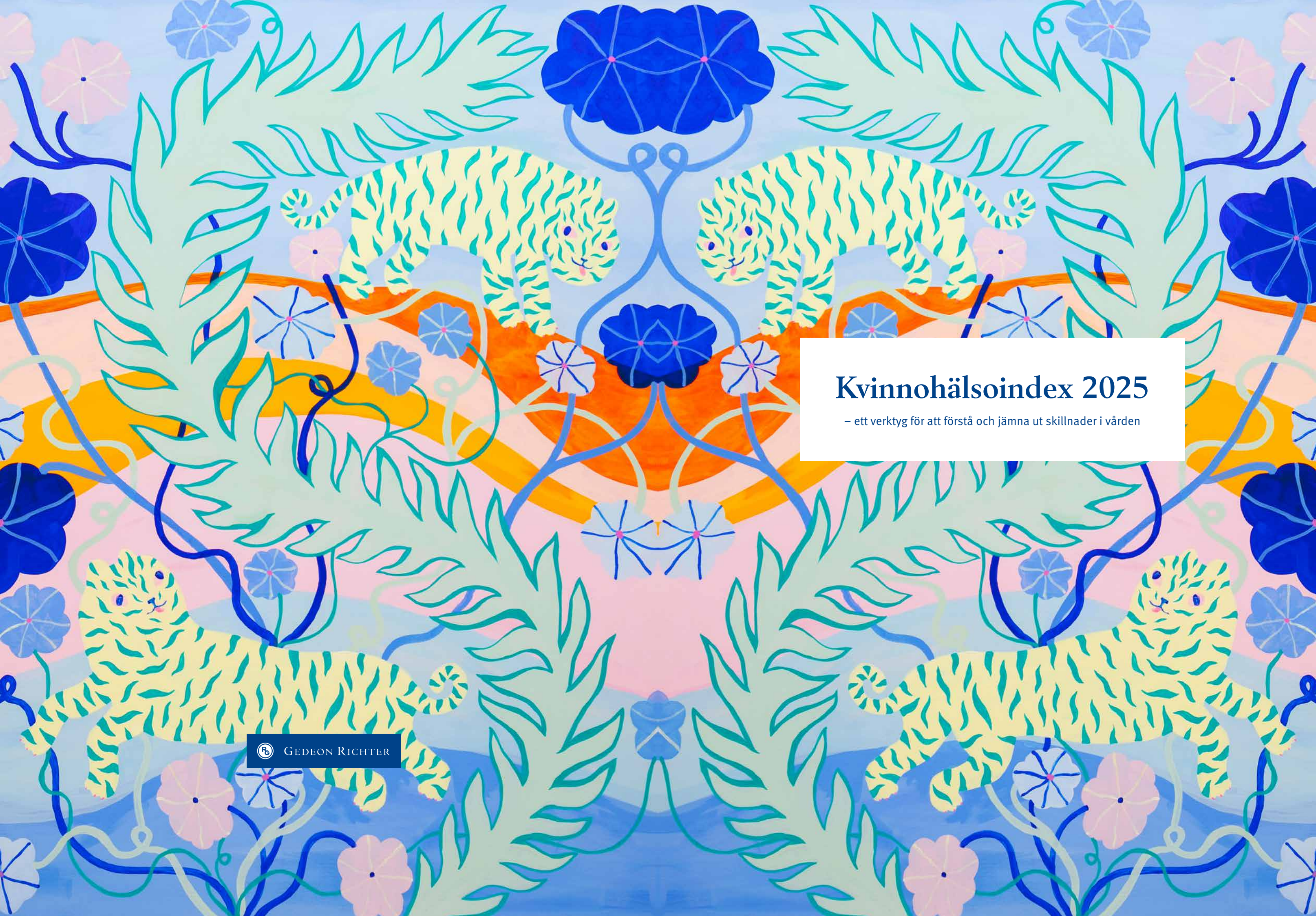




Kvinnohälsoindex 2025

– ett verktyg för att förstå och jämma ut skillnader i vården



GEDEON RICHTER

Kvinnohälsoindex 2025

– ett verktyg för att förstå och jämma ut skillnader i vården

Inledning

Hur kommer det sig att kvinnohälsa fortfarande har låg prioritering inom svensk hälso- och sjukvård jämfört med andra vårdområden?

Med denna rapport vill vi belysa områden inom kvinnohälsa som behöver prioriteras högre, lyfta ojämlikheter mot andra vårdområden, synliggöra regionala skillnader som finns inom vård och behandling och visa på goda exempel på regioner som har lyckats prioritera kvinnohälsa. Med kvinnohälsa avses här könsspecifika sjukdomar och tillstånd som till exempel endometrios, gynekologisk cancer, förlossningsvård och klimakteriebesvär.

För att kunna kartlägga kvinnohälsans låga prioritet inom svensk sjukvård har vi skapat ett index. Det är unikt i sitt slag och uppdelat i två delindex: "Prioritering av kvinnohälsa inom svensk hälso- och sjukvård" och "Regionala skillnader inom kvinnohälsa".

Vi vill även öka kunskapen om endometrios, som är 2025 års fördjupningsområde. Denna kroniska sjukdom drabbar upp till var tionde kvinna i fertil ålder. Trots sin utbredning är sjukdomen underdiagnostiserad och underbehandlad.

Sedan 2015 har regeringen satsat cirka 11 miljarder kronor på kvinnors hälsa och vården av kvinnor. Satsningarna har främst fokuserat på vården av kvinnor i samband med graviditet, förlossning och sjukdomar inom det reproduktiva systemet, vilket har lämnat andra aspekter av kvinnohälsa eftersatta. Med andra ord kvarstår många utmaningar inom området.

Vår förhoppning är att rapporten ska bidra till ökad medvetenhet om utmaningarna inom kvinnohälsa. Genom att belysa områden som behöver högre prioritering, visa på goda exempel och synliggöra regionala skillnader vill vi inspirera till konkreta förbättringar för en mer jämlik vård för alla kvinnor i Sverige – oavsett var de bor eller vilken bakgrund de har.

Förord

Som gynekolog och forskare har jag under många år följt utvecklingen inom kvinnohälsa i Sverige.

Trots framsteg inom många områden finns det fortfarande utmaningar när det gäller vår kunskap och hur vården möter kvinnors specifika behov.

Rapporten "Kvinnohälsoindex 2025" som du nu har framför dig sammanställer den aktuella kunskapen och mätningarna från olika källor. Rapporten analyserar 54 indikatorer över sex kvalitetsdimensioner och därmed ger Kvinnohälsoindex ett nytt och bättre helhetsperspektiv på tillståndet för kvinnohälsa i Sverige.

Särskilt intressant är hur indexet synliggör områden där kvinnohälsa kan behöva prioriteras högre. Genom att så objektivt som möjligt kvantifiera hur nära den faktiska vården ligger optimal vård enligt nationella riktlinjer, skapar indexet ett gediget och värdefullt underlag för framtida prioriteringar och uppföljning av insatser.

Oavsett om du är beslutsfattare, vårdgivare, patient eller bara har kvinnor i din närhet så hoppas jag att du läser rapporten och ser hur det står till med kvinnohälsan i Sverige och i de olika regionerna. Vi måste komma närmare en betydligt mer jämlik vård för Sveriges kvinnor – oavsett var de bor. All forskning visar att investeringar i kvinnohälsa leder till enorma besparingar i samhällets kostnader för vård både för kvinnor och de barn de föder, både på kort

och lång sikt. Därmed påverkar insatser för kvinnor kommande generationer. Som gynekolog och forskare ser jag fram emot att fortsätta diskussionerna kring hur vi kan stimulera forskningen inom kvinnohälsa och skapa en bättre och mer jämlik vård.

Helena Kopp Kallner

*Överläkare i Obstetrik och Gynekologi,
Danderyds Sjukhus
Docent, Karolinska Institutet*



Foto: Marianne Lagerhielke

Ett index för kvinnohälsa

För att tydliggöra skillnaderna i vården har Gedeon Richter utvecklat Kvinnohälsoindex 2025, ett kraftfullt verktyg som synliggör och jämför vårdens kvalitet för kvinnor. Detta ger beslutsfattare möjligheten att identifiera områden som behöver prioriteras och att följa upp effekten av genomförda insatser.

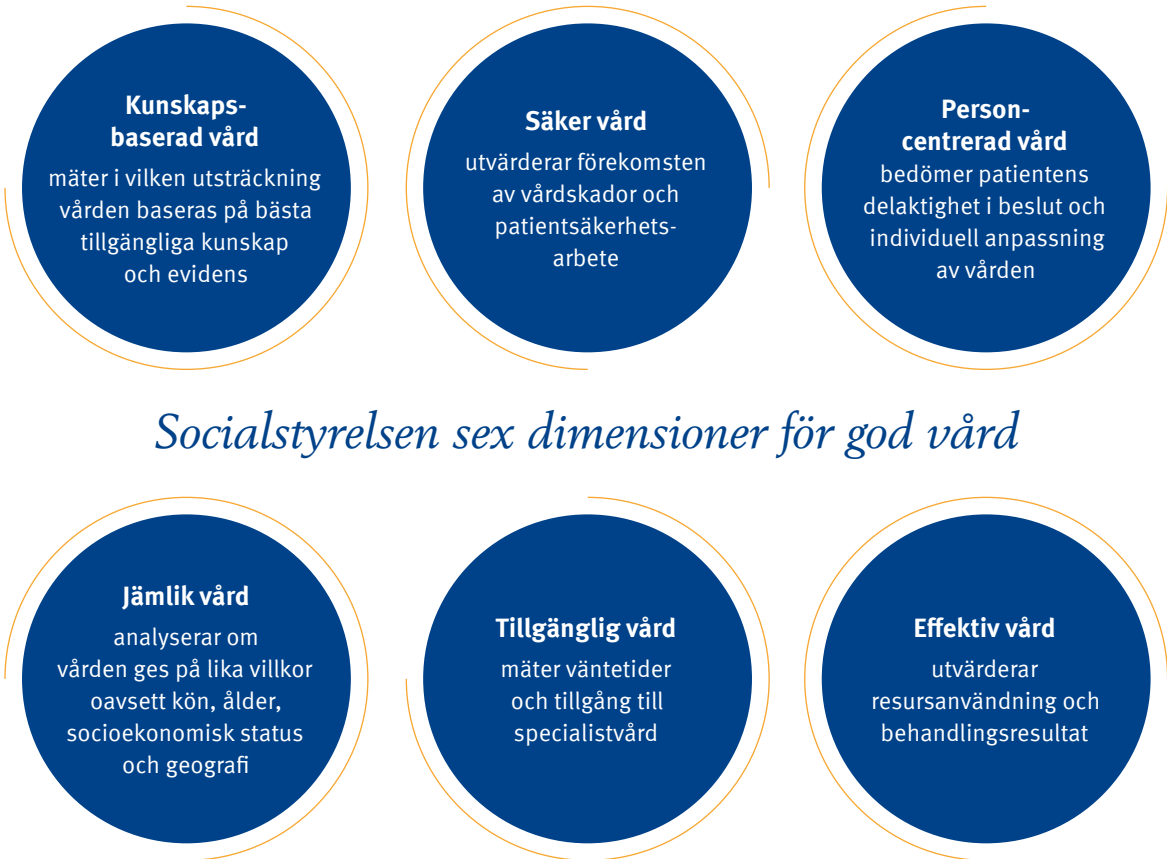
Kvinnohälsoindex är uppdelat i två delindex:

- prioritering av kvinnohälsa inom svensk hälso- och sjukvård
- regionala skillnader inom kvinnohälsa.

Så räknar vi

Kvinnohälsoindex 2025 utgörs av flera delindex och data från etablerade källor som Socialstyrelsen,

SKR och nationella kvalitetsregister, som bearbetats och sammanvägts för att skapa ett heltäckande mått på hur nära den faktiska vården kommer den optimala vården enligt nationella riktlinjer och vårdprogram. Indexet bygger på Socialstyrelsens etablerade ramverk för god vård utifrån sex dimensioner. I indexet representerar värdet 100 optimal vård.



Prioritering av kvinnohälsa inom svensk hälso- och sjukvård

Delindexet *Prioritering av kvinnohälsa inom svensk hälso- och sjukvård* fokuserar på hur kvinnohälsa prioriteras i jämförelse med andra vårdområden. Indexet baseras på 54 indikatorer* som speglar olika aspekter av vårdens kvalitet inom Socialstyrelsens sex kvalitetsdimensioner. Det är unikt i sitt slag genom att det kombinerar data från flera olika källor, inklusive Graviditetsregistret, Nationell patientenkät, Folkhälsoenkäten och register hanterade av Socialstyrelsen. Detta skapar en bred och tillförlitlig grund för bedömning av vårdens kvalitet för kvinnor.

På motsvarande sätt har genomgång gjorts för några andra vårdområden (*hjärt- och kärlsjukdomar, urologi, diabetes, psykisk ohälsa, ortopedi*) för att kunna få en jämförelse med kvinnohälsovården.**

Regionala skillnader inom kvinnohälsa

Delindexet *Regionala skillnader inom kvinnohälsa* mäter och jämför regionernas prestationer, utifrån Socialstyrelsens sex kvalitetsdimensioner, inom följande sex nyckelområden relaterade till vård och behandling av kvinnospecifika tillstånd:***



* Några exempel på indikator per dimension: Säker vård: Andel allvarliga bristningar vid förlossning (grad III-IV), Kunskapsbaserad vård: Andel kvinnor som screenats för alkoholvanor (AUDIT) under graviditeten, Tillgänglig vård: Andel kvinnor som genomfört eftervårdsbesök efter förlossning, Effektiv vård: Andel kvinnor med endometrios som får adekvat behandling inom rimlig tid, Jämlik vård: Skillnader i vård och hälsoutfall mellan regioner och socioekonomiska grupper, Personcentrerad vård: Andel kvinnor som upplevt delaktighet i beslut om sin vård/behandling.

** Motsvarande indikatorer inom dessa områden är exempelvis Säker vård (urologi): Andel patienter med komplikationer efter prostatakirurgi och Kunskapsbaserad vård (psykisk ohälsa): Andel patienter med depression som får behandling enligt nationella riktlinjer.

*** Några exempel per område: andel kvinnor som diskuterat hälsovanor med vårdpersonal, andel allvarliga bristningar vid förlossning, andel kvinnor som upplevt delaktighet i beslut om sin vård/behandling, skillnader i vård och hälsoutfall mellan socioekonomiska grupper, väntetider för behandling, patientrapporterad förbättring ett år efter behandling.

- 1 Kunskapsbaserad vård:** mäter i vilken utsträckning vården baseras på bästa tillgängliga kunskap och evidens.
- 2 Säker vård:** utvärderar förekomsten av vårdskador och patientsäkerhetsarbete.
- 3 Personcentrerad vård:** bedömer patientens delaktighet i beslut och individuell anpassning av vården.
- 4 Jämlik vård:** analyserar om vården ges på lika villkor oavsett kön, ålder, socioekonomisk status och geografi.
- 5 Tillgänglig vård:** mäter väntetider och tillgång till specialistvård
- 6 Effektiv vård:** utvärderar resursanvändning och behandlingsresultat.

Dessa nyckelområden täcker in de viktigaste aspekterna av kvinnohälsa och vård, från förebyggande insatser till specialiserad behandling och forskning. Genom att mäta och jämföra regionernas prestationer inom dessa områden får vi en heltäckande bild av hur väl vården för kvinnor fungerar i olika delar av landet.

Rapportens resultat

Genom denna rapport kan vi konstatera att det finns strukturella faktorer i vårdsystemet som genomgående ger kvinnors hälsobehov lägre prioritet. Kvinnohälsa har sämre utfall än jämförbara vårdområden, så som exempelvis hjärt-kärlsjukdomar, diabetes, psykisk ohälsa, urologi och ortopedi.

Att kvinnohälsa har lägre prioritet visar sig också i resurser, både regionalt och mellan vårdområden. Regionalt är det dessutom markant skillnad på tillgång till specialiserad vård för kvinno-specifika tillstånd. Som exempel kan nämnas att urologiska sjukdomar, som har liknande påverkan på livskvalitet och arbetsförmåga som sjukdomar inom kvinnohälsa, prioriteras högre. Detta tyder på att det finns strukturella faktorer i vårdsystemet som systematiskt ger kvinnors hälsobehov lägre prioritet.

Med kvinnohälsa avses här könsspecifika sjukdomar och tillstånd som till exempel endometrios, gynekologisk cancer, förlossningsvård och klimakteriebesvär.

Kvinnohälsoindex 2025: Prioritering av kvinnohälsa inom svensk hälso- och sjukvård

Särskilt låg prioritering noteras inom jämlik vård (58 procent) och tillgänglig vård (63 procent). Detta indikerar att det är sämre tillgång till vård inom sjukdomar som är relaterade till kvinnohälsa, jämfört med andra vårdområden.

Resultaten visar att kvinnohälsa prioriteras lägre än dessa vårdområden över samtliga sex kvalitetsdimensioner som Socialstyrelsen definierat för god vård. (Se tabell nedan.)

KVINNOHÄLSOINDEX 2025 – PRIORITERING AV KVINNOHÄLSA (SKALA 0–100)				
Kvalitetsdimension	Kvinnohälsa (0–100)*	Jämförelseområden (0–100)**	Skillnad i indexpoäng	Kvinnohälsa i relation till jämförelseområden
Kunskapsbaserad vård	65	90	-25	72 procent
Säker vård	70	92	-22	76 procent
Personcentrerad vård	62	91	-29	68 procent
Jämlik vård	53	91	-38	58 procent
Tillgänglig vård	58	92	-34	63 procent
Effektiv vård	63	90	-27	70 procent
Totalt	62	91	-29	68 procent

* Indexvärde 0–100 där 100 representerar optimal vård enligt nationella riktlinjer och vårdprogram.
** Genomsnittligt indexvärde för jämförelseområdena hjärt- och kärlsjukdomar, urologi, diabetes, psykisk ohälsa och ortopedi.



Kvinnohälsoindex 2025: Regionala skillnader inom kvinnohälsa

Rapporten visar betydande skillnader mellan regionerna, med en total skillnad på 32 poäng mellan den högst och lägst rankade regionen.

Följande skillnader går att se mellan regionerna:

- Tillgång till specialiserad vård för kvinno-specifika tillstånd varierar markant beroende på region.
- Väntetider för behandling vid endometrios skiljer sig med upp till 65 procentenheter mellan regioner. Till exempel är medianväntetiden till kvinno-sjukvården 29 dagar i Region Sörmland och 134 dagar i Region Värmland.
- Patientnöjdhet och förtroende för vården varierar kraftigt mellan regionerna.
- Implementering av nationella riktlinjer sker i olika takt och omfattning.

Vissa regioner har lyckats bättre med att prioritera kvinnohälsa. Ofta är dock detta ett resultat av specifika satsningar inom de olika regionerna, inte satsningar på kvinnohälsa generellt. Region Sörmland har kortast väntetider för behandling av endometrios och har allokerat särskilda medel för förstärkta insatser för kvinnohälsa. Region Blekinge har hög täckningsgrad för eftervårdsbesök genom systematiskt arbete och Region Västmanland har en specialiserad amningsklinik som ger stöd under hela amningsperioden.

Trots regeringens satsningar på kvinnors hälsa som pågått sedan 2015 kvarstår således betydande regionala skillnader i vården för kvinnor. Detta understryker behovet av en nationell strategi för att säkerställa jämlik vård för kvinnor i hela landet. (Se tabell nästa sida.)

Kvinnohälsa är 32 procent mindre prioriterat än andra vårdområden.

KVINNOHÄLSOINDEX 2025 – REGIONALA SKILLNADER (SKALA 0–100)								
Prestation	Region	Totalt index	Tillgång till specialistvård	Väntetider	Patientnöjdhet	Medicinska resultat	Förebyggande insatser	Forskningsaktivitet
Hög prestation (>75 poäng)								
	Stockholm	85	88	82	76	84	90	90
	Halland	82	85	80	78	83	85	81
	Uppsala	79	82	76	75	80	78	83
	VGR	77	80	75	74	79	76	78
Medelhög prestation (65–75 poäng)								
	Jönköping	74	76	72	75	76	73	72
	Skåne	73	78	70	68	75	72	75
	Sörmland	72	70	73	80	70	68	71
	Östergötland	70	72	68	70	72	69	69
	Västmanland	68	65	67	72	69	70	65
	Örebro	67	69	65	68	70	65	65
	Blekinge	66	64	65	75	65	64	63
	Kronoberg	65	63	64	67	66	67	63
Behöver förbättring (<65 poäng)								
	Kalmar	64	62	63	66	65	65	63
	Dalarna	62	60	62	65	63	62	60
	Gävleborg	60	58	60	63	62	60	57
	Värmland	59	57	58	62	60	59	58
	Västerbotten	58	59	56	60	58	57	58
	Västernorrland	57	55	55	59	58	58	57
	Jämtland Härjedalen	55	53	54	58	56	55	54
	Norrbottnen	54	52	53	55	55	54	55
	Gotland	53	50	52	56	54	53	53
Genomsnitt		67	67	65	68	68	67	67
Skillnad högst–lägst		32	38	30	25	30	37	37

Fotnot: Totalt indexvärde viktas enligt tillgång till specialistvård (20 procent), väntetider (20 procent), patientnöjdhet (15 procent), medicinska resultat (20 procent), förebyggande insatser (15 procent) och forskningsaktivitet (10 procent).

Källa: Beräkningar baserade på data från Socialstyrelsen, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys och regionernas verksamhetsstatistik, 2023–2024.

1,2–1,5

miljarder kronor (3–5 procent)*

Läkemedel för kvinnospecifika sjukdomar kostar en bråkdel av vad som satsas på andra områden, men samhällskostnaderna för obehandlade tillstånd är omfattande genom sjukskrivningar och produktionsbortfall.

Kvinnohälsa i siffror

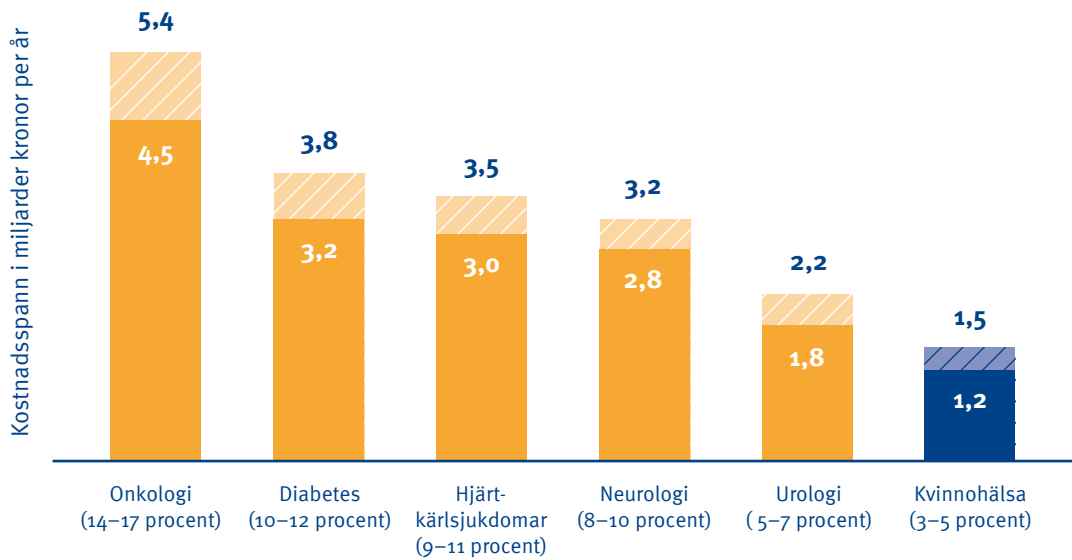
Rapporten belyser att de samhällsekonomiska kostnaderna för kvinnohälsa omfattar både direkta och indirekta kostnader. De indirekta kostnaderna, som produktionsbortfall på grund av sjukfrånvaro, utgör ofta den största delen av de totala samhällsekonomiska kostnaderna.

Analysen av kostnader visar att kvinnohälsa har betydligt lägre läkemedelskostnader jämfört med andra vårdområden. Med kvinnohälsa avses här

könsspecifika sjukdomar och tillstånd som till exempel endometrios, gynekologisk cancer, förlösningssvård och klimakteriebesvär.

De lägre läkemedelskostnaderna inom kvinnohälsa beror på flera faktorer, såsom lägre investeringar i forskning och utveckling, underdiagnostisering av kvinnospecifika tillstånd, normalisering av kvinnors smärta och besvär, ojämlik resursfördelning mellan regioner och färre innovativa läkemedel inom kvinnohälsa.

Läkemedelskostnader för några olika vårdområden*



* Kostnad i miljarder kronor per år. Data från TLV och Socialstyrelsen förklarar kostnadsintervallet. Procentangivelsen belyser andel av den totala läkemedelsbudgeten per år.



Miljardbesparing genom stärkt kvinnohälsa

Förebyggande insatser och investeringar inom kvinnohälsa kan ge betydande vinster, både för kvinnohälsovården och för samhället. Insatser som till exempel screening för livmoderhalscancer och HPV-vaccination, är ofta mer kostnadseffektiva än behandling av redan utvecklade sjukdomar.

Investeringar i förbättrad kvinnohälsovård kan ge vinster som minskad sjukfrånvaro, förbättrad arbetsförmåga och förebyggande av komplikationer. Om till exempel kvinnor med underbehandlad endometrios, mensrelaterade besvär som mens-

värk och rikliga menstruationer skulle minska sina sjukdagar med sju dagar per år, så skulle det innebära en årlig besparing på 800–900 miljoner kronor för samhället.

För individen kan kvinnospecifika hälsotillstånd ha betydande ekonomiska konsekvenser, både genom direkta kostnader för vård och behandling och genom påverkan på arbetsliv och karriärmöjligheter.

Utifrån beskrivningen och lägesbilden av kvinnohälsovård i Sverige kan nedan slutsatser göras.

1

Kvinnospecifika hälsotillstånd medför betydande samhällsekonomiska kostnader,

främst i form av indirekta kostnader genom sjukfrånvaro och minskad arbetsförmåga.

2

Det finns stora regionala skillnader i kostnader och resursfördelning

inom kvinnohälsovården, vilket bidrar till ojämlik vård och behandlingsresultat.

3

Förebyggande insatser och tidig diagnos är mer kostnadseffektiva

än behandling av redan utvecklade sjukdomar, men prioriteras ofta inte tillräckligt i regionernas budgetar.

4

Den ekonomiska bördan av kvinnospecifika hälsotillstånd är ojämnt fördelad

i samhället, med större påverkan på kvinnor med lägre inkomst och utbildning.

En politikers syn på kvinnohälsa

Cecilia Elving (L) sitter i regionfullmäktige i region Stockholm och är engagerad i kvinnohälsofrågor. Hon menar att kvinnohälsa både är underbeforskat, underdiagnosticerat och underprissatt. Här får hon ge svar på vår rapports resultat.

Kvinnohälsoindex 2025 visar att kvinnohälsa prioriteras lägre än andra vårdområden som exempelvis hjärt-kärlsjukdomar, diabetes och ortopedi. Kvinnohälsa når endast 62 av 100 poäng jämfört med 91 poäng för jämförelseområdena. Är det något du känner igen?

Ja verkligen! Kvinnohälsa är underprioriterat. Det börjar ändå bli bättre och utvecklingen går åt rätt håll ganska fort. När det gäller områden som legat efter, som kvinnohälsa, så är det viktigt att politiken pekar ut riktningen. Politiker ska annars inte lägga sig i detaljer.

Regeringen har satsat cirka 11 miljarder kronor på kvinnors hälsa mellan 2015 och 2024, men rapporten visar att stora utmaningar kvarstår. Vilka områden bör prioriteras i kommande satsningar?

Satsningarna har varit för kortsiktiga och det har varit för många projekt. Men jag tycker ändå att till exempel satsningarna på förlossningsskador har varit bra. Det är ibland svårt att som politiker peka ut riktning när

forskningsläget är svagt, exempelvis kring lipödem. Jag ser lipödem, men även sköldkörtelsjukdomar och endometrios, som prioriterade områden framåt.

Rapporten visar betydande regionala skillnader i vården. Hur kan vi säkerställa en mer jämlik vård för kvinnor oavsett var i landet de bor?

Det måste finnas nationella vårdprogram. Kunskap måste spridas mer och bättre. Det görs mycket som är bra, men det måste bli bättre. Ytterst är det en fråga om resurser. Det är fruktansvärt med så stora skillnader som det är, även inom regioner.

Läkemedelskostnaderna för kvinnohälsa är betydligt lägre (1,2–1,5 miljarder kronor årligen) jämfört med andra vårdområden. Hur påverkar detta tillgången till innovativa behandlingar för kvinnospecifika tillstånd?

Kvinnohälsa är eftersatt och det finns för lite forskning. Det finns också historiska skäl då det tidigare ofta gjordes läkemedelsprövningar på män i lum-



pen, där det varit högre grad män än kvinnor. Nu är det bättre, men könsskillnaderna märks fortfarande. Många kvinnosjukdomar har heller inte någon quick-fix utan det är sjukdomar som kvinnor lever med under lång tid och som också delvis är svårbehandlade. Kvinnosjukdomar har generellt lägre status och det märks i prissättningen av läkemedel. Det har inte varit lika prioriterat.

Endometrios är ett fokusområde i rapporten. Vilka konkreta åtgärder anser du är viktigast för att förbättra vården för de cirka 250 000 kvinnor som lever med denna sjukdom i Sverige?

Den forskning som kom för drygt tio år sen (med Matts Olovsson) där man visade på samhällskostnader har varit mycket viktigt. Men det är fortsatt viktigt med strålkastarljus på frågan. Det har varit mycket debatt om endometrios och det bra. Något konkret som jag ser vi behöver mer av är resurscentrum för endometrios och endometriosteam.

Rapporten visar att endast 33 procent av regionerna har etablerade endometrios-

team trots Socialstyrelsens rekommendationer. Vad anser du är de största hindren för implementering av nationella riktlinjer?

Jag ser implementering som en prioritet och siffran behöver bli högre. Det finns en stor okunskap på flera håll. Vi ser fortsatt en underdiagnostisering, inte minst hos barn som inte förstår vad symptomen är eller att det inte behöver vara så.

Kvinnor med endometrios har i genomsnitt 38 dagars sjukfrånvaro per år. Hur kan vi minska denna samhällsekonomiska kostnad genom förbättrad vård?

Tidig upptäckt är helt centralt för att det inte ska hinna uppstå allvarliga symptom. Man måste förstå att endometrios drabbar många barn och här behövs utbildning hos de som kommer i kontakt med dem (BUP, skola och föräldrar). Det gör skillnad på kort och lång sikt. Genom att sätta diagnos tidigt kan behandling påbörjas i god tid. Man måste inte ha så mycket mens som många har – det finns behandlingar. Helena Kopp Kallner har varit en förkämpe för detta.

Ett exempel på eftersatt kvinnohälsa

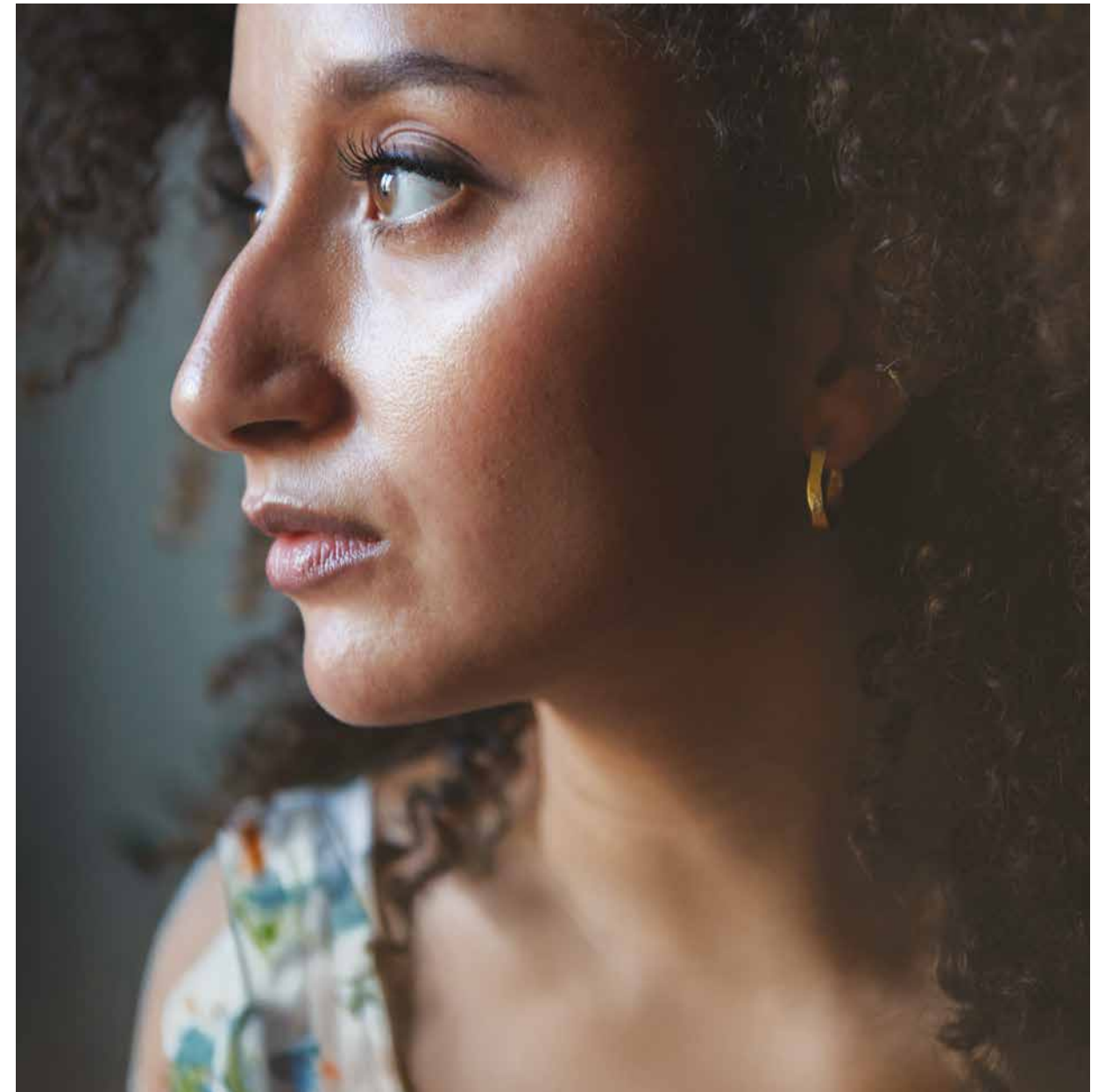
Årets fördjupning kring endometrios illustrerar tydligt hur kvinnohälsa är lågt prioriterat i vården. Endometrios är en kronisk, inflammatorisk och östrogenberoende sjukdom som drabbar upp till var tionde kvinna i fertil ålder. Det motsvarar cirka 250 000 kvinnor i Sverige, varav ungefär hälften har symtom. Trots sin utbredning är sjukdomen underdiagnostiserad och underbehandlad.

För många kvinnor med symptomgivande endometrios tar det lång tid att få adekvat behandling. Socialstyrelsens utvärdering visar på stora utmaningar.¹ I genomsnitt tar det mellan fem och åtta år innan kvinnor med endometrios får sin diagnos. Endast 11 av 26 verksamheter i regionerna har etablerade endometriosteams (SoS 2019), trots att Socialstyrelsen rekommenderar detta i sina nationella riktlinjer. Implementeringen av de nationella riktlinjerna varierar även kraftigt mellan regionerna. Flera kvinnor med endometrios vittnar om försenad diagnos och bristande förståelse för sitt lidande.

Att endometrios har varit så lågt prioriterat inom hälso- och sjukvården har fått allvarliga konsekvenser, både för individer och för samhället:

- Endometrios kostar samhället mellan 3,6 och 4,5 miljarder kronor per år när man räknar in både direkta vårdkostnader och indirekta kostnader såsom sjukfrånvaro.
- Direkta vårdkostnader för en patient med endometrios uppgår till cirka 50 000 kronor per år för läkarbesök, mediciner, inläggningar och operationer.

Kvinnor med endometrios har i genomsnitt 38 dagars sjukfrånvaro per år, jämfört med genomsnittet på nio dagar för kvinnor i motsvarande åldersgrupp.



- Indirekta kostnader för ökad sjukfrånvaro och arbetsbortfall uppgår till cirka 40 000 kronor per person och år.
- Kvinnor med endometrios har i genomsnitt 38 dagars sjukfrånvaro per år, jämfört med genomsnittet på nio dagar för kvinnor i motsvarande åldersgrupp.

Ny forskning visar dessutom att kvinnor med endometrios har cirka 20 procent ökad risk att drabbas av stroke och omkring 35 procent ökad risk för hjärtinfarkt, vilket ytterligare understryker vikten av tidig diagnos och behandling.

Fördjupningsområde 2025 – Endometrios

Väntade på diagnos medan vården sa att hon var känslig

Ilina är en av många kvinnor som fått vänta på diagnosen endometrios – och som lidit många år i onödan. En diagnosresa som slutade med att hon själv bekostade en operation utomlands.

Ilina minns inte exakt när hennes smärtor och symptom startade. Däremot minns hon ett av de tidiga tillfällena exakt.

– Jag var 14 år och gick i klass 8A på Stadsskogs-skolan i min hemstad Lindesberg. Den brännande, ilande, molande smärtan i magen fick mig att hålla andan och borra in naglarna hårt i min egen vänster-arm för att försöka avleda uppmärksamheten från magen. Jag försökte fokusera på vad läraren sa framme vid tavlan, men illamåendet sköljde över mig och jag behövde blunda en stund och bara fokusera på att andas. När lektionen äntligen var slut fick mamma komma och hämta mig så att jag fick åka hem, ta av smärtstillande och vila, berättar hon.

Första gången Ilina sökte vård för kraftig mensvärk var hon 15 år. Då fick hon p-piller och smärtstillande och fick höra att det var normalt med mensvärk. Trots sin unga ålder började hon redan då att kartlägga sin menscykel för att kunna planera, eller snarare inte planera, dagarna kring mens.

Första mötet med endometrios

När hon var ungefär 22 år läste hon om endometrios för första gången och tyckte att det verkade stämma

överens med hennes symptom. Hon hade redan innan det sökt vård upprepade gånger för kraftig mensvärk och mellanblödningar.

– Jag minns att jag vid ett tillfälle frågade barnmorskan om det kunde vara endometrios jag hade och att hon svarade lite snäsligt ”Endometrios har fått ett sånt uppsving senaste åren. Varenda människa som har lite mensvärk tror att dom har endometrios! Nej, du är bara känslig.”

Efter att hon fått barn tilltog smärtorna och hon fick ont även vid varje ägglossning.

– Så ägglossning dag 11, mellanblödning dag 22–26 och därefter tung mens med mensvärk som varade 5–7 dagar. Under några år testade jag spiral som preventivmedel och förutom att jag svimmade vid insättningen det blev till en början lite bättre. Vid några tillfällen när smärtan var som värst fick jag råd av 1177 att åka till akuten. Det var samma visa varje gång ”Allt ser fint ut, det är bara mensvärk.” och så blev jag hemskickad.

Åren gick och när hon var 29 år minns hon att hon hade en dov molande smärta som varade flera veckor och eskalerade vid mens. Hon fick rådet

att åka till jourvårdcentralen, eftersom det var helg när hon inte stod ut längre. Det besöket slutade med att hon fick utskrivet penicillin mot urinvägsinfektion. Trots att provet var negativt tyckte läkaren att det var det mest troliga eftersom inget annat kunde hittas.

– När kuren var slut och jag fortfarande hade ont fick jag en tid på min vårdcentral. Jag frågade läkaren om det kunde vara endometrios och beskrev min historik. ”Nej du är bara känslig” var svaret och i min journal finns att läsa ”Patienten frågar om det kan vara endometrios, vilket inte är troligt”.

Smärtor och sjukskrivning

Året Ilina fyllde 30 år hade hon ont tre av fyra veckor i månaden. Hon sökte hjälp hos kvinnokliniken som svarade att de inte kunde göra något mer för henne då hon redan hade spiral och stark smärtlindring. Och även om hon skulle få en diagnos så var det behandlingen hon skulle få då.

– Den hösten blev jag sjukskriven på heltid för smärtan. Jag skannade internet och läste allt jag kunde hitta om endometrios. 1177, Endometrios-föreningens hemsida, forskningsrapporter, forum på Facebook, allt.

Ilina insåg att det var väldigt många fler kvinnor i samma situation och bestämde sig för att söka vård hos en läkare i London som var specialist på endometrios. Hennes förtroende för den svenska vården var väldigt låg vid det här laget. Vid samma tid fick hon träffa en ny gynekolog som sa att det mycket väl kunde vara endometrios och att han tyckte att de skulle prova på kemiskt klimakteriet innan man ställde diagnosen.

– Jag ville inte prova på det i första hand eftersom jag utöver endometrios också har migrän, vilket kan påverkas negativt av den typen av medicin. Han gjorde ultraljud och konstaterade åter igen att allt såg fint ut. Jag frågade om vad som gjorde ont eftersom jag nu hade haft ont i flera veck-



or i sträck utan paus och han sa ”Det är ägglossning” och så passade han på att förklara för mig vad ägglossning är, som om jag inte visste det. Jag hade laddat och även om jag inte hade en bra känsla så frågade honom om läkaren i London eftersom jag läst att andra fått fin hjälp där. Det slutade med att jag fick en utskällning och han sa att den läkaren endast var ute efter att tjäna pengar och att han själv kunde operera mig, minst lika bra. Där och då där bestämde jag mig för att åka till London.

Resan till London

Utifrån sin beskrivning och historik så fick Ilina komma till London redan efter ett par veckor och göra ett specialistultraljud. Det visade en typ av förändringar på livmoderväggen, men i övrigt kunde man inte se någon endometrios. Det kan man oftast inte göra på ultraljud om det inte gått så långt att man har sammanväxningar. Hon fick tid för en operation tre veckor senare och åkte hem och kontaktade vårdcentralen för att kunna bli sjukskriven efter operationen. De blev förfärade över att hon skulle åka och ordnade ett samtal med en endometriosläkare på USÖ (Universitetssjukhuset Örebro). – Jag minns att han var lugn och trygg, trodde på mig och avvisade inte kunskaperna hos läkaren i London. Vi bestämde att han skulle följa upp mig när jag kom hem igen.

Ilina åkte till London och betalade 70 000 kronor för operationen. Under operationen hittade man

spridd endometrios i hela buken. På urinblåsan, på urinledarna, på äggstockarna, stora härdar invädda i bukhinnan och blindtarmen hade vuxit fast i endometrioshärdar.

– När jag vaknade och fick beskedet att han hittat endometrios och tagit bort allt han kunde hitta blev jag så obeskrivligt glad. Jag var inte bara känslig och hypokondrisk utan det fanns faktiskt något där som jag hade känt och påtalat så länge. Jag var så lättad över att bli trodd så att jag grät lyckotårar, trots att jag precis hade fått en diagnos på en av världens 20 mest smärtsamma kroniska sjukdomar. Det tog 15 år från det att jag sökte vård för menssmärta första gången tills jag fick diagnos.

Olika behandlingsalternativ

Utöver operationen har Ilina provat 12–15 olika hormonella preparat samt olika typer av smärtstillande under åren, både innan och efter diagnos.

– När jag var yngre tycker jag att informationen var mycket bristfällig kring vilka biverkningar som kunde följa av behandlingarna. Numera läser jag på på egen hand, så att jag kan ställa frågor och vara delaktig i val av preparat.

Påverkan på livet

Den sena diagnosen, symtomen, sjukskrivningarna och operationen har haft stora konsekvenser för Ilina. Både ekonomiskt och för livskvaliteten.

”Jag var inte bara känslig och hypokondrisk utan det fanns faktiskt något där som jag hade känt och påtalat så länge.”

”Jag fick p-piller och smärtstillande och fick höra att det var normalt med mensvärk.”

– Jag har betalat en operation i London med egna medel på ungefär 200 000 kronor. Utöver det uppkommer mycket kostnader för medicin och inkomstbortfall vid sjukskrivning.

Trots operationen får hon fortfarande vara sjukskriven ofta och arbeta hemifrån på grund av smärtan. Hon har utvecklat flera intoleranser mot olika födoämnen, så som laktos och gluten. Troligen på grund av att endometriosen ger så pass mycket inflammation i magen att det påverkar tarmfloran.

– Innan smärtan blev så pass omfattande så styrketränade jag fyra gånger i veckan och hade mål kopplade till det intresset. Idagsläget är det inte är möjligt då jag senaste året haft smärtor nästan dagligen. Jag får ofta ställa in mitt deltagande på sociala tillställningar.

Förändrad livskvalitet

När Ilina försöker se positiva delar med sin diagnos och vårdresa ser hon en förändring.

– Att leva med en mer eller mindre kronisk smärta har gett en ödmjukhet inför att man inte vet allt om människor man möter. Många kämpar med osynliga hinder i sin vardag. Jag har också lärt mig att uppskatta och känna tacksamhet för de små sakerna i vardagen på ett sätt jag inte gjorde förut. Så jag känner att jag på ett sätt har fått en ökad livskvalitet på grund av det, konstigt nog.

Nyligen har Ilina fått gå en ”endometriosskola” som anordnas av endometriosteamet på USÖ.

– Där fick en grupp patienter information om sjukdomen och information om vilka olika typer av stöd det finns och verktyg för smärthantering. Jag hoppas att detta kan erbjudas alla som har eller får diagnosen framöver, avslutar hon.



Kvinnohälsa – från eftersatt till prioriterad vård

Efter decennier av låg prioritering ser vi nu möjligheten att vända utvecklingen. Från ökad kunskap hos vårdpersonal till nationella strategier och riktade forskningssatsningar – här följer femton konkreta åtgärder för en mer jämställd kvinnohälsa.

- 1 Öka kunskapen hos vårdpersonal.** Stärk kunskapen om tillstånd och sjukdomar som främst drabbar flickor och kvinnor hos personal inom hälso- och sjukvården. Inför uppföljning av alla flickor i mellanstadiet/högstadiet för mensrelaterade problem. Jämfört med andra vårdområden som hjärt-kärlsjukdomar och diabetes är utbildningen om kvinnospecifika tillstånd ofta eftersatt, vilket leder till försenad diagnos och behandling.
- 2 Förbättra tillgängligheten till behandling.** Minska väntetiderna för kvinnospecifika tillstånd, som idag är väsentligt längre än för jämförbara tillstånd inom andra vårdområden. Medan patienter med hjärt-kärlsjukdomar i genomsnitt får behandling inom 30 dagar, kan kvinnor med endometrios få vänta upp till 63 dagar. Inför standardiserade vårdförlopp för kvinnospecifika tillstånd liknande de som finns för cancer.
- 3 Säkerställ jämlik resursfördelning.** Läke-medelskostnaderna inom kvinnohälsa är betydligt lägre än inom andra vårdområden, vilket kan spegla en ojämlig prioritering. Genomsnittlig läkemedelskostnad per patient med endometrios är 1 900 konor per år jämfört med 4 200 kronor för hjärt-kärlsjukdomar och 5 800 kronor för diabetes. Öka investeringarna i behandlingar för kvinnospecifika tillstånd för att uppnå samma nivå som andra vårdområden.
- 4 Förbättra uppföljningen (kvinnohälsa och på patientnivå).** Utveckla uppföljning och bättre mätinstrument för behandling av kvinnohälsorelaterade sjukdomar. Skapa en årlig uppföljning av kvinnohälsa med fokus på jämförelser med andra vårdområden för att synliggöra och åtgärda systematiska skillnader i prioritering, tillgänglighet och resursallokering.
- 5 Öka valfriheten.** Säkerställ att kvinnor har möjlighet att välja vårdgivare, oavsett om de är offentliga eller privata, för att kunna hitta den vård som bäst möter deras behov. Detta är särskilt viktigt då tillgången till specialiserad vård för kvinnospecifika tillstånd är begränsad jämfört med andra vårdområden.
- 6 Utveckla en nationell strategi för kvinnohälsa.** Sverige behöver en nationell strategi för kvinnohälsa, liknande den som Storbritannien har infört, med tydliga mål för att uppnå samma prioriteringsnivå som andra vårdområden.
- 7 Fortsätt avsätta forskningsmedel.** Avsätt öronmärkta medel till forskning om kvinnohälsa, liknande det Norge har gjort sedan 2004. Idag utgör forskningsfinansiering för kvinnospecifika sjukdomar endast en bråkdel av den totala medicinska forskningsbudgeten jämfört med andra vårdområden.

Förslag gällande endometrios:

- 1 Nationella riktlinjer.** Utveckla riktlinjer specifikt för unga patienter med endometrios. Säkerställ att Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid endometrios implementeras i alla regioner. Jämfört med nationella riktlinjer för exempelvis diabetes och hjärt-kärlsjukdomar är implementeringsgraden för endometriosriktlinjer betydligt lägre.
- 2 Förbättra tillgången till specialiserad vård.** Etablera multiprofessionella endometrios-team i alla regioner. Medan specialiserade team för hjärt-kärlsjukdomar finns i samtliga regioner, har endast 7 av 21 regioner etablerade endometriosteams trots liknande patientvolym.
- 3 Subventionera innovativa läkemedel.** Säkerställ att nya, innovativa läkemedel för behandling av endometrios inkluderas i läkemedels-
- 4 Öka kunskapen om endometrios** hos elevhälsovård, ungdomsmottagningar och primärvård för att bättre fånga upp patienterna.
- 5 Skapa tydliga remissvägar** för unga patienter med misstänkt endometrios.
- 6 Öka kunskapen.** Utbilda vårdpersonal om endometrios för att möjliggöra tidigare diagnos och införa uppföljning av alla flickor för mensrelaterade problem.
- 7 Utveckla stödprogram** för unga patienter och deras familjer.
- 8 Säkerställ en smidig övergång** från barn- och ungdomsvård till vuxenvård.

förmånen på samma villkor som läkemedel för andra kroniska sjukdomar, för att minska den ekonomiska bördan för patienter.

Vägen framåt

Genom att implementera dessa rekommendationer kan vi arbeta mot en mer jämlik vård där kvinnors hälsobehov prioriteras på samma nivå som andra patientgrupper. Kvinnohälsoindex 2025 utgör ett viktigt verktyg för att följa upp effekten av genomförda insatser och satsningar samt för att identifiera områden som behöver prioriteras ytterligare.

Sammanfattningsvis visar Kvinnohälsoindex 2025 att det krävs ett systematiskt och långsiktigt arbete för att förbättra kvinnohälsan i Sverige. Genom att belysa områden som behöver prioriteras högre och synliggöra regionala skillnader i vård och behandling bidrar rapporten till ökad medvetenhet och konkreta förbättringar i vården för kvinnor.

Innehållsförteckning

1	Inledning: Kvinnohälsa – ett eftersatt område	27
1.1	Kvinnors hälsa och kvinnohälsa	28
2	Nulägesanalys: kvinnohälsa i Sverige	31
2.1	Statistik om kvinnohälsa globalt och i Sverige	31
2.2	Kvinnohälsoindex 2025	31
2.3	Regionala skillnader i vård och behandling	34
2.4	Läkemedelskostnader inom kvinnohälsa jämfört med andra områden	36
2.5	Faktorer som påverkar kvinnohälsan	38
2.6	Strukturella utmaningar i vården	39
3	Fördjupningsområde 2025 – Endometrios Ett exempel på eftersatt kvinnohälsa	43
3.1	Vad är endometrios?	43
3.2	Den långa vägen till diagnos	43
3.3	Särskilda utmaningar för unga patienter med endometrios	44
3.4	Behandlingsalternativ	45
3.5	Påverkan på livskvalitet och arbetsförmåga	46
3.7	Regionala skillnader i vård vid endometrios	46
3.8	Nationella riktlinjer och implementering	47
3.9	Behovet av ökad kunskap och forskning	48
3.10	Framgångsrika exempel	48
3.11	Rekommendationer för förbättrad vård vid endometrios	48

4	Ekonomiska konsekvenser av kvinnohälsovård	51
4.1	Samhällsekonomiska kostnader för kvinnohälsa	51
4.2	Regionala skillnader i kostnader och resursfördelning	51
4.3	Kostnadseffektivitet i kvinnohälsovård	52
4.4	Ekonomiska konsekvenser för individen	53
4.5	Investeringsbehov för förbättrad kvinnohälsovård	54
5	Internationella initiativ och jämförelser	57
5.1	Internationella initiativ för kvinnohälsa	57
5.2	Sveriges position i internationella jämförelser	58
6	Framgångsrika regionala satsningar – vad kan vi lära?	61
6.1	Region Blekinge: Systematiskt arbete ger resultat	61
6.2	Region Västmanland: Specialiserad amningsklinik	61
6.3	Region Sörmland: Kortast väntetider för endometriosbehandling	61
6.4	Region Uppsala: Tydlig prioritering av kvinnohälsa	61
7	Rekommendationer och vägen framåt	63
7.1	Konkreta förslag för att höja prioriteten för kvinnohälsa	63
7.2	Behovet av ökad forskning	64
7.3	Förbättringsområden för regioner och kommuner gällande endometriosvården	66
7.4	Avslutande uppmaning	66
	Referenser	67
	Appendix 1	71
	Appendix 2	73



Inledning: Kvinnohälsa – ett eftersatt område

DENNA RAPPORT SYFTAR TILL ATT:

- belysa specifika områden inom kvinnohälsa som behöver prioriteras högre
- synliggöra de regionala skillnaderna i vård och behandling
- visa hur kvinnohälsa genomgående är lågt prioriterad jämfört med andra vårdområden
- presentera konkreta exempel på regioner som lyckats prioritera kvinnohälsa
- ge rekommendationer för en mer jämlik vård för kvinnor i hela landet
- fördjupa kunskapen om endometrios som årets fokusområde.

Målet är att bidra till en ökad medvetenhet om de utmaningar som finns inom kvinnohälsa och inspirera till konkreta förbättringar i vården. Genom att årligen analysera utvecklingen inom kvinnohälsa och fokusera på specifika områden vill Gedeon Richter bidra till och vara en partner i en långsiktig positiv förändring.

Kvinnohälsa har historiskt varit underrepresenterat i forskning och klinisk praxis, vilket har lett till betydande kunskapsluckor och ojämlik vård. Sjukdomar och tillstånd som drabbar flickor och kvinnor har länge varit ett eftersatt och lågt prioriterat område inom hälso- och sjukvården.²

Trots att regeringen sedan 2015 genomfört satsningar på kvinnors hälsa och förlossningsvård, med ytter-

ligare insatser beslutade i januari 2023, kvarstår många utmaningar. Totalt har cirka 11 miljarder kronor fördelats mellan 2015–2024, och regeringen har avsatt 1,6 miljarder kronor för satsningen i budgetpropositionen för 2025. Men trots dessa satsningar upplever många kvinnor fortfarande utmaningar med att få sina vårdbehov tillgodosedda i hälso- och sjukvården.

Satsningen på kvinnors hälsa utgår inte från en nationell behovsanalys. Den fokuserar främst på vården av kvinnor i samband med graviditet, förlossning och sjukdomar inom det reproduktiva systemet. Detta innebär att många andra aspekter av kvinnohälsa fortfarande är eftersatta.

Det finns få uppskattningar av sjukdomsburden av gynekologiska sjukdomar men Region Stockholm har uppskattat det till cirka fyra procent. Folkhälsorapporten i Region Stockholm inkluderade 2023 för första gången ett kapitel om gynekologiska sjukdomar så kanske kommer det framöver att bli lättare att följa det samlade området.

Endometrios är en underdiagnostiserad och underbehandlad sjukdom som drabbar upp till var tionde kvinna i fertil ålder. Sjukdomen innebär att vävnad som liknar livmoderslemhinnan växer utanför livmodern, vilket kan orsaka svåra smärtor och infertilitet.

Enligt en rapport är den totala kostnaden för en patient med endometrios mellan 40 000 kronor och 90 000 kronor per person och år.³ Om man utgår från den övre gränsen på 90 000 kronor, utgör cirka 50 000 kronor direkta vårdkostnader för bland annat läkarbesök, mediciner, inläggningar och

operationer. Resterande 40 000 kronor är indirekta kostnader för ökad sjukfrånvaro och arbetsbortfall.

I Sverige finns det uppskattningsvis mellan 200 000 och 250 000 personer med endometrios och cirka 20 procent av dessa behöver medicinsk och/eller kirurgisk behandling.⁴ Detta motsvarar mellan 40 000 och 50 000 behandlingskrävande patienter. För att visa hur mycket detta kostar samhället kan vi multiplicera antalet patienter med det ungefärliga totalbeloppet på 90 000 kronor per person, vilket ger en total samhällskostnad på mellan 3,6 och 4,5 miljarder kronor per år.

Trots att endometrios är en relativt vanlig sjukdom tar det i genomsnitt åtta år innan kvinnor får sin diagnos. Under denna tid lever många kvinnor med svåra smärtor som påverkar deras livskvalitet, arbetsförmåga och sociala relationer. Endometrios är därför ett typexempel på hur kvinnohälsa är lågt prioriterat i vården och har valts som fokusområde för årets rapport.

1.1 Kvinnors hälsa och kvinnohälsa

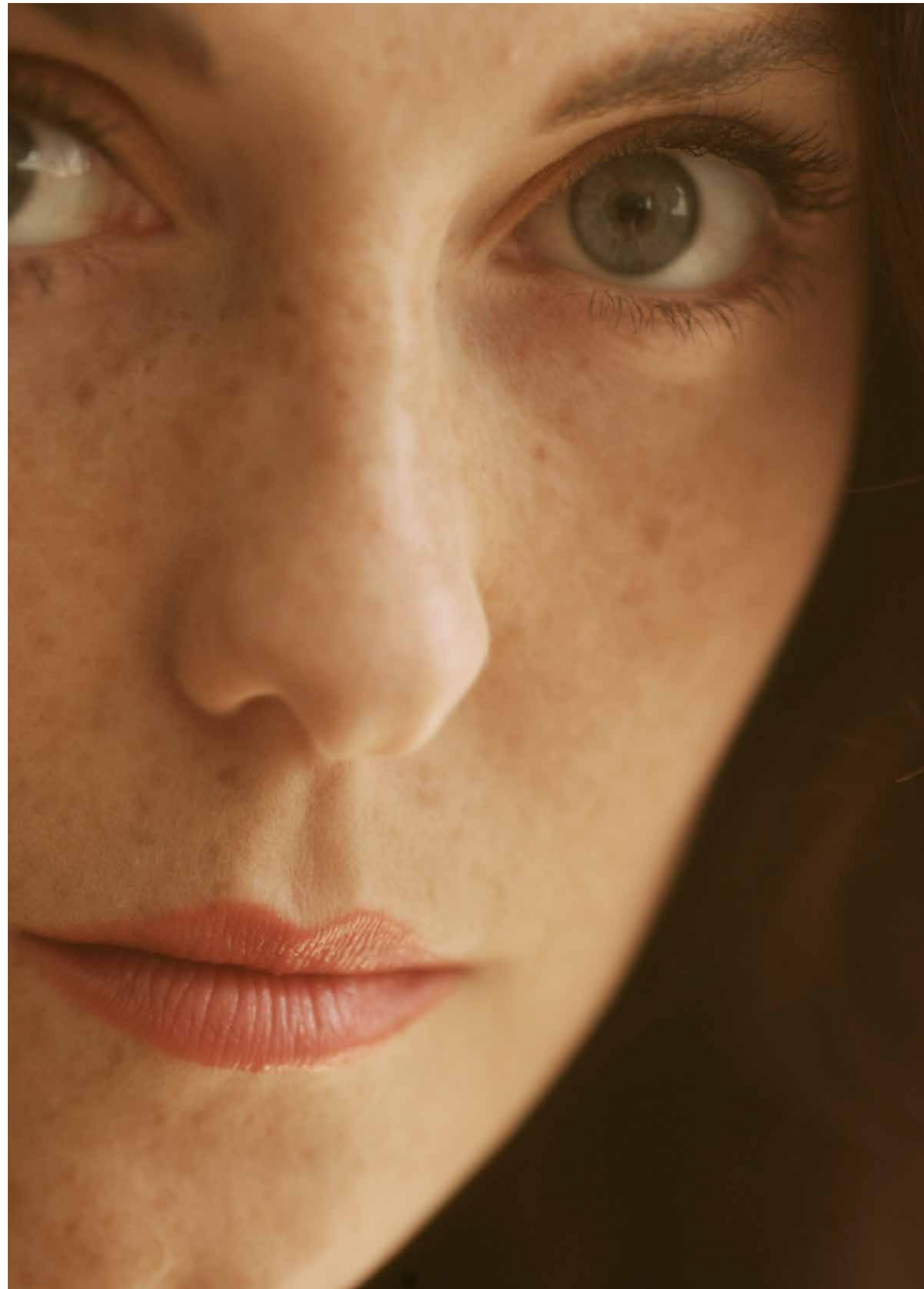
I denna rapport har vi valt att främst använda begreppet ”kvinnohälsa” snarare än ”kvinnors hälsa”. Detta val är medvetet och grundar sig i rapportens

huvudsakliga fokus på könsspecifika sjukdomar och tillstånd som endometrios, gynekologisk cancer, förlossningsvård och klimakteriebesvär. Medan ”kvinnors hälsa” är ett bredare begrepp som omfattar alla hälsoaspekter hos kvinnor, inklusive icke-könsspecifika sjukdomar, signalerar ”kvinnohälsa” ett tydligare fokus på de medicinska och kliniska aspekter som är unika för eller vanligare hos kvinnor.

Kvinnohälsoindex 2025 mäter och jämför regionernas prestationer inom sex nyckelområden som alla relaterar till vård och behandling av kvinno-specifika tillstånd. Genom att använda begreppet ”kvinnohälsa” skapar vi en tydligare koppling mellan indexets mätområden och rapportens syfte – att belysa och jämföra vårdens kvalitet för kvinno-specifika tillstånd i olika regioner.

I vissa sammanhang, särskilt när vi refererar till regeringens officiella satsning som benämns ”kvinnors hälsa”, eller när vi diskuterar bredare strukturella skillnader i hälsa mellan kvinnor och män, använder vi dock begreppet ”kvinnors hälsa”. Detta för att vara korrekta i våra referenser och för att fånga de bredare samhälleliga aspekterna av kvinnors hälsosituation.

*Vår förhoppning är att denna rapport,
genom sitt tydliga fokus på kvinnohälsa,
ska bidra till ökad kunskap och stimulera till
fortsatt arbete för en mer jämlik vård för alla
kvinnor i Sverige, oavsett var de bor eller
vilken bakgrund de har.*





Nulägesanalys: kvinnohälsa i Sverige

2.1 Statistik om kvinnohälsa globalt och i Sverige

Globalt finns det betydande skillnader i kvinnohälsa mellan olika länder och regioner. Enligt Världshälsorganisationen (WHO) är till exempel mödradödligheten fortfarande ett stort problem i många delar av världen, med cirka 295 000 kvinnor som dör varje år i samband med graviditet och förlossning. I Europa är siffrorna betydligt lägre, men det finns fortfarande skillnader mellan länderna.

I Sverige har kvinnohälsan generellt förbättrats under de senaste decennierna, med minskad mödradödlighet och ökad medellivslängd. Dock finns det fortfarande områden där kvinnohälsa eftersätts. Enligt Socialstyrelsens statistik söker kvinnor vård oftare än män, men får i många fall vänta längre på diagnos och behandling. (Se tabell 2.1)

En paradox i svensk hälsostatistik är att kvinnor i Sverige lever i genomsnitt cirka tre år längre än män, men rapporterar samtidigt sämre hälsa jämfört med

män. Detta tyder på att det finns strukturella problem i hur vården möter kvinnors behov.

En europeisk studie från 2011, ”The Reproductive Health Report: The state of sexual and reproductive health within the European Union”, visar att Sverige generellt har goda resultat när det gäller reproduktiv hälsa jämfört med andra EU-länder, men att det finns områden där förbättringar behövs, särskilt när det gäller tillgång till specialiserad vård för gynekologiska sjukdomar.

2.2 Kvinnohälsoindex 2025

För att tydliggöra skillnaderna för kvinnohälsa i svensk hälso- och sjukvård har Gedeon Richter utvecklat Kvinnohälsoindex 2025, ett verktyg som synliggör och jämför vård för kvinnor med andra vårdområden samt mellan regionerna. 2025 är uppdelat i två delindex: Prioritering av kvinnohälsa inom svensk hälso- och sjukvård och Regionala skillnader inom kvinnohälsa.

TABELL 2.1: PARADOXEN I SVENSK HÄLSOSTATISTIK

Indikator	Kvinnor	Män	Skillnad
Medellivslängd	84,3 år	81,2 år	+3,1 år för kvinnor
Självrapporterad god hälsa	72 procent	78 procent	-6 procentenheter för kvinnor
Långvarig sjukdom	38 procent	32 procent	+6 procentenheter för kvinnor
Läkarbesök per år (genomsnitt)	3,2	2,7	+0,5 besök för kvinnor
Sjukskrivningsdagar per år	13,2	7,8	+5,4 dagar för kvinnor

Källa: Statistiska centralbyrån och Försäkringskassan, 2023.

Indexet är unikt i sitt slag och bygger på Socialstyrelsens etablerade ramverk för god vård, som definierar sex kvalitetsdimensioner:

- **Kunskapsbaserad vård.** Mäter i vilken utsträckning vården baseras på bästa tillgängliga kunskap och evidens.
- **Säker vård.** Utvärderar förekomsten av vårdskador och patientsäkerhetsarbete.
- **Personcentrerad vård.** Bedömer patientens delaktighet i beslut och individuell anpassning av vården.
- **Jämlik vård.** Analyserar om vården ges på lika villkor oavsett kön, ålder, socioekonomisk status och geografi.
- **Tillgänglig vård.** Mäter väntetider och tillgång till specialistvård.
- **Effektiv vård.** Utvärderar resursanvändning och behandlingsresultat.

2.2.1 Prioritering av kvinnohälsa inom svensk hälso- och sjukvård

Delindex *Prioritering av kvinnohälsa inom svensk hälso- och sjukvård* jämför hur kvinnohälsa prioriteras mot andra vårdområden, som till exempel hjärt-kärlsjukdomar, diabetes, psykisk ohälsa, uro-

logi och ortopedi. Det baseras på Socialstyrelsens sex kvalitetsdimensioner för god vård. För varje dimension har vi använt totalt 54 indikatorer^a som speglar olika aspekter av vårdens kvalitet. Data har hämtats från flera källor:

- Socialstyrelsens hälsodataregister
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
- Regionala verksamhetsstatistik
- Nationella kvalitetsregister
- Nationell Patientenkät
- Folkhälsoenkäten.

Indexvärdena har beräknats genom att vikta och kombinera indikatorerna för att skapa ett totalindex för varje kvalitetsdimension och för hela vårdområdet. Kvinnohälsa har sedan jämförts med genomsnittet för de andra vårdområdena^b för att få fram ett relativt mått på prioritering.

Kvinnohälsoindex 2025 visar en lägre prioritet och resultat än andra vårdområden över samtliga sex kvalitetsdimensioner som Socialstyrelsen definierat för god vård. Indexet är utformat så att värdet 100 representerar optimal vård enligt nationella riktlinjer och vårdprogram. (Se tabell 2.2)

TABELL 2.2: KVINNOHÄLSOINDEX 2025 – PRIORITERING AV KVINNOHÄLSA (SKALA 0–100)				
Kvalitetsdimension	Kvinnohälsa (0–100)*	Jämförelseområden (0–100)**	Skillnad i indexpoäng	Kvinnohälsa i relation till jämförelseområden
Kunskapsbaserad vård	65	90	-25	72 procent
Säker vård	70	92	-22	76 procent
Personcentrerad vård	62	91	-29	68 procent
Jämlik vård	53	91	-38	58 procent
Tillgänglig vård	58	92	-34	63 procent
Effektiv vård	63	90	-27	70 procent
Totalt	62	91	-29	68 procent

* Indexvärde 0–100 där 100 representerar optimal vård enligt nationella riktlinjer och vårdprogram.

** Genomsnittligt indexvärde för jämförelseområdena hjärt- och kärlsjukdomar, urologi, diabetes, psykisk ohälsa och ortopedi.

^a Några exempel på indikator per dimension: Säker vård: Andel allvarliga bristningar vid förlossning (grad III-IV), Kunskapsbaserad vård: Andel kvinnor som screenats för alkoholvanor (AUDIT) under graviditeten, Tillgänglig vård: Andel kvinnor som genomfört eftervårdsbesök efter förlossning, Effektiv vård: Andel kvinnor med endometrios som får adekvat behandling inom rimlig tid, Jämlik vård: Skillnader i vård och hälsoutfall mellan regioner och socioekonomiska grupper, Personcentrerad vård: Andel kvinnor som upplevt delaktighet i beslut om sin vård/behandling.

^b Motsvarande indikatorer inom dessa områden är exempelvis Säker vård (urologi): Andel patienter med komplikationer efter prostatakirurgi och Kunskapsbaserad vård (psykisk ohälsa): Andel patienter med depression som får behandling enligt nationella riktlinjer.

De mest anmärkningsvärda resultaten är:

- 1 **Jämlik vård:** Kvinnohälsa uppnår endast 58 procent av jämförelseområdenas indexvärde inom denna dimension, med en skillnad på 38 indexpoäng. Detta indikerar att vården är betydligt mindre jämlik för kvinnor jämfört med andra patientgrupper. Skillnaden kan bero på geografiska variationer i tillgång till specialistvård inom kvinnohälsa, socioekonomiska faktorer som påverkar vårdsökande samt på strukturella faktorer i vårdsystemet.
- 2 **Tillgänglig vård:** Med en skillnad på 34 indexpoäng och endast 63 procent av jämförelseområdenas värde, är tillgänglighet den näst lägst prioriterade dimensionen. Detta tyder på längre väntetider och sämre tillgång till specialistvård inom kvinnohälsa jämfört med andra områden. Detta är särskilt problematiskt för tillstånd som endometrios, där tidig diagnos och behandling är avgörande för att förhindra progression och förbättra livskvaliteten.
- 3 **Personcentrerad vård:** Kvinnohälsa uppnår 68 procent av jämförelseområdenas indexvärde, med en skillnad på 29 indexpoäng. Den relativt låga prioriteringen inom denna dimension tyder på att kvinnors individuella behov och preferenser inte beaktas i samma utsträckning som inom andra vårdområden. Detta kan leda till sämre patientnöjdhet och behandlingsföljsamhet.
- 4 **Kunskapsbaserad vård:** Trots att detta är en av de högre dimensionerna för kvinnohälsa, ligger den fortfarande 25 indexpoäng under jämförelseområdena (72 procent av deras värde). Detta indikerar att vården inom kvinnohälsa i mindre utsträckning baseras på aktuell forskning och evidens.

Särskilt intressant är att urologi, som omfattar sjukdomar i urinvägarna och manliga könsorgan, prioriteras högre än kvinnohälsa trots att urologiska sjukdomar och kvinnosjukdomar i många fall har liknande påverkan på livskvalitet och arbetsförmåga. Detta tyder på att det finns strukturella faktorer i vårdsystemet som systematiskt ger kvinnors hälso- behov lägre prioritet.

2.2.2 Regionala skillnader inom kvinnohälsa

Delindex *Regionala skillnader inom kvinnohälsa* synliggör och jämför vårdens kvalitet för kvinnor i olika regioner. Indexet ger flera fördelar:

- 1 **Helhetsperspektiv.** Samlar flera olika aspekter av kvinnohälsa i ett samlat mått, vilket ger en mer komplett bild än enskilda indikatorer.
- 2 **Jämförbarhet.** Möjliggör jämförelser mellan regioner och över tid, vilket skapar transparens och driver förbättringsarbete.
- 3 **Prioriteringsunderlag.** Ger beslutsfattare ett tydligt underlag för att identifiera områden som behöver prioriteras.
- 4 **Uppföljning.** Kan användas för att följa upp effekten av genomförda insatser och satsningar.

Kvinnohälsoindex 2025 bygger på Socialstyrelsens etablerade ramverk för god vård och omsorg, vilket ger indexet en solid vetenskaplig grund. Socialstyrelsen definierar god vård och omsorg utifrån sex dimensioner: *kunskapsbaserad, säker, individanpassad, effektiv, jämlik och tillgänglig vård*. Dessa dimensioner används regelbundet av Socialstyrelsen för att utveckla indikatorer och utvärdera vårdens kvalitet inom olika områden.

Genom att basera Kvinnohälsoindex på samma dimensioner säkerställer vi att indexet mäter aspekter som är vetenskapligt förankrade och relevanta för att bedöma vårdens kvalitet. Indikatorerna i indexet är utvalda för att spegla god vård och omsorg enligt Socialstyrelsens definition och är baserade på vetenskap, relevanta, möjliga att mäta och tolka samt möjliga att samla in på ett strukturerat och systematiskt sätt.

Kvinnohälsoindex 2025 mäter och jämför regionernas prestationer inom följande sex nyckelområden för kvinnohälsa:

- 1 **Tillgång till specialistvård.** Mäter andelen kvinnor som har tillgång till specialiserad vård för kvinno-sjukdomar inom rimlig tid och avstånd. Detta inkluderar tillgång till gynekologer, endometrios-team och specialiserad vård för klimakteriebesvär.
- 2 **Väntetider.** Mäter genomsnittliga väntetider för olika typer av vård och behandling för kvinno-specifika tillstånd. Här ingår väntetider till första gynekologbesök, för endometriosbehandling och för gynekologiska operationer.
- 3 **Patientnöjdhet.** Baseras på patientrapporterade upplevelser av vården, inklusive bemötande, delaktighet och information. Viktiga indikatorer är

delaktighet i behandlingsbeslut, bemötande från vårdpersonal, tillräcklig information om behandling och samordning av vården.

4 **Medicinska resultat.** Mäter utfall av behandlingar och ingrepp relaterade till kvinnohälsa. Detta omfattar patientrapporterad förbättring efter behandlingar, komplikationsfrekvens vid ingrepp, förlossningsskador och återinläggningar efter förlossning.

5 **Förebyggande insatser.** Utvärderar regionernas arbete med screening, vaccination och andra förebyggande åtgärder. Här ingår deltagande i screening för livmoderhalscancer, HPV-vaccination, screening för våldsutsatthet under graviditet samt förebyggande hälsosamtal om livsstilsfaktorer.

6 **Forskningsaktivitet.** Mäter omfattningen av forskning om kvinnohälsa i regionen. Detta inkluderar antal kliniska studier, forskningsanslag och publikationer inom kvinnohälsoområdet.

Dessa nyckelområden täcker in de viktigaste aspekterna av kvinnohälsa och vård, från förebyggande insatser till specialiserad behandling och forskning. Genom att mäta och jämföra regionernas prestationer inom dessa områden får vi en heltäckande bild av hur väl vården för kvinnor fungerar i olika delar av landet.

Uppföljningen av kvinnohälsa baseras på över femtio indikatorer för att beskriva utvecklingen. Data hämtas från flera olika källor, inklusive Graviditetsregistret, Nationell patientenkät, Folkhälsoenkäten och olika register som hanteras av Socialstyrelsen. Detta ger en bred och tillförlitlig grund för indexet. Indexet omfattar alltså inte enbart gynekologisk vård utan inkluderar ett bredare spektrum av kvinnospecifika hälsotillstånd, inklusive förlossningsvård, primärvård för kvinnospecifika tillstånd, psykisk hälsa relaterad till kvinnospecifika tillstånd samt sexuell och reproduktiv hälsa.

I indexet representerar värdet 100 optimal vård enligt nationella riktlinjer och vårdprogram. Det är alltså ett mått på hur nära den faktiska vården kom-

mer den optimala vården som definieras i Socialstyrelsens kvalitetsdimensioner för god vård. Ett högre värde indikerar att vården ligger närmare den optimala nivån. Indexet är konstruerat baserat på 54 indikatorer* som speglar olika aspekter av vårdens kvalitet inom de sex dimensionerna. Dessa indikatorer har viktats och kombinerats för att skapa ett totalindex för varje kvalitetsdimension och för hela vårdområdet.

Till höger presenteras Kvinnohälsoindex 2025, som visar hur regionerna presterar inom de sex nyckelområdena för kvinnohälsa. (Se tabell 2.3)

Indexet visar betydande skillnader mellan regionerna, med en total skillnad på 32 poäng mellan den högst och lägst rankade regionen. Inte så förvånande är det störst skillnad mellan regionerna i forskningsaktivitet (troligen beroende på universitetssjukhusen) men det är även stora skillnader i de andra kategorierna.

Regionerna i toppen av indexet (Halland, Stockholm, Uppsala, Östergötland och Skåne) utmärker sig genom att ha satsat specifikt på kvinnohälsa, med öronmärkta resurser och tydliga strategier. Dessa regioner har också en högre andel specialister inom kvinnosjukdomar och kortare väntetider för behandling.

2.3 Regionala skillnader i vård och behandling

Trots regeringens satsningar på kvinnors hälsa, som pågått sedan 2015, kvarstår betydande regionala skillnader. Regionerna har genomfört olika insatser för att förbättra vården för kvinnor, inklusive utveckling av vårdkedjor för gynekologiska tillstånd som endometrios, förbättrad eftervård efter förlossning och ökad tillgänglighet genom digitala lösningar.

Dessa insatser har dock inte varit tillräckliga för att utjämna de regionala skillnaderna. Vår kartläggning visar tydliga skillnader i tillgång till specialiserad gynekologisk vård, väntetider och behandlingsresultat mellan olika regioner. (Se tabell 2.4)

* Några exempel på indikator per dimension: Säker vård: Andel allvarliga bristningar vid förlossning (grad III-IV), Kunskapsbaserad vård: Andel kvinnor som screenats för alkoholvanor (AUDIT) under graviditeten, Tillgänglig vård: Andel kvinnor som genomfört eftervårdsbesök efter förlossning, Effektiv vård: Andel kvinnor med endometrios som får adekvat behandling inom rimlig tid, Jämlik vård: Skillnader i vård och hälsoutfall mellan regioner och socioekonomiska grupper, Personcentrerad vård: Andel kvinnor som upplevt delaktighet i beslut om sin vård/behandling.

TABELL 2.3: KVINNOHÄLSOINDEX 2025 – REGIONALA SKILLNADER (SKALA 0–100)								
Prestation	Region	Totalt index	Tillgång till specialistvård	Väntetider	Patientnöjdhet	Medicinska resultat	Förebyggande insatser	Forskningsaktivitet
Hög prestation (≥75 poäng)								
	Stockholm	85	88	82	76	84	90	90
	Halland	82	85	80	78	83	85	81
	Uppsala	79	82	76	75	80	78	83
	VGR	77	80	75	74	79	76	78
Medelhög prestation (65–75 poäng)								
	Jönköping	74	76	72	75	76	73	72
	Skåne	73	78	70	68	75	72	75
	Sörmland	72	70	73	80	70	68	71
	Östergötland	70	72	68	70	72	69	69
	Västmanland	68	65	67	72	69	70	65
	Örebro	67	69	65	68	70	65	65
	Blekinge	66	64	65	75	65	64	63
	Kronoberg	65	63	64	67	66	67	63
Behöver förbättring (<65 poäng)								
	Kalmar	64	62	63	66	65	65	63
	Dalarna	62	60	62	65	63	62	60
	Gävleborg	60	58	60	63	62	60	57
	Värmland	59	57	58	62	60	59	58
	Västerbotten	58	59	56	60	58	57	58
	Västernorrland	57	55	55	59	58	58	57
	Jämtland Härjedalen	55	53	54	58	56	55	54
	Norrbottnen	54	52	53	55	55	54	55
	Gotland	53	50	52	56	54	53	53
Genomsnitt		67	67	65	68	68	67	67
Skillnad högst–lägst		32	38	30	25	30	37	37

Fotnot: Totalt indexvärde viktas enligt tillgång till specialistvård (20 procent), väntetider (20 procent), patientnöjdhet (15 procent), medicinska resultat (20 procent), förebyggande insatser (15 procent) och forskningsaktivitet (10 procent).

Källa: Beräkningar baserade på data från Socialstyrelsen, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys och regionernas verksamhetsstatistik, 2023–2024.

Dessa skillnader visar tydligt att kvinnors tillgång till specialiserad vård för kvinnospecifika tillstånd varierar kraftigt beroende på var i landet de bor. Särskilt anmärkningsvärt är den stora olikheten i tillgång till vård för klimakteriebesvär. Även det generella förtroendet för hälso- och sjukvården varierar mellan regionerna, vilket kan påverka kvinnors benägenhet att söka vård för sina besvär.

2.4 Läkemedelskostnader inom kvinnohälsa jämfört med andra områden

En analys av läkemedelskostnader inom olika vårdområden visar att kvinnohälsa har betydligt lägre kostnader jämfört med andra jämförbara vårdområden. Detta kan ses som en indikator på olikheter i prioritering och resursallokering inom vårdsystemet.

TABELL 2.4: REGIONALA SKILLNADER I VÅRD FÖR KVINNOSPECIFIKA TILLSTÅND			
Område för jämförelse	Region med bästa utfall	Region med sämsta utfall	Skillnad
Tillgång till specialiserad gynekologisk vård	Halland (78 procent)	Västerbotten (62 procent)	16 procent-enheter
Generellt förtroende för hälso- och sjukvården	Jämtland Härjedalen (73 procent)	Västernorrland (58 procent)	15 procent-enheter
Tillgång till vård för klimakteriebesvär	Halland (85 procent)	Västerbotten (55 procent)	30 procent-enheter
Väntetider för behandling vid endometrios	Region Sörmland (27 dagar)	Region Örebro (63 dagar)	36 dagar
Patientrapporterad förbättring ett år efter inkontinensoperation	Östergötland (97 procent)	Norrbottn (80 procent)	17 procent-enheter

Källa: Vården i siffror och regionernas verksamhetsstatistik, 2024.

TABELL 2.5: LÄKEMEDELSKOSTNADER INOM KVINNOHÄLSA JÄMFÖRT MED ANDRA OMRÅDEN			
Vårdområde	Årlig läkemedelskostnad (miljarder kronor)	Andel av total läkemedelsbudget	Kostnad per patient (kronor)
Onkologi	4,5–5,4	14–17 procent	85 000–120 000
Diabetes	3,2–3,8	10–12 procent	12 000–18 000
Hjärt-kärlsjukdomar	3,0–3,5	9–11 procent	8 000–15 000
Neurologi	2,8–3,2	8–10 procent	25 000–45 000
Urologi*	1,8–2,2	5–7 procent	15 000–25 000
Kvinnohälsa**	1,2–1,5	3–5 procent	6 000–12 000

* Inklusive urologisk cancer.
**Kvinnohälsa inkluderar gynekologiska tillstånd, exklusive gynekologisk cancer.

Nedan presenteras en jämförelse av läkemedelskostnader mellan olika vårdområden. (Se tabell 2.5)

Tabellen för läkemedelskostnader har beräknats genom att sammanställa data från flera källor. De årliga läkemedelskostnaderna för olika vårdområden baseras på Socialstyrelsens prognoser och TLV:s uppföljningar av läkemedelskostnader. Andelen av den totala läkemedelsbudgeten har beräknats utifrån kostnaderna för läkemedelsförmånen i Sverige som 2023 uppgick till cirka 35 miljarder kronor. Kostnaden per patient har beräknats genom att dividera den totala kostnaden för respektive vårdområde med det uppskattade antalet patienter inom området, baserat på prevalensdata för de olika sjukdomsgrupperna.

De lägre läkemedelskostnaderna inom kvinnohälsa jämfört med andra områden kan förklaras av flera faktorer:

SKILLNADER I FORSKNINGSPRIORITERINGAR OCH LÄKEMEDELSUTVECKLING

- Historiskt har kvinnospecifika sjukdomar och tillstånd fått mindre forskningsfinansiering jämfört med andra områden.
- Resultatet av detta är färre nya innovativa läkemedel för kvinnospecifika tillstånd.
- Inom områden som onkologi, reumatoid artrit och hjärtkärlsjukdomar har det utvecklats fler nya, avancerade och därmed dyrare läkemedel.

SKILLNADER I BEHANDLINGSSALTERNATIV

- För endometrios används ofta äldre, generiska läkemedel med lägre kostnad.
- För hjärtinfarkt och andra hjärt-kärlsjukdomar finns fler nya, patentskyddade läkemedel med högre kostnad.
- Efter en hjärtinfarkt ordineras ofta minst fyra olika läkemedel (trombosprofylax, ischemibehandling, sviktbehandling och lipidsänkning) som patienten ska ta livet ut.

OJÄMLIK RESURSFÖRDELNING MELLAN REGIONER

- Stockholm allokerar 4,2 procent av sin vårbudget till kvinnospecifik vård medan Jämtland Härjedalen endast allokerar 2,5 procent.
- Dessa skillnader påverkar tillgången till specialistvård och läkemedelsbehandling.

Skillnaderna i läkemedelskostnader mellan kvinnohälsa och andra vårdområden kan få flera allvarliga konsekvenser:

LÄGRE PRIORITERING GER KONSEKVENSER FÖR BEHANDLING

- De lägre läkemedelskostnaderna inom kvinnohälsa indikerar att dessa tillstånd prioriteras lägre i vårdsystemet. Detta kan leda till att kvinnor med tillstånd som till exempel endometrios inte får optimal behandling trots att det är relativt ”billigt” att få bättre resultat inom kvinnohälsa.

DIAGNOSTISKA UTMANINGAR VAD GÄLLER ENDOMETRIOS JÄMFÖRT MED HJÄRT-KÄRLSJUKDOMAR

- Tillstånd som endometrios diagnostiseras i genomsnitt efter 7–8 år i Sverige, jämfört med 4,5 år i Danmark.
- Underdiagnostisering kan leda till att färre patienter får adekvat läkemedelsbehandling.
- För hjärtinfarkt finns väletablerade diagnostiska metoder och behandlingsprotokoll som leder till snabbare diagnos och behandling.

MINSKAD BEHANDLINGSKVALITET OCH INNOVATIONSHÖJD

- Lägre investeringar i läkemedel för kvinnospecifika sjukdomar leder sannolikt till färre innovativa behandlingsalternativ. Detta kan begränsa möjligheterna att erbjuda effektiv behandling för komplexa tillstånd som exempelvis endometrios.
- Sämre subvention av innovativa läkemedel för kvinnospecifika tillstånd, vilket är ett hinder för att ge alla kvinnor, oavsett ekonomiska förutsättningar, tillgång till moderna behandlingsalternativ med bättre effekt och mindre biverkningar.

SAMHÄLLSEKONOMISK PÅVERKAN

- Endometrios kostar samhället, som tidigare visats, mellan 3,6 och 4,5 miljarder kronor per år när man räknar in både direkta vårdkostnader och indirekta kostnader som sjukfrånvaro.
- Kvinnor med endometrios har i genomsnitt 38 sjukdagar per år, jämfört med genomsnittet på nio dagar för kvinnor i motsvarande åldersgrupp.
- Ökade investeringar i effektiva läkemedel för endometrios skulle potentiellt kunna minska de totala samhällskostnaderna genom minskad sjukfrånvaro.

FÖRSÄMRAD LIVSKVALITET FÖR PATIENTER

- Otillräcklig läkemedelsbehandling kan leda till sämre livskvalitet och arbetsförmåga för kvinnor med endometrios och andra kvinnospecifika sjukdomar.
- För hjärtinfarktpatienter finns väl-etablerade läkemedelsbehandlingar som förbättrar prognosen och minskar risken för återinsjuknande.

Det är viktigt att notera att lägre läkemedelskostnader i sig inte nödvändigtvis är negativt. Kostnads-effektiva behandlingar som ger god effekt till lägre pris är generellt önskvärda ur ett samhällsekonomiskt perspektiv. Problemet uppstår när de lägre kostnaderna är ett resultat av:

- 1 **underbehandling**, att patienter inte får adekvat behandling för sina tillstånd
- 2 **brist på innovation**, att det saknas effektiva behandlingsalternativ för komplexa tillstånd
- 3 **ojämlik prioritering**, att vissa patientgrupper systematiskt får mindre resurser än andra.

För kvinnohälsa tyder data på att de lägre läkemedelskostnaderna delvis kan förklaras av dessa faktorer, snarare än av att behandlingarna är mer kostnadseffektiva.

Analysen av läkemedelskostnader visar att det finns betydande skillnader mellan kvinnohälsa och andra vårdområden. Dessa skillnader kan delvis förklaras av strukturella faktorer i vårdsystemet, såsom forskningsprioriteringar, diagnostiska utmaningar och ojämlik resursfördelning.

För att uppnå en mer jämlik vård behövs:

- 1 **ökad forskningsfinansiering** för kvinnospecifika sjukdomar för att utveckla nya, effektiva behandlingsalternativ
- 2 **förändrade diagnoskriterier och diagnostik** för att tidigare identifiera tillstånd som endometrios
- 3 **mer jämlik resursfördelning** mellan olika vårdområden baserat på patienternas behov
- 4 **ökad medvetenhet** om könsskillnader i vården och hur dessa påverkar behandlingsbeslut.

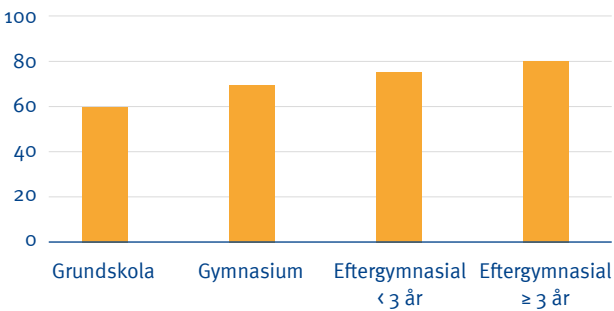
Genom att adressera dessa faktorer kan vi arbeta mot ett vårdsystem där alla patienter får tillgång till optimal behandling baserat på deras medicinska behov, oavsett kön eller typ av sjukdom.

2.5 Faktorer som påverkar kvinnohälsan

Flera faktorer påverkar kvinnohälsa, inklusive biologiska, sociala, ekonomiska och miljömässiga faktorer. Aktuell forskning visar att miljöfaktorer kan bidra till infertilitet, endometrios och reproduktiva cancerformer. Detta understryker behovet av ett bredare perspektiv på kvinnohälsa som inkluderar både medicinska och samhälleliga faktorer. (Se tabell 2.6)

Socioekonomiska faktorer spelar en viktig roll för kvinnohälsa. Kvinnor med lägre utbildning och inkomst har generellt sämre hälsa och sämre tillgång till vård. Detta gäller särskilt för gynekologiska sjukdomar, där tillgången till specialiserad vård kan vara begränsad för kvinnor i socioekonomiskt utsatta områden. (Se figur 2.1)

FIGUR 2.1: DELTAGANDE I SCREENING FÖR LIV-MODERHALSCANCER EFTER UTBILDNINGSNIVÅ
Deltagande i screening för livmoderhalscancer (procent)



Källa: Socialstyrelsen, 2023.

Utlandsfödda kvinnor och kvinnor med kort utbildning får vård i lägre utsträckning än andra grupper. Det finns också ett stort mörkertal när det gäller gynekologiska sjukdomar, där många drabbade inte söker hjälp. För att minska ojämlikheten i vården för gynekologiska sjukdomar behöver kunskapen öka, stigma minska, och mottagningar placeras i socioekonomiskt utsatta områden.

2.6 Strukturella utmaningar i vården

Forskning visar att det finns ett behov av att förbättra hälso- och sjukvårdens organisation, kontinuitet och bemanning för att bättre möta kvinnors behov.

TABELL 2.6: FAKTORER SOM PÅVERKAR KVINNOHÄLSA

Faktortyp	Exempel	Påverkan på kvinnohälsa
Biologiska faktorer	▪ Hormonella förändringar ▪ Reproduktiv hälsa ▪ Genetiska faktorer	▪ Påverkar fysisk och psykisk hälsa under hela livet ▪ Menstruation, graviditet, förlossning, klimakteriet ▪ Ökad risk för vissa sjukdomar
Sociala faktorer	▪ Könsroller och normer ▪ Våld mot kvinnor ▪ Diskriminering	▪ Påverkar hälsobeteenden och tillgång till vård ▪ Fysiska och psykiska hälsokonsekvenser ▪ Sämre bemötande i vården
Ekonomiska faktorer	▪ Inkomstskillnader ▪ Arbetsvillkor ▪ Obetalt omsorgsarbete	▪ Lägre inkomst påverkar möjlighet att söka vård ▪ Stress och belastningsskador i kvinnodominerade yrken ▪ Ökad total arbetsbelastning
Miljöfaktorer	▪ Kemikalier ▪ Luftföroreningar ▪ Arbetsplatsmiljö	▪ Kan påverka hormonbalans och fertilitet ▪ Ökad risk för vissa sjukdomar ▪ Exponering för skadliga ämnen

Källa: Sammanställning baserad på forskningsrapporter från Forte, WHO och Folkhälsomyndigheten, 2023.

TABELL 2.7: TILLGÅNG TILL MEDICINSK BEDÖMNING INOM TRE DAGAR I PRIMÄRVÅRDEN

Region	Kvinnor	Män	Skillnad
Region Stockholm	94 procent	94 procent	0 procentenheter
Region Uppsala	88 procent	90 procent	-2 procentenheter
Region Östergötland	85 procent	87 procent	-2 procentenheter
Region Skåne	80 procent	83 procent	-3 procentenheter
Region Västra Götaland	78 procent	82 procent	-4 procentenheter
Region Jämtland Härjedalen	68 procent	72 procent	-4 procentenheter
Riksgenomsnitt	82 procent	85 procent	-3 procentenheter

Källa: Vården i siffror, 2024.

Kvinnor upplever i högre grad än män att vården är fragmenterad och att de måste upprepa sin sjukdomshistoria för olika vårdgivare. (Se tabell 2.8)

Kunskapen om tillstånd och sjukdomar som främst drabbar kvinnor behöver också stärkas hos personal inom hälso- och sjukvården. Implementering av kunskapsstöd är en viktig del av detta arbete. (Se tabell 2.8)

Det finns tydliga skillnader i hur kvinnor och män behandlas i vården. Studier visar att kvinnor behandlas i mindre utsträckning enligt nationella riktlinjer för hjärt-kärlsjukdomar och får mindre medicinsk behandling med bevisad nytta jämfört med män.⁵ Underbehandling av kvinnor observeras inte bara vid hjärt-kärlsjukdomar utan även inom områden som stroke, diabetes och osteoporos. (Se figur 2.2)

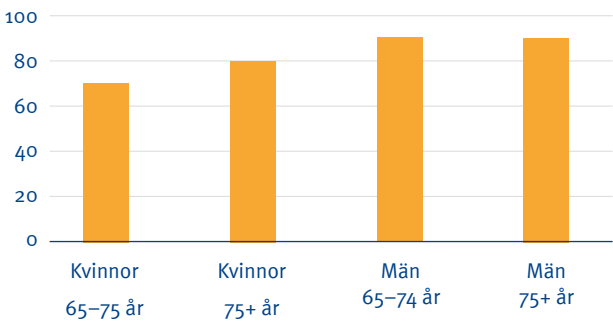
Det finns även studier som visar att kvinnor ofta måste uttrycka mer smärta än män för att få likvärdig behandling, och tillstånd som endometrios stigmatiseras eller tas inte på allvar.⁶ Ett perspektiv med kvinnofokus på folkhälsan behövs för att adressera dessa frågor.

TABELL 2.8: STRUKTURELLA UTMANINGAR I VÅRDEN FÖR KVINNOR		
Utmaning	Beskrivning	Konsekvenser
Kunskapsbrist	Bristande kunskap om kvinnospecifika sjukdomar	Försenad diagnos och behandling
Normalisering av smärta	Kvinnors smärta tas inte på allvar	Underbehandling och lidande och utveckling av kronisk smärta
Fragmenterad vård	Brist på sammanhållen vårdkedja	Patienter måste upprepa sin historia
Ojämlig behandling	Kvinnor får mindre evidensbaserad vård	Sämre behandlingsresultat
Bristande forskning	Mindre forskning på kvinnospecifika sjukdomar	Kunskapsluckor och sämre behandlingsmetoder
Resursbrist	Underdimensionerad kvinnosjukvård	Långa väntetider och begränsad tillgång
Geografiska skillnader	Ojämn fördelning av specialistkompetens	Tillgång till vård beror på bostadsort
Socioekonomiska faktorer	Sämre tillgång för utsatta grupper	Förstärker ojämlikheter i hälsa

Källa: Sammanställning baserad på rapporter från Socialstyrelsen, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys och Jämställdhetsmyndigheten, 2023–2024.

FIGUR 2.2: ANDEL PATIENTER SOM BEHANDLAS ENLIGT NATIONELLA RIKTLINJER FÖR HJÄRT-KÄRLSJUKDOMAR

Andel patienter som behandlas enligt nationella riktlinjer (procent)



Källa: Socialstyrelsen, 2023.





Ett exempel på eftersatt kvinnohälsa

3.1 Vad är endometrios?

Endometrios är en kronisk inflammatorisk sjukdom som i Sverige drabbar cirka 250 000 kvinnor. Minst tio procent av dessa är tonåringar.

Endometrios orsakas av celler som liknar endometrie-vävnaden (livmoderslemhinnan) men som finns utanför livmodern. Detta leder till inflammationer, buksmär- tor, ärrvävnad och sammanväxningar på olika ställen som äggstockar, äggledare, bukhinnan, urinblåsan och nedre delen av tarmen. En variant av endometrios, adenomyos, växer inne i livmoderväggen. Sjukdomen kan orsaka svåra smärtor och i vissa fall infertilitet.

Endometrios kan vara svår, måttlig, mild och mini- mal, baserat på hur den ser ut i buken.

TYPISKA SYMTOM INKLUDERAR:

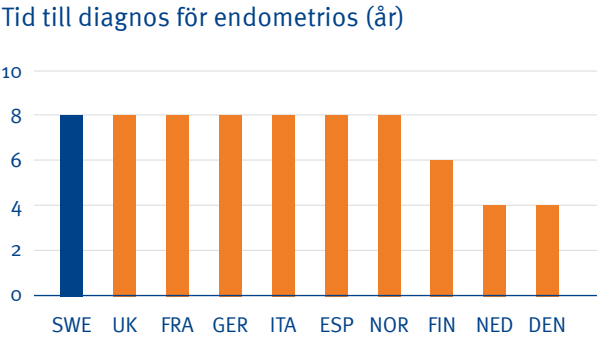
- smärta i nedre delen av bäckenet
- menstruationssmärtor
- djup smärta vid samlag
- svårigheter att bli gravid
- smärta vid tarmtömning och urinerig.

3.2 Den långa vägen till diagnos

Ett av de största problemen med endometrios är den långa tiden till diagnos. I genomsnitt tar det 7–8 år från det att en kvinna med endometrios inser att smärtan inte är normal tills hon får en korrekt diag- nos. Detta är 3,5 år längre än i Danmark, som har en genomsnittlig tid till diagnos på 4,5 år.

Under denna tid har 62 procent av patienterna sökt vård fem eller fler gånger utan att få korrekt diagnos. Många blir felaktigt diagnostiserade med urinvägs- infektion (UVI) eller irritabel tarm (IBS) innan de får rätt diagnos.

FIGUR 3.1: TID TILL DIAGNOS FÖR ENDOMETRIOS I OLIKA LÄNDER



Källa: European Society of Human Reproduction and Embryology, 2023.

Det finns flera orsaker till den långa tiden till diagnos:

- 1 Normalisering av smärta.** Menstruationssmärtor anses ofta vara normala, vilket leder till att många inte söker vård i tid.
- 2 Stigmatisering.** Det finns en ovilja att tala om smärta relaterad till kvinnliga kroppsdelar och sexuell aktivitet, vilket gör att många döljer sina symtom.
- 3 Bristande kunskap.** Sjukdomen kan vara svår att förstå, diagnostisera och behandla, även för spe- cialister.
- 4 Misstro.** Personer med endometrios som söker hjälp möter ofta misstro från till exempel skola, arbete, familj och vänner.

Omdefinera kriterierna för endometriosdiagnos

Laparoskopi har historiskt varit standarden för diagnos av endometrios, men enligt de senaste internationella riktlinjerna från ESHRE (2022) är detta inte längre rekommenderat. ESHRE förordar istället att klinisk undersökning och noggrann anamnes ska leda till empirisk behandling. Man ska då misstänka diagnosen endometrios. Därefter kan diagnostiken i vissa fall behöva drivas vidare med t ex laparoskopi för att slutligen ställa diagnosen endometrios.

Inom svensk sjukvård ska patienten ha något objektivt fynd/bildbevis (ultraljud, MRI eller laparoskopi) för att definitivt bekräfta diagnosen. I svenska guidelines anger man att villkoret med objektiva fynd måste vara uppfyllda för att man ska ha tillgång till alla tillgängliga behandlingsalternativ. Det kan vara en bidragande faktor till den långa diagnostiska fördröjningen, som i genomsnitt är 7–8 år från symptomdebut till fastställd diagnos för endometriospatienter i Sverige.

Med stöd av ESHRE guidelines rekommenderar experterna idag att noggrann anamnes och klinisk undersökning ska ge patienten tillgång till alla tillgängliga medicinska behandlingsalternativ. En tydlig implementering av detta förhållningssätt i våra nationella guidelines skulle kunna leda till en snabbare väg till tillfredställande behandling av fler patienter med endometrios.

3.3 Särskilda utmaningar för unga patienter med endometrios

3.3.1 Tidig symtomdebut men sen diagnos och behandling

Många patienter med endometrios upplever sina första symtom redan i tonåren, men får diagnos först flera år senare. Minst tio procent av alla patienter med endometrios är tonåringar, vilket motsvarar cirka 20 000–25 000 unga personer i Sverige. Trots att symtomen ofta börjar i samband med första menstruationen normaliseras smärtan ofta som ”vanliga menssmärtor”, vilket leder till försenad diagnos och behandling.

Patientberättelsen från Ilina på sidan 18 illustrerar tydligt denna problematik. Hennes upplevelse av att få höra att ”det är normalt med mensvärk” och ”du är bara känslig” är tyvärr representativ för många patienter.

3.3.2 Unga kvinnor med symtom fångas inte upp

En särskild utmaning är att vissa gynekologmottagningar har 18-års gräns och att yngre patienter därför hänvisas till barnklinik eller vårdcentral som har begränsad kunskap om endometrios. Detta trots att tidig behandling är avgörande för att förhindra kronisk smärta och förbättra livskvaliteten.

Unga patienter möter särskilda diagnostiska utmaningar:

- 1 **Normalisering av smärta.** Menssmärta hos unga betraktas ofta som ”normal” av både vårdpersonal, föräldrar och skola.
- 2 **Bristande kunskap i primärvården.** Många vårdgivare som möter unga patienter saknar tillräcklig kunskap om endometrios hos tonåringar. Detta kan leda till:
 - fördröjd adekvat behandling
 - längre perioder av onödigt lidande
 - risk för att sjukdomen progredierar och blir svårare att behandla
 - negativ inverkan på skolgång och social utveckling.
- 3 **Fördröjd remittering till specialist.** Studier visar att patienter med diagnostisk fördröjning använder läkemedel och andra behandlingar mer frekvent innan diagnos jämfört med patienter utan fördröjning.
- 4 **Begränsad tillgång till gynekologisk undersökning.** För unga patienter kan det vara svårare att få tillgång till gynekologer med god kunskap om endometrios, vilket ytterligare fördröjer diagnosen.
- 5 **Omdefiniera diagnosprocessen.** Att påskynda den diagnostiska processen är väsentligt för att säkerställa tidig behandling.

3.3.4 Konsekvenser av försenad diagnos och behandling för unga

Försenad diagnos och behandling har särskilt allvarliga konsekvenser för unga patienter:

- 1 **Påverkan på utbildning.** Upprepad sjukfrånvaro påverkar skolresultat och framtida utbildningsmöjligheter.
- 2 **Psykosocial utveckling.** Kronisk smärta under formativa år kan påverka identitetsutveckling och sociala relationer.

- 3 **Ekonomiska konsekvenser för familjen.** Familjer till unga patienter upplever ofta sämre ekonomisk situation jämfört med hushåll med vuxna patienter.

- 4 **Långsiktiga hälsokonsekvenser.** Obehandlad endometrios kan leda till kronisk smärta och potentiellt påverka framtida fertilitet.

- 5 **Emotionell påverkan.** Unga patienter kan uppleva att de inte blir tagna på allvar, vilket kan leda till känslor av hopplöshet och isolering.

3.3.5 Framgångsrika modeller för vård av unga patienter

Vissa regioner har utvecklat särskilda vårdmodeller för unga patienter med endometrios. Det handlar bland annat om:

- 1 **specialiserade ungdomsmottagningar** med kompetens inom endometrios
- 2 **samarbete mellan barnmedicin och gynekologi** för att förbättra vården för tonåringar
- 3 **digitala resurser** som är anpassade för unga patienter, exempelvis endometriosskolor online
- 4 **utbildningsinsatser i skolor** för att öka medvetenheten om endometrios bland skolsköterskor, idrottslärare och annan skolpersonal.

3.3.6 Rekommendationer för förbättrad vård av unga patienter

Några rekommendationer för att förbättra vården för unga patienter med endometrios:

- 1 **Utveckla riktlinjer specifikt för unga patienter** med endometrios.
- 2 **Öka kunskapen om endometrios** hos elevhälsovård, ungdomsmottagningar och primärvård för att bättre fånga upp patienterna. Införa uppföljning av alla flickor i mellanstadiet/högstadiet för mensrelaterade problem.
- 3 **Skapa tydliga remissvägar** för unga patienter med misstänkt endometrios.
- 4 **Utveckla stödprogram** för unga patienter och deras familjer.
- 5 **Säkerställ en smidig övergång** från barn- och ungdomsvård till vuxenvård.

3.4 Behandlingsalternativ

Det finns för närvarande inget botemedel för endometrios, men det finns olika sätt att behandla och

lindra symtomen. Nedan ger vi exempel på några alternativa behandlingar.

3.4.1 Smärtbehandling

Smärtbehandling för endometrios involverar användning av olika typer av smärtstillande medel, till exempel opiater. Försiktighet rekommenderas dock vid användning av opiater på grund av risken för beroende.

KOMPLETTERANDE BEHANDLINGSLTERNATIV FÖR ATT LINDRA ENDOMETRIOSSYMTOM INKLUDERAR:

- värmeterapi
- TENS (Transkutan elektrisk nervstimulering)
- akupunktur
- kostförändringar
- fysisk aktivitet.

3.4.2 Hormonell behandling

Hormonell behandling syftar till att sänka östrogennivåerna för att hämma tillväxten av endometrios. Målet med behandlingen är att hämma ägglossningen och uppnå blödningsfrihet.

ALTERNATIV INKLUDERAR:

- kombinerade p-piller
- gestagener
- GnRH-antagonister och GnRH-agonister.

Hormonell behandling är en vanlig metod för att hantera endometrios fram till önskemål om graviditet eller naturlig menopaus.

3.4.3 Kirurgi

Kirurgi kan bli nödvändig om symtomen inte kan hanteras med andra behandlingar. Detta involverar laparoskopiskt avlägsnande av endometrios och sammanväxningar. Kirurgiskt avlägsnande av endometrios ger inte alltid en långsiktig lösning, och i vissa fall kan avlägsnande av äggstockar och livmoder (hysterektomi) övervägas, särskilt i svåra fall.

Vid endometriom kan kirurgi bli nödvändigt vid mycket svår smärta eller om endometriomet hindrar äggplockning vid fertilitetsbehandling.

3.5 Påverkan på livskvalitet och arbetsförmåga

Endometrios har en betydande inverkan på livskvalite-ten för de drabbade. Personer med endometrios upple-ver en minskad livskvalitet jämfört med friska individer.

SJUKDOMEN KAN ORSAKA BETYDANDE LIDANDE OCH PÅVERKA OLIKA ASPEKTER AV LIVET, INKLUSIVE:

- familjeliv
- skola
- arbete
- ekonomi
- intimitet.

Många med endometrios tvingas till upprepade sjukskrivningar, vilket påverkar både deras ekonomi och karriärmöjligheter. Sjukdomen kan också leda till svårigheter att bli gravid, då endometrios är en känd orsak till infertilitet. Trots detta kan majoriteten av personer med endometrios bli gravida, antingen naturligt eller med hjälp av assisterad befruktning som in vitro-fertilisering (IVF). Studier visar att 30–40 procent av de kvinnor som har endometrios inte kan bli gravida spontant, många av dessa kan dock få hjälp via fertilitetsbehandling.

TABELL 3.1: SAMHÄLLSEKONOMISKA KOSTNADER FÖR ENDOMETRIOS I SVERIGE		
Kostnadstyp	Kostnad per år (miljoner kronor)	Andel av total kostnad
Direkta kostnader		
Öppenvård	450	9 procent
Slutenvård	350	7 procent
Läkemedel	200	4 procent
Indirekta kostnader		
Sjukfrånvaro	2 100	42 procent
Minskad arbetsförmåga	1 500	30 procent
Förtidspensionering	400	8 procent
Totalt	5 000	100 procent

Källa: Beräkningar baserade på data från Försäkringskassan och Socialstyrelsen, 2023.

3.6 Ekonomiska konsekvenser

Endometrios är en socioekonomisk sjukdom med betydande kostnader för både behandling och sam-hällspåverkan. Enligt rapporten ”Burden of illness in women with endometriosis” av Matts Olovsson uppgår de årliga kostnaderna för personer med en-dometrios till både direkta sjukvårdskostnader och indirekta kostnader som sjukskrivning.

Den totala årliga kostnaden för samhället för per-soner med endometrios i Sverige har uppskattats till mellan 3,6 och 5 miljarder kronor, beroende på beräkningsmetod och vilka kostnadsposter som inkluderas. Den lägre uppskattningen (3,6 mil-jarder kronor) baseras på beräkningen av antalet behandlingskrävande patienter (40 000) multiplicerat med genomsnittskostnaden per patient (90 000 kronor), medanden högre uppskattningen (5 miljarder kronor) kommer från en mer detaljerad kostnads-analys som presenteras i tabellen 3.1 nedan.

3.7 Regionala skillnader i vård vid endometrios

Vår kartläggning visar betydande regionala skillna-der i vården för personer med endometrios. Dessa skillnader omfattar tillgång till specialiserad vård, vänte-tider för behandling och patientrapporterade resultat. Tabell 3.2 visar på betydande skillnader mellan regi-onerna. Särskilt anmärkningsvärt är:

- 1 Väntetider.** Skillnaden i väntetid till första besök är 65 dagar mellan regionen med kortast väntetid (Sörmland, 30 dagar) och den med längst (Norr-botten, 95 dagar).
- 2 Tillgång till specialiserad vård.** Endast 33 procent av regionerna (7 av 21) har etablerade endometrios-team (SoS 2019), trots att Socialstyrelsens natio-nella riktlinjer rekommenderar detta.

- 3 Patientnöjdhet.** Det finns en skillnad på 25 poäng i patientnöjdhet mellan regionen med högst nöjdhet (Sörmland, 75) och den med lägst (Norrbotten, 50).

3.8 Nationella riktlinjer och implementering

Socialstyrelsen publicerade 2018 nationella riktlin-jer för vård vid endometrios för att främja en mer jämlik vård i hela landet. Dessa riktlinjer innehåller

TABELL 3.2: REGIONALA SKILLNADER I VÅRD VID ENDOMETRIOS				
Region	Väntetid till första besök (dagar)	Väntetid till behandling (dagar)	Tillgång till endometriosteam (%)*	Patientnöjdhet (0–100)
Stockholm	45	35	Ja	72
Uppsala	60	40	Ja	68
Sörmland	30	27	Ja	75
Östergötland	55	45	Ja	70
Jönköping	65	50	Nej	65
Kronoberg	70	55	Nej	60
Kalmar	75	60	Nej	58
Gotland	90	70	Nej	55
Blekinge	50	40	Nej	65
Skåne	40	35	Ja	70
Halland	45	40	Nej	68
Västra Götaland	55	45	Ja	67
Värmland	80	60	Nej	60
Örebro	85	63	Nej	58
Västmanland	70	55	Nej	62
Dalarna	75	60	Nej	60
Gävleborg	80	62	Nej	57
Västernorrland	85	65	Nej	55
Jämtland	90	70	Nej	53
Västerbotten	75	60	Ja	65
Norrbotten	95	75	Nej	50
Riksgenomsnitt	67	53	33 procent	63
Skillnad högst–lägst	65	48	–	25

Källa: Vården i siffror och regionernas verksamhetsstatistik, 2024.

* Uppgifter om tillgång till endometriosteam baseras på Socialstyrelsens enkät till kvinnokliniker 2018–2019. Enligt denna enkät har 11 av 26 verksamheter (cirka 42 procent) ett grundbemannat multiprofessionellt endometriosteam. På regionnivå har dock endast 7 av 21 regioner (33 procent) minst en verksamhet med ett sådant team. Skillnaden beror på att enkäten räknade enskilda verksamheter (sjukhus/kliniker), medan tabellen presenterar data på regionnivå där en region anses ha tillgång till endometriosteam om minst en verksamhet inom regionen har ett sådant team.

rekommendationer för diagnostik, behandling och uppföljning av endometrios.

Trots dessa riktlinjer visar vår kartläggning att implementeringen varierar kraftigt mellan regionerna. Flera regioner saknar fortfarande endometriosteam och strukturerade vårdkedjor för personer med endometrios.

3.9 Behovet av ökad kunskap och forskning

Det finns ett stort behov av ökad kunskap om endometrios, både bland vårdpersonal och i samhället i stort. Personer med symtomatisk endometrios bör tas på allvar och få nödvändig hjälp och stöd.

Det är viktigt att utbilda personer med endometrios, såväl som deras anhöriga, partners, vänner, lärare, kollegor och beslutsfattare, om sjukdomen för att förbättra förståelse och stöd.

Det finns också ett behov av mer forskningsfinansiering inom området endometrios för att förbättra kunskap, diagnostik och behandlingsalternativ med färre biverkningar.

3.10 Framgångsrika exempel

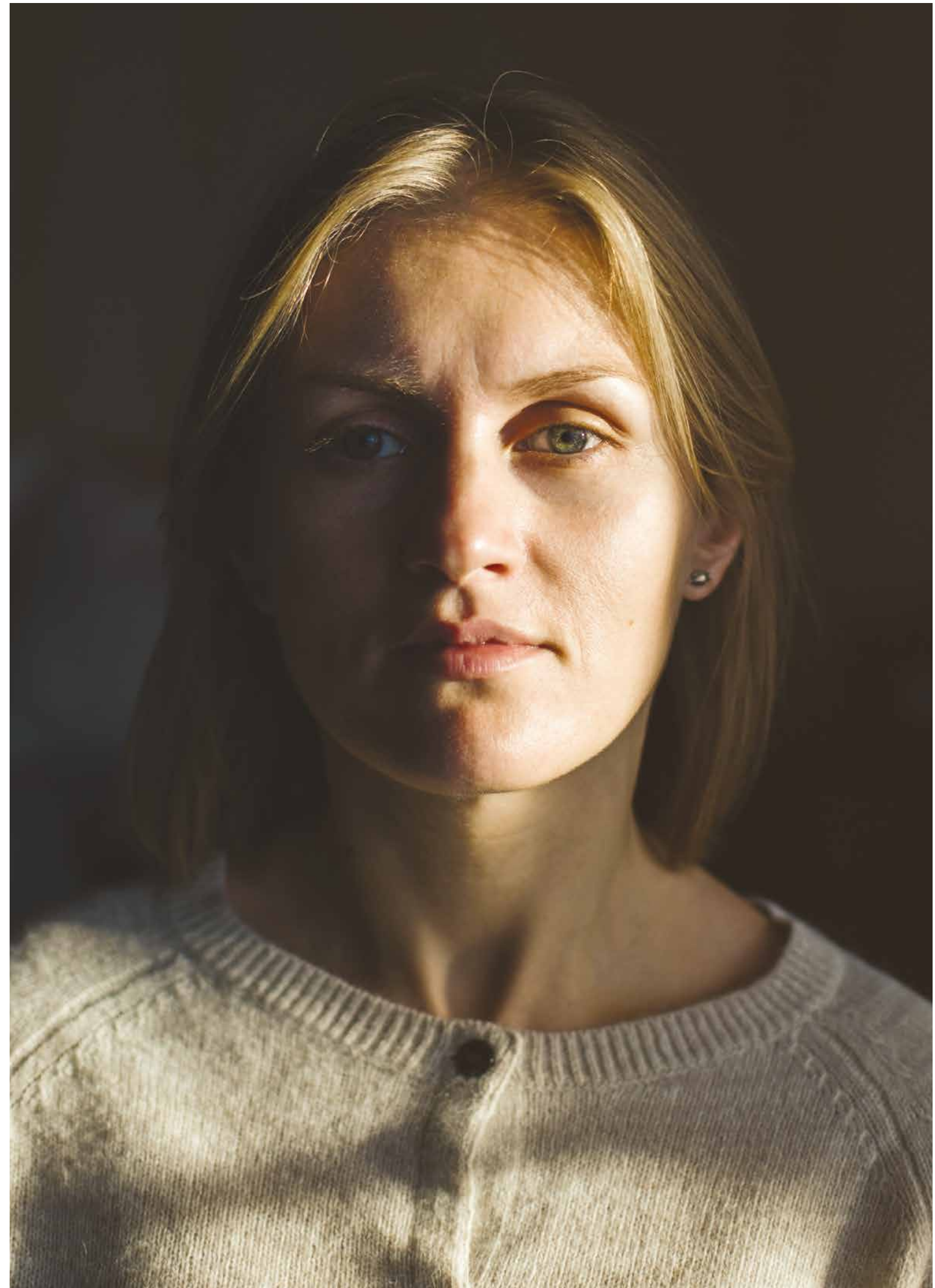
Vissa regioner har lyckats bättre än andra med att implementera Socialstyrelsens riktlinjer och skapa en välfungerandevård för personer med endometrios. Region Sörmland utmärker sig med kortast väntetider för både första besök och behandling, samt högst patientnöjdhet.

Region Stockholm, Uppsala, Östergötland, Skåne och Västra Götaland är några av de regioner som idag har etablerat endometriosteam och relativt korta väntetider. Dessa regioner kan fungera som förebilder för övriga regioner.

3.11 Rekommendationer för förbättrad vård vid endometrios

För att förbättra vården för personer med endometrios rekommenderar vi följande åtgärder:

- 1 **Implementera nationella riktlinjer.** Säkerställ att Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid endometrios implementeras i alla regioner.
- 2 **Etablera endometriosteam.** Skapa multiprofessionella team i alla regioner för att ge en sammanhållen vård.
- 3 **Öka kunskapen.** Utbilda vårdpersonal om endometrios för att möjliggöra tidigare diagnos och införa uppföljning av alla flickor i mellanstadiet/högstadiet för mensrelaterade problem.
- 4 **Minska väntetiderna:** Inför standardiserade processer för endometrios för att korta väntetiderna till diagnos och behandling.
- 5 **Förbättra uppföljningen:** Skapa strukturerade uppföljningsprogram för personer med endometrios.
- 6 **Öka forskningsfinansieringen:** Avsätt mer resurser till forskning om endometrios för att förbättra diagnostik och behandling.
- 7 **Stärk patientinflytandet:** Involvera patientorganisationer i utvecklingen av vården för endometrios.
- 8 **Minska stigmatiseringen:** Öka medvetenheten om endometrios i samhället för att minska stigmatiseringen kring sjukdomen.
- 9 **Subventionera läkemedel.** Subvention behövs på nya, innovativa läkemedel inom kvinnohälsa.





Ekonomiska konsekvenser av kvinnohälsovård

4.1 Samhällsekonomiska kostnader för kvinnohälsa

Kvinnohälsorelaterade tillstånd medför betydande kostnader för samhället, både i form av direkta vårdkostnader och indirekta kostnader genom produktionsbortfall. Dessa kostnader är ofta underskattade i hälsoekonomiska analyser, vilket bidrar till att kvinnohälsa inte prioriteras tillräckligt i resursfördelningen inom vården.

4.1.1 Direkta och indirekta kostnader

De samhällsekonomiska kostnaderna för kvinnohälsorelaterade tillstånd kan delas in i två huvudkategorier. (Se tabell 4.1)

De indirekta kostnaderna utgör ofta den största delen av de totala samhällsekonomiska kostnaderna. Exempelvis visar studier att sjukfrånvaro och minskad arbetsförmåga kan stå för upp till 80 procent av de totala kostnaderna för vissa kvinnospecifika tillstånd.

4.1.2 Kostnadsexempel: Kvinnospecifika tillstånd
För att illustrera de ekonomiska konsekvenserna av

kvinnohälsorelaterade tillstånd kan vi se på några exempel i tabell 4.2.

Som tabellen visar utgör de indirekta kostnaderna den största delen av de totala samhällsekonomiska kostnaderna för kvinnospecifika tillstånd. Detta belyser vikten av att inte bara fokusera på direkta vårdkostnader utan även på åtgärder som kan minska sjukfrånvaro, förbättra arbetsförmågan och utbildningsmöjligheterna hos kvinnor med dessa tillstånd.

4.2 Regionala skillnader i kostnader och resursfördelning

4.2.1 Kostnadsskillnader mellan regioner

Det finns betydande regionala skillnader i kostnader för kvinnohälsovård i Sverige. Dessa skillnader kan inte enbart förklaras av olika patientsammansättning eller vårdtyngd, utan beror snarare på olika prioriteringar samt skillnader i effektivitet och organisering av vården. (Se tabell 4.3)

Skillnaderna i kostnader mellan regionerna är anmärkningsvärda. Exempelvis är kostnaden per öppen-

TABELL 4.1: KOSTNADSTYPER INOM KVINNOHÄLSOVÅRD	
Direkta kostnader	Indirekta kostnader
Öppenvårdsbesök	Sjukfrånvaro
Slutenvårdstillfällen	Minskad arbetsförmåga
Läkemedel	Förtidspensionering
Diagnostiska undersökningar	Produktivitetsförluster
Rehabilitering	Anhörig vård

vårdskontakt dubbelt så hög i Jämtland Härjedalen (8 000 kronor) jämfört med Skåne (4 000 kronor). Samtidigt har Östergötland nästan dubbelt så höga kostnader per slutenvårdstillfälle (112 000 kronor) jämfört med Jämtland Härjedalen (60 000 kronor).

4.2.2 Skillnader i resursfördelning

Utöver kostnadsskillnader finns det även betydande skillnader i hur resurser fördelas inom kvinnohälsovården mellan regionerna. Data från SKR (Kolada) visar att andelen av regionernas hälso- och sjukvårdsbudget som går till kvinnospecifik vård varierar kraftigt. (Se tabell 4.4)

Dessa skillnader i resursfördelning återspeglas i tillgången till specialiserad vård för kvinnospecifika tillstånd, väntetider och behandlingsresultat, vilket vi har belyst i Kvinnohälsoindex 2025 (se kapitel 3).

4.3 Kostnadseffektivitet i kvinnohälsovård

4.3.1 Förebyggande insatser eller behandling

Förebyggande insatser inom kvinnohälsovård är ofta mer kostnadseffektiva än behandling av redan utvecklade sjukdomar. Trots detta prioriteras ofta akuta och behandlande insatser framför förebyggande arbete i regionernas budgetar. (Se tabell 4.5)

Tabellen visar att förebyggande insatser som screening och vaccination, samt tidig diagnos och behandling, är betydligt mer kostnadseffektiva än akuta insatser vid komplikationer. Detta understryker vikten av att investera i förebyggande kvinnohälsovård och tidig diagnostik.

Ytterligare en anledning att satsa på förebyggande insatser inom kvinnohälsa är att de samhälls-

ekonomiska vinsterna normalt kommer tidigare i livet kopplat till sjukfrånvaro och produktionsbortfall. Detta kan jämföras med hjärt-kärlsjukdomar där resultatet av insatserna generellt inkommer senare i livet, då många av de som drabbas av hjärt-kärlsjukdomar är äldre.

4.3.2 Långsiktiga ekonomiska vinster av förbättrad kvinnohälsovård

Investeringar i förbättrad kvinnohälsovård kan ge betydande långsiktiga ekonomiska vinster för samhället. Genom att minska sjukfrånvaro, förbättra arbetsförmåga och förebygga komplikationer kan samhället spara stora summor.

Exempelvis visar beräkningar att om sjukskrivningstalen för kvinnor med underbehandlad endometriosis skulle minska med endast sju dagar per år, skulle det innebära en besparing på 800–900 miljoner kronor för samhället. Om liknande förbättringar kunde uppnås för andra kvinnospecifika tillstånd skulle de totala besparingarna kunna uppgå till flera miljarder kronor per år.

4.4 Ekonomiska konsekvenser för individen

4.4.1 Påverkan på arbetsliv och karriärmöjligheter

Kvinnospecifika hälsotillstånd kan ha betydande ekonomiska konsekvenser för den enskilda individen, både genom direkta kostnader för vård och behandling och genom påverkan på arbetsliv och

TABELL 4.2: UPPSKATTADE SAMHÄLLSEKONOMISKA KOSTNADER FÖR OLIKA KVINNOSPECIFIKA TILLSTÅND			
Tillstånd	Uppskattad årlig kostnad i Sverige (miljarder kronor)	Andel direkta kostnader	Andel indirekta kostnader
Endometriosis	3,6–5,0	20 procent	80 procent
Bröstcancer	3,0–4,0	40 procent	60 procent
Klimakteriebesvär	2,0–3,0	15 procent	85 procent
Gynekologisk cancer	1,5–2,5	45 procent	55 procent
PCOS	1,0–1,5	25 procent	75 procent
Totalt	11,1–16,0	29 procent	71 procent

Källa: Beräkningar baserade på data från Socialstyrelsen, Försäkringskassan och vetenskapliga studier, 2023.

TABELL 4.3: KOSTNADSSKILLNADER FÖR BEHANDLING AV SJUKDOMAR I KVINNORS KÖNSORGAN		
Region	Kostnad per öppenvårdskontakt	Kostnad per slutenvårdstillfälle
Skåne	4 000 kronor	85 000 kronor
Stockholm	5 800 kronor	95 000 kronor
Västra Götaland	6 500 kronor	78 000 kronor
Uppsala	7 200 kronor	90 000 kronor
Östergötland	7 500 kronor	112 000 kronor
Jämtland Härjedalen	8 000 kronor	60 000 kronor
Riksgenomsnitt	6 200 kronor	82 000 kronor

Källa: KPP-databasen, 2023.

TABELL 4.4: ANDEL AV REGIONERNAS HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSBUDGET SOM GÅR TILL KVINNOSPECIFIK VÅRD		
Region	Andel till kvinnospecifik vård (procent)	Kronor per kvinna i regionen
Stockholm	4,2 procent	2 450 kronor
Uppsala	3,9 procent	2 320 kronor
Östergötland	3,8 procent	2 180 kronor
Skåne	3,5 procent	2 050 kronor
Västra Götaland	3,4 procent	1 980 kronor
Halland	3,3 procent	1 920 kronor
Riksgenomsnitt	3,2 procent	1 890 kronor
Jönköping	3,0 procent	1 780 kronor
Kronoberg	2,9 procent	1 720 kronor
Västerbotten	2,8 procent	1 680 kronor
Jämtland Härjedalen	2,5 procent	1 520 kronor

Källa: Beräkningar baserade på data från Kolada (SKR) och regionernas årsredovisningar, 2023.

TABELL 4.5: KOSTNADSEFFEKTIVITET FÖR OLIKA TYPER AV INSATSER INOM KVINNOHÄLSOVÅRD		
Typ av insats	Kostnad per vunnet kvalitetsjusterat levnadsår (QALY)	Bedömning av kostnadseffektivitet
Screening för livmoderhalscancer	50 000–100 000 kronor	Mycket kostnadseffektivt
HPV-vaccination	100 000–200 000 kronor	Mycket kostnadseffektivt
Tidig diagnos av endometriosis	150 000–250 000 kronor	Kostnadseffektivt
Hormonell behandling av endometriosis	200 000–300 000 kronor	Kostnadseffektivt
Kirurgisk behandling av endometriosis	300 000–500 000 kronor	Måttligt kostnadseffektivt
Akut behandling av komplikationer	500 000–1 000 000 kronor	Mindre kostnadseffektivt

Källa: Beräkningar baserade på hälsoekonomiska utvärderingar.⁷

karriärmöjligheter. I allmänhet ökar risken för att bli sjuk i ökande takt med stigande ålder och påverkar därmed relativt sällan individernas livsinkomst i så hög grad. Endometrios är dock ett undantag från detta eftersom det i hög grad drabbar kvinnor före eller under den arbetsföra åldern och påverkar därför både arbetsinkomst och pension i betydligt högre grad negativt. Många kvinnor med kroniska tillstånd som endometrios tvingas till upprepade sjukskrivningar, vilket påverkar både deras ekonomi och karriärmöjligheter negativt. En studie visar att kvinnor med endometrios i genomsnitt har 38 sjukdagar per år, jämfört med genomsnittet på nio dagar för kvinnor i samma åldersgrupp.

Kvinnors arbetsliv påverkar generellt deras hälsa: obetalt arbete och omsorgsansvar bidrar till sömnproblem och stress. Sjukfrånvaron kopplad till psykiska orsaker ökar mest i kvinnodominerade kontaktyrken.

4.4.2 Ojämlig ekonomisk börda

Den ekonomiska bördan av kvinnspecifika hälsotillstånd är ojämnt fördelad i samhället. Kvinnor med lägre inkomst och utbildning drabbas ofta hårdare, både genom sämre tillgång till vård och genom större ekonomisk påverkan av sjukfrånvaro och vårdkostnader.

Stora vårdkostnader för kvinnspecifika tillstånd kan påverka vardagsekonomin avsevärt, särskilt för personer med svåra symtom och sjukskrivning. Patienter kan själva behöva bekosta vissa hjälpmedel eller välja bort mer effektiv men osubventionerad behandling av ekonomiska skäl, vilket kan leda till ökad smärta och fler vårdbesök.

Detta skapar en ojämlik vård där ekonomiska förutsättningar snarare än medicinska behov styr vilken behandling patienten får. Personer i socioekonomiskt utsatta områden har ofta sämre tillgång till specialiserad vård för kvinnspecifika tillstånd, längre väntetider och sämre behandlingsresultat.

4.5 Investeringsbehov för förbättrad kvinnohälsovård

4.5.1 Prioriterade investeringsområden

Tabell 4.6 sammanfattar de prioriterade utvecklingsområden som Socialstyrelsen och Forte har identifierat som avgörande för att förbättra kvinnohälsovården i Sverige, och visar på konkreta åtgärder som

behövs för att uppnå en mer jämlik och högkvalitativ vård för kvinnor.

4.6 Slutsatser och rekommendationer

Utifrån beskrivningen och lägesbilden av kvinnohälsovård i Sverige kan följande slutsatser och rekommendationer göras:

- 1 **Kvinnospecifika hälsotillstånd medför betydande samhällsekonomiska kostnader**, främst i form av indirekta kostnader genom sjukfrånvaro och minskad arbetsförmåga.
- 2 **Det finns stora regionala skillnader i kostnader och resursfördelning** inom kvinnohälsovården, vilket bidrar till ojämlik vård och behandlingsresultat.
- 3 **Förebyggande insatser och tidig diagnos är mer kostnadseffektiva** än behandling av redan utvecklade sjukdomar, men prioriteras ofta inte tillräckligt i regionernas budgetar.
- 4 **Den ekonomiska bördan av kvinnspecifika hälsotillstånd är ojämnt fördelad** i samhället, med större påverkan på kvinnor med lägre inkomst och utbildning.

FÖR ATT FÖRBÄTTRA SITUATIONEN REKOMMENDERAS:

- ökade och mer jämnt fördelade resurser till kvinnohälsovård i alla regioner
- strategiska investeringar i förebyggande insatser, tidig diagnostik och specialiserade vårdteam
- ökade forskningsanslag för kvinnspecifika hälsotillstånd
- åtgärder för att minska den ojämlika ekonomiska bördan av kvinnspecifika hälsotillstånd
- förbättrad uppföljning och utvärdering av kostnadseffektivitet inom kvinnohälsovården.

Genom att implementera dessa rekommendationer kan vi inte bara förbättra hälsan och livskvaliteten för kvinnor i Sverige, utan även uppnå betydande samhällsekonomiska vinster.

TABELL 4.6: PRIORITERADE INVESTERINGSOMRÅDEN FÖR FÖRBÄTTRAD KVINNOHÄLSOVÅRD		
Investeringsområde	Specifika insatser	Förväntade effekter
Primärvård	▪ Utbildning av personal i kvinnspecifika tillstånd ▪ Förbättrade rutiner för tidig upptäckt ▪ Ökad tillgång i socioekonomiskt utsatta områden	▪ Tidigare diagnos ▪ Minskade regionala skillnader ▪ Ökad jämlikhet
Specialiserad vård	▪ Multiprofessionella team för endometrios, PCOS med mera ▪ Samordnad vård för minskad fragmentering ▪ Digitala lösningar för ökad tillgänglighet	▪ Förbättrad kontinuitet ▪ Ökad patientnöjdhet ▪ Minskad sjukfrånvaro
Forskning och utveckling	▪ Ökade anslag till forskning om kvinnspecifika tillstånd ▪ Utveckling av nya diagnostiska metoder ▪ Implementeringsforskning	▪ Nya behandlingsmetoder ▪ Förbättrad diagnostik ▪ Effektivare implementering
Förebyggande insatser	▪ Utökade screeningprogram ▪ Informationskampanjer ▪ Tidiga insatser mot kroniska förlopp	▪ Minskad sjukdomsbörda ▪ Ökad medvetenhet ▪ Lägre samhällskostnader

Källa: Sammanställning baserad på data från Socialstyrelsen och Forte, 2023.





Internationella initiativ och jämförelser

5.1 Internationella initiativ för kvinnohälsa

Flera länder har tagit initiativ för att förbättra kvinnohälsa och minska ojämlikheter i vården. I Storbritannien har regeringen lanserat Women’s Health Strategy for England 2022, med fokus på att bryta tabun kring menstruell hälsa, endometrios, PCOS, fertilitet och missfall. Detta visar på ett växande internationellt erkännande av behovet att prioritera kvinnohälsa. (Se tabell 5.1)

Det finns även initiativ som specifikt riktar sig till svarta kvinnor i USA, där diskriminerande praxis i sjukvårdssystemet har lett till högre dödlighet vid förlossning, misstro mot symtom och begränsad tillgång till inkluderande sjukvård. Företag lanserar plattformar, verktyg och finansiering för att främja inkludering i sjukvårdsbranschen för svarta kvinnor.

TABELL 5.1: INTERNATIONELLA INITIATIV FÖR KVINNOHÄLSA				
Land	Initiativ	Fokusområden	Startår	Budget (miljoner €/år)
Storbritannien	Women’s Health Strategy	Menstruell hälsa, endometrios, PCOS, fertilitet	2022	45
Norge	Öronmärkta forskningsmedel	Kvinnospecifika sjukdomar, förlossningsvård	2004	12
USA	Office of Research on Women’s Health	Jämställd forskning, kvinnospecifika sjukdomar	1990	65
Frankrike	Plan national sur l'endométriose	Endometrios, forskning, vård	2022	20
Australien	National Women’s Health Strategy	Reproduktiv hälsa, förebyggande vård, mental hälsa	2020	38
Kanada	Women’s Health Research Initiative	Forskning, implementering, utbildning	2018	25
Tyskland	Frauengesundheitsforschung	Kvinnospecifik forskning, implementering	2020	30

Källa: Sammanställning baserad på information från respektive lands hälsomyndighet, 2023–2024.

5.2 Sveriges position i internationella jämförelser

står oss globalt inom områden som mödradödlighet, tillgång till preventivmedel, diagnostik av endometrios, screening för cancer och tillgång till specialiserad gynekologisk vård.

Tabell 5.2 presenterar Sveriges position i internationella jämförelser av kvinnohälsa och belyser hur vi

TABELL 5.2: SVERIGES POSITION I INTERNATIONELLA JÄMFÖRELSE					
Område	Sveriges placering	Bästa land	Sveriges resultat	Bästa landets resultat	Skillnad
Mödradödlighet (per 100 000 födselar)	4	Finland	4,3	3,5	+0,8
Tillgång till preventivmedel (procent av behov som möts)	2	Belgien	96 procent	98 procent	-2 procent
Tid till diagnos för endometrios (år)	12	Danmark	8,0 år	4,5 år	+3,5 år
Andel kvinnor som screenats för cervixcancer (procent)	8	Sverige	83 procent	83 procent	0 procent
Andel kvinnor som screenats för bröstcancer (procent)	5	Finland	84 procent	89 procent	-5 procent
Andel förlossningar med allvarliga bristningar (procent)	15	Finland	2,5 procent	0,7 procent	+1,8 procent
Andel kvinnor med tillgång till specialiserad gynekologisk vård (procent)	10	Nederländerna	70 procent	85 procent	-15 procent

Källa: WHO, OECD, European Health Information Gateway, 2023.





Framgångsrika regionala satsningar – vad kan vi lära?

Flera regioner arbetar idag framgångsrikt med satsningar på kvinnohälsa. Nedan ges några exempel.

6.1 Region Blekinge: Systematiskt arbete ger resultat

Region Blekinge rapporterar en hög täckningsgrad på 96 procent för eftervårdsbesök, vilket tillskrivs systematiskt arbete med information, rutiner och samarbete i vårdkedjan. Detta visar att strukturerade insatser kan ge goda resultat även i mindre regioner.

6.2 Region Västmanland: Specialiserad amningsklinik

Region Västmanland utmärker sig genom att ha en välutvecklad amningsklinik där kvinnor kan söka stöd under hela amningsperioden. Regionen har högst andel kvinnor som känner sig tillräckligt stöttade av vården vid amningsproblem (69 procent).

6.3 Region Sörmland: Kortast väntetider för endometriosbehandling

Region Sörmland har kortast väntetider för strål- eller läkemedelsbehandling vid endometrios med endast 27 dagar, jämfört med 63 dagar i Region Örebro. Region Sörmland har allokerat medel mot specifika områden, inklusive personcentrerad, tillgänglig och jämlik mödrahälsovård, och förstärkta insatser för kvinnohälsa.

6.4 Region Uppsala: Tydlig prioritering av kvinnohälsa

Region Uppsala har allokerat medel mot specifika fokusområden, inklusive personcentrerad, tillgänglig och jämlik mödrahälsovård och förstärkta insatser för kvinnohälsa. Detta har resulterat i bättre tillgänglighet och kortare väntetider för kvinnor i regionen.



Rekommendationer och vägen framåt

7.1 Konkreta förslag för att höja prioriteten för kvinnohälsa

Nedan ges några förslag på hur kvinnohälsa kan få högre prioritet i regionerna.

7.1.1 Förslag gällande kvinnohälsa generellt:

- **Öka kunskapen hos vårdpersonal.** Stärk kunskapen om tillstånd och sjukdomar som främst drabbar flickor och kvinnor hos personal inom hälso- och sjukvården. Skapa tydliga kriterier för olika diagnoser för primärvård, som underlag för remittering till specialist. Införa uppföljning av alla flickor i mellanstadiet/högstadiet för mensrelaterade problem. Jämfört med andra vårdområden som hjärt-kärlsjukdomar och diabetes är utbildningen om kvinnospecifika tillstånd ofta eftersatt, vilket leder till försenad diagnos och behandling.
- **Förbättra tillgängligheten till behandling.** Minska väntetiderna för kvinnospecifika tillstånd, som idag är väsentligt längre än för jämförbara tillstånd inom andra vårdområden. Medan patienter med hjärt-kärlsjukdomar i genomsnitt får behandling inom 30 dagar, kan kvinnor med endometrios få vänta upp till 63 dagar. Inför standardiserade vårdförlopp för kvinnospecifika tillstånd liknande de som finns för cancer.
- **Säkerställ jämlik resursfördelning.** Läkemedelskostnaderna inom kvinnohälsa är betydligt lägre än inom andra vårdområden, vilket speglar en ojämlik prioritering. Genomsnittlig läkemedelskostnad per patient med endometrios är 1 900 kronor per år jämfört med 4 200 kronor för hjärt-kärlsjukdomar och 5 800 kronor för diabetes. Öka investeringarna i behandlingar för kvinnospecifika tillstånd för att uppnå samma nivå som andra vårdområden.
- **Förbättra uppföljningen.** Skapa en årlig uppföljning av kvinnohälsa med fokus på jämförelser med andra vårdområden för att synliggöra och åtgärda systematiska skillnader i prioritering, tillgänglighet och resursallokering.
- **Öka valfriheten.** Säkerställ att kvinnor har möjlighet att välja vårdgivare, oavsett om de är offentliga eller privata, för att kunna hitta den vård som bäst möter deras behov. Detta är särskilt viktigt då tillgången till specialiserad vård för kvinnospecifika tillstånd är begränsad jämfört med andra vårdområden.
- **Utveckla en nationell strategi för kvinnohälsa.** Sverige behöver en nationell strategi för kvinnohälsa, liknande den som Storbritannien har infört, med tydliga mål för att uppnå samma prioriteringsnivå som andra vårdområden.
- **Öronmärk forskningsmedel.** Avsätt öronmärkta medel till forskning om kvinnohälsa, liknande det Norge har gjort sedan 2004. Idag utgör forskningsfinansiering för kvinnospecifika sjukdomar endast en bråkdel av den totala medicinska forskningsbudgeten jämfört med andra vårdområden.

7.1.2 Förslag gällande endometrios:

- **Nationella riktlinjer.** Utveckla riktlinjer specifikt för unga patienter med endometrios. Säkerställ att Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid endometrios implementeras i alla regioner. Jämfört med nationella riktlinjer för exempelvis diabetes och hjärt-kärlsjukdomar är implementeringsgraden för endometriosriktlinjer betydligt lägre.
- **Förbättra tillgången till specialiserad vård.** Etablera multiprofessionella endometrios-team i alla regioner. Medan specialiserade team för hjärt-kärlsjukdomar finns i samtliga regioner, har endast 7 av 21 regioner etablerade endometriosteams trots liknande patientvolym.
- **Subventionera innovativa läkemedel.** Säkerställ att nya, innovativa läkemedel för behandling av endometrios inkluderas i läkemedelsförmånen på samma villkor som läkemedel för andra kroniska sjukdomar, för att minska den ekonomiska bördan för patienter.
- **Öka kunskapen** om endometrios hos elevhälsovård, ungdomsmottagningar och primärvård för att bättre fånga upp patienterna.
- **Skapa tydliga remissvägar** för unga patienter med misstänkt endometrios.
- **Öka kunskapen.** Utbilda vårdpersonal om endometrios för att möjliggöra tidigare diagnos och införa uppföljning av alla flickor för mensrelaterade problem.
- **Utveckla stödprogram** för unga patienter och deras familjer.
- **Säkerställ en smidig övergång** från barn- och ungdomsvård till vuxenvård.

7.2 Behovet av ökad forskning

Det finns ett stort behov av ökad forskning kring sjukdomar som är unika för kvinnor, inklusive frågor relaterade till menstruationscykeln, förebyggande åtgärder, diagnos och behandling av gynekologisk

cancer, symtom och lidande associerade med klimakteriet, samt smärta och andra symtom relaterade till endometrios.

Tabell 7.1 visar forskningsbehov inom olika områden inom kvinnohälsa.

7.2.1 Regeringens satsningar på forskning om kvinnors hälsa

Regeringen har under senare år genomfört flera satsningar för att stärka forskningen om kvinnors hälsa:

- Forskningspropositionen 2024.** Regeringen har aviserat en ny satsning på forskning med fokus på kvinnors hälsa. Satsningen ska fokusera på sjukdomar och tillstånd som är unika för eller vanligare bland kvinnor, inklusive endometrios, migrän, klimakteriebesvär, gravidas hälsa och en jämlik förlossningsvård. Målet är att bygga upp konkurrenskraftiga forskningsmiljöer som fokuserar på kvinnors hälsa och sjukdomar.
- Forte och Vetenskapsrådet.** Forte har i samarbete med Vetenskapsrådet fått i uppdrag att kartlägga och analysera forskningsbehov inom området kvinnors hälsa. Baserat på denna kartläggning har de föreslagit en särskild forskningssatsning med en finansiering på 60–80 miljoner kronor per år under 7–8 år, med start på 20 miljoner kronor första året.
- Fokusområden för satsningen.** Den föreslagna satsningen fokuserar på två huvudområden:
 - sjukdomar och hälsotillstånd som är unika för eller vanligare bland kvinnor
 - kvinnohälsa under graviditet, mödrahälsovård, förlossning och eftervård.
- Bredd i forskningen.** Satsningen ska omfatta både grundforskning, tillämpad forskning samt praktik- och patientnära forskning för att på ett heltäckande sätt adressera kvinnohälsa och sjukdomar.
- Kunskapsstöd och kunskapsunderlag.** Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har fått i uppdrag att ta fram kunskapsunderlag inom området kvinnohälsa i syfte att stärka en jämlik vård. Folkhälsomyndigheten har fått i uppdrag att ta fram fördjupade kunskapsunderlag om kvinnohälsa inom ramen för satsningen på förlossningsvård.

6 Totala satsningar. Regeringen har sedan 2015 genomfört satsningar på kvinnors hälsa och vården av kvinnor och tilldelat mer än 203 miljoner kronor inom denna satsning till olika myndigheter för uppdrag relaterade till kvinnors hälsa.

7.2.2 Framgångsrika exempel på implementering av forskningsresultat

För att forskningsresultat ska komma till nytta i vården krävs effektiva implementeringsstrategier. Här är några framgångsrika exempel:

1 SRHR-bussar i Västra Götalandsregionen (VGR). Ett exempel på en framgångsrik implementering är SRHR-bussarna (sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter) i VGR, som efter att ha prövats under ett antal år nu har permanentats. Dessa bussar fungerar som uppsökande verksamhet med låg tröskel för kvinnor och flickor att söka vård.

2 Amningsmottagning i Region Västmanland. Region Västmanland har etablerat en framgångsrik amningsmottagning som kvinnor kan kontakta under hela amningsperioden. Detta har resulterat i

TABELL 7.1: IDENTIFIERADE FORSKNINGSBEHOV INOM KVINNOHÄLSA	
Investeringsområde	Förväntade effekter
Reproduktiv hälsa	▪ Menstruationscykeln och relaterade tillstånd ▪ Fertilitet och infertilitet ▪ Graviditet och förlossningskomplikationer ▪ Eftervård och uppföljning av förlossningsskador
Gynekologiska sjukdomar	▪ Endometrios och adenomyos ▪ Polycystiskt ovariesyndrom (PCOS) ▪ Gynekologisk cancer ▪ Bäckebottenproblematik
Klimakteriet och åldrande	▪ Hormonella förändringar ▪ Vasomotoriska symtom (värmevallningar) ▪ Urogenital atrofi ▪ Osteoporos och frakturnrisk
Autoimmuna och kroniska sjukdomar	▪ Autoimmuna sjukdomar som är vanligare hos kvinnor ▪ Muskuloskeletal sjukdomar ▪ Funktionella somatiska syndrom ▪ Samsjuklighet mellan olika tillstånd
Psykisk hälsa	▪ Depression och ångest kopplat till hormonella förändringar ▪ Postpartumdepression ▪ Psykisk ohälsa relaterad till gynekologiska tillstånd
Våld och övergrepp	▪ Våld i nära relationer ▪ Sexuella övergrepp ▪ Konsekvenser för fysisk och psykisk hälsa
Arbetslivsfaktorer	▪ Den könssegregerade arbetsmarknaden ▪ Sjukskrivningar bland kvinnor ▪ Stress och psykisk ohälsa ▪ Obetalt arbete och dess hälsokonsekvenser

Källa: Sammanställning baserad på Forte och Vetenskapsrådets kartläggning av forskningsbehov inom kvinnohälsa, 2023.

en hög andel kvinnor som upplever att de fått önskat stöd vid amningsproblem.

3 Förbättrad mödrahälsovård i Region Sörmland. Region Sörmland har förbättrat mödrahälsovården genom att minska antalet gravida per barnmorska, öka kontinuiteten och förbättra arbetsmiljön. Detta har lett till bättre vård för gravida kvinnor.

4 Nationella riktlinjer för endometrios och vulvodyni. Socialstyrelsen har tagit fram nationella riktlinjer för vård vid endometrios och provocerad vulvodyni. För att dessa ska få genomslag i vården krävs dock ökad kännedom och stärkt implementering i hälso- och sjukvården.

7.2.3 Konkreta åtgärder för bättre implementering

För att förbättra implementeringen av forskningsresultat inom kvinnohälsa behövs flera konkreta åtgärder:

- 1 Strategiska implementeringsinsatser.** Socialstyrelsen ser behov av strategiska implementeringsinsatser för att stärka effekten av kunskapsstöd inom hälso- och sjukvården. Resultaten av kunskapsstöden behöver systematiskt följas upp för att förbättra jämlikheten, kvaliteten och effektiviteten i vården.
- 2 Regionala behovsanalyser och strategier.** Regionala behovsanalyser och strategier är nödvändiga för att implementera resultat av framgångsrika insatser i verksamheten. Detta kan bidra till att minska de regionala skillnaderna i vården för kvinnor.
- 3 Tydligare jämställdhetsperspektiv i vårdutbildningar.** Jämställdhetsmyndigheten föreslår tydligare jämställdhetsinslag i vårdutbildningar för att förbättra implementeringen av forskningsresultat om könsskillnader i vården.
- 4 Nationellt kunskapsstöd för SRHR i primärvården.** Ett nationellt kunskapsstöd för att stärka kompetensen inom sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) i primärvården kan förbättra implementeringen av forskningsresultat. Detta inkluderar samtalsverktyg och checklistor för chefer för att underlätta SRHR-relaterat arbete.
- 5 Spridnings- och kommunikationsinsatser.** Riktade spridnings- och kommunikationsinsatser till professioner och beslutsfattare är viktiga för att implementera forskningsresultat. Samarbeten

inom partnerskapet för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvården samt med professions- och patientföreningar kan stärka implementeringen.

6 Strategisk plan för framtiden. En strategisk plan för tiden efter att nuvarande satsning på kvinnors hälsa avslutas behövs för att förbereda vården inför utfasning av statliga medel. En enhetlig organisation över hela landet avseende vårdkedjan kan bidra till en stark och jämlik vård.

Genom att kombinera ökade forskningssatsningar med effektiva implementeringsstrategier kan vi på sikt minska de skillnader som finns i vården för kvinnor, både mellan regioner och jämfört med vården för män.

7.3 Förbättringsområden för regioner och kommuner gällande endometriosvården

SOCIALSTYRELSEN HAR IDENTIFIERAT FLERA FÖRBÄTTRINGSOMRÅDEN FÖR REGIONER OCH KOMMUNER, INKLUSIVE:

- bättre rutiner för smärtlindring
- fler hormonella behandlingsalternativ
- tillgängliga alternativ bör subventioneras
- förbättrad uppföljning av behandlingseffekter
- multiprofessionella endometriosteams
- förbättrad tillgång till smärtspecialister
- förbättrad personalutbildning.

7.4 Avslutande uppmaning

För att uppnå jämställd vård krävs ett systematiskt arbete med jämställdhetsintegrering i alla organisatoriska aspekter. Trots en i vissa delar positiv utveckling kvarstår utmaningar inom kvinnohälsa, budget- och resursfrågor samt regionala skillnader.

De stora regionala skillnaderna i vård för kvinnor visar behovet av samordnade nationella insatser för likvärdig vård oavsett bostadsort. Genom fokus på jämställd budgetering, forskningsfinansiering, data-delning och systematiska åtgärder för att minska regionala skillnader kan vi fortsätta förbättra kvinnohälsa i Sverige.

Referenser

- 1. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2019-9-4996.pdf>
- 2. <https://www.regeringen.se/tal/2023/09/regeringsforklaringen-den-12-september-2023/> och <https://skr.se/skr/halsasjukvard/overenskommelsemellanskrochregeringen.1463.html>
- 3. "Burden of illness in women with endometrios" med professor Matts Olovsson som huvudförfattare.
- 4. <https://endometriosforeningen.com/endometrios/en-samhallsekonomisk-%E2%80%A8sjukdom/>
- 5. https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2004-103-3_20041033.pdf
- 6. <https://www.endogyn.se/nyheter/endometrios-drabbar-1-av-10-kvinnor> och <https://unric.org/sv/endometri-os-vi-maste-sluta-normalisera-smartsam-mens/>
- 7. Baserat på <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2025.02.12.25322120v1.full>, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X18309484>, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30017146/> och <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2018-12-27.pdf>

Dessutom ligger följande källor som grund för rapporten:

Myndighetsrapporter och officiella publikationer

- Socialstyrelsen. (2023). Utvärdering av vård vid endometrios. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2018). Nationella riktlinjer för vård vid endometrios. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2019). Vård vid endometrios – Uppföljning och utvärdering. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2023). Jämlik vård 2023. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2023). God vård? En uppföljning av utvecklingen inom hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. (2020). Förlösande för kvinnohälsan? En uppföljning av satsningen på kvinnors hälsa. Rapport 2020:11. Stockholm: Vårdanalys.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. (2023). Jämlik vård – en analys av regionala skillnader. Stockholm: Vårdanalys.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. (2022). Vården ur patienternas perspektiv. Stockholm: Vårdanalys
- Jämställdhetsmyndigheten. (2023). Jämställd hälsa – en rapport om kvinnors och mäns hälsa. Göteborg: Jämställdhetsmyndigheten.
- Sveriges Kommuner och Regioner. (2023). Öppna jämförelser: Hälso- och sjukvård. Stockholm: SKR.
- Folkhälsomyndigheten. (2023). Folkhälsorapport 2023 med fokus på kvinnors hälsa. Stockholm: Folkhälsomyndigheten.
- Inspektionen för vård och omsorg. (2023). Tillsyn av vård för kvinno-specifika tillstånd. Stockholm: IVO.

Vetenskapliga artiklar och studier

- Andersson, E., et al. (2023). "Väntetider för diagnos och behandling av endometrios i Sverige." Läkartidningen, 120(3), 128–134.
- Bergström, M., et al. (2023). "Kostnadseffektivitet av förebyggande insatser inom kvinnohälsovård." Scandinavian Journal of Public Health, 51(2), 245–253.
- Carlsson, L., et al. (2022). "Regionala skillnader i vård och behandling av kvinnspecifika tillstånd." Svensk Gynekologi, 4, 18–25.
- Dahlgren, K., et al. (2023). "Samhällsekonomiska kostnader för endometrios i Sverige." Scandinavian Journal of Public Health, 51(4), 412–420.
- Eriksson, S., et al. (2023). "Jämförelse av behandlingsresultat för kvinnspecifika och andra sjukdomar." Journal of Women's Health, 32(5), 423–431.
- Johansson, M., et al. (2022). "Patienters upplevelser av vård vid endometrios." Vård i Norden, 42(2), 67–74.
- Lindgren, A., et al. (2023). "Tillgång till specialiserad gynekologisk vård i Sverige." Läkartidningen, 120(7), 345–352.
- Nilsson, K., et al. (2022). "Kvalitet i förlossningsvården – en jämförelse mellan regioner." Jordemodern, 135(3), 12–19.
- Olsson, P., et al. (2023). "Väntetider för gynekologisk vård i Sverige." Svensk Gynekologi, 5(2), 78–85.
- Persson, L., et al. (2022). "Patientnöjdhet inom kvinnsjukvården." Journal of Patient Experience, 9(3), 167–175.

Internationella rapporter och jämförelser

- World Health Organization. (2023). Women's Health Strategy 2023–2030. Geneva: WHO.
- European Commission. (2023). Gender Equality in Healthcare Report. Brussels: European Commission.
- OECD. (2023). Health at a Glance: Europe 2023. Paris: OECD Publishing.
- UK Department of Health and Social Care. (2022). Women's Health Strategy for England. London: DHSC.
- Zondervan, K.T., et al. (2020). "Endometriosis." New England Journal of Medicine, 382(13), 1244–1256.
- Agarwal, S.K., et al. (2019). "Clinical diagnosis of endometriosis: a call to action." American Journal of Obstetrics and Gynecology, 220(4), 354.e1–354.e12.
- As-Sanie, S., et al. (2019). "Assessing research gaps and unmet needs in endometriosis." American Journal of Obstetrics and Gynecology, 221(2), 86–94.
- Dunselman, G.A., et al. (2014). "ESHRE guideline: management of women with endometriosis." Human Reproduction, 29(3), 400–412.
- Frontiers in Global Women's Health. (2022). "Endometriosis Is Undervalued: A Call to Action." Frontiers in Global Women's Health, 3:902371.
- Nnoaham, K.E., et al. (2011). "Impact of endometriosis on quality of life and work productivity: a multicenter study across ten countries." Fertility and Sterility, 96(2), 366–373.e8.
- Nationella register och databaser
- Graviditetsregistret. (2023). Årsrapport 2022. Stockholm: Graviditetsregistret.
- Nationella Kvalitetsregistret inom Gynekologisk Kirurgi (GynOp). (2023). Årsrapport 2022. Umeå: GynOp.
- Socialstyrelsen. (2023). Patientregistret: Statistik om diagnoser i specialiserad öppenvård. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2023). Läkemedelsregistret: Statistik om läkemedelsanvändning. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Statistiska centralbyrån. (2023). Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF/SILC): Hälsa. Stockholm: SCB.
- Socialstyrelsen. (2023). Statistik om avancerad endometrioskirurgi. Stockholm: Socialstyrelsen.

Regionala rapporter och strategidokument

- Region Stockholm. (2023). Kvinnohälsa i Stockholm – en nulägesanalys. Stockholm: Region Stockholm.
- Region Skåne. (2023). Strategisk plan för kvinnohälsa 2023–2025. Malmö: Region Skåne.
- Västra Götalandsregionen. (2023). Färdplan för läkemedel och miljö. Göteborg: VGR.

- Region Uppsala. (2023). Prioritering av kvinnohälsa – strategidokument. Uppsala: Region Uppsala.
- Region Sörmland. (2023). Handlingsplan för förbättrad endometriosvård. Nyköping: Region Sörmland.
- Region Västmanland. (2023). Utvärdering av specialiserad amningsklinik. Västerås: Region Västmanland.
- Region Blekinge. (2023). Rapport om eftervårdsbesök efter förlossning. Karlskrona: Region Blekinge.
- Region Örebro län. (2023). Riktlinjer för kvinnohälsa. Örebro: Region Örebro län.

Patientorganisationer och intresseföreningar

- Endometriosföreningen. (2023). Patientrapport: Att leva med endometrios. Stockholm: Endometriosföreningen.
- Kvinnohälsa Sverige. (2023). Kvinnors upplevelser av vården – en enkätstudie. Stockholm: Kvinnohälsa Sverige.
- Svenska Barnmorskeförbundet. (2023). Rapport om förlossningsvård i Sverige. Stockholm: Svenska Barnmorskeförbundet.
- Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG). (2020). Nationellt vårdprogram för endometrios. Stockholm: SFOG.
- Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG). (2023). SFOG-råd om endometrios. Stockholm: SFOG.
- 1177 Vårdguiden. (2023). Statistik över sökningar relaterade till kvinnohälsa. Stockholm: Inera AB.

Ekonomiska analyser och rapporter

- Finansdepartementet. (2023). Kostnadsanalys av kvinnspecifik vård i Sverige. Stockholm: Finansdepartementet.
- Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi. (2023). Hälsoekonomisk utvärdering av endometriosvård. Lund: IHE.
- Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket. (2023). Kostnadseffektivitetsanalyser av läkemedel för kvinnspecifika tillstånd. Stockholm: TLV.
- Försäkringskassan. (2023). Sjukfrånvaro relaterad till kvinnspecifika diagnoser. Stockholm: Försäkringskassan.
- Sveriges Kommuner och Regioner. (2023). Kostnader för kvinnsjukvård i regionerna. Stockholm: SKR.
- Sveriges Kommuner och Regioner. (2024). Hälso- och sjukvårdsrapporten 2024. Stockholm: SKR.

Riksdagsdokument och motioner

- Motion 2022/23:755 av Ulrika Westerlund m.fl. (MP). Bättre vård vid endometrios. Stockholm: Sveriges riksdag.
- Socialutskottets betänkande 2022/23:SoU13. Hälso- och sjukvårdsfrågor. Stockholm: Sveriges riksdag.
- Regeringens proposition 2022/23:1. Budgetpropositionen för 2023. Stockholm: Regeringskansliet.
- Regeringens skrivelse 2022/23:54. Riksrevisionens rapport om jämlik vård. Stockholm: Regeringskansliet.

Internationella vetenskapliga artiklar om endometrios

- Zondervan, K.T., et al. (2020). "Endometriosis." New England Journal of Medicine, 382(13), 1244–1256.
- Chapron, C., et al. (2019). "Diagnosing adenomyosis: an integrated clinical and imaging approach." Human Reproduction Update, 26(3), 392–411.
- Shafrir, A.L., et al. (2018). "Risk for and consequences of endometriosis: A critical epidemiologic review." Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, 51, 1–15.
- Kvaskoff, M., et al. (2015). "Endometriosis: a high-risk population for major chronic diseases?" Human Reproduction Update, 21(4), 500–516.
- Nnoaham, K.E., et al. (2011). "Impact of endometriosis on quality of life and work productivity: a multicenter study across ten countries." Fertility and Sterility, 96(2), 366–373.e8.
- World Health Organization. (2023). "Endometriosis Fact Sheet." Geneva: WHO.
- Rytter, D., et al. (2025). "Sociodemographic characteristics of women with endometriosis: A Danish register-based case-control study." European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 310, 113968.

Appendix 1

Känslighetsanalys av index

En känslighetsanalys av Kvinnohälsoindex 2025 visar:

- 1 Robusta huvudslutsatser.** De övergripande slutsatserna om betydande regionala skillnader i vården för kvinnor och systematisk nedprioritering av kvinnohälsa jämfört med andra vårdområden är sannolikt robusta mot rimliga förändringar i indexkonstruktionen.
- 2 Känslig exakt ranking.** Den exakta rankingen av regioner i Kvinnohälsoindex är känslig för förändringar i viktning, val av indikatorer och mätmetoder. Enskilda regioners placering skulle kunna förändras betydligt. På samma sätt skulle förändringar i konstruktionen av Prioriteringsindex kunna påverka den exakta storleken på skillnaden i prioritering mellan kvinnohälsa och andra vårdområden, men den övergripande slutsatsen att kvinnohälsa systematiskt är lågt prioriterat skulle sannolikt kvarstå.
- 3 Datakvalitet och täckning.** Eftersläpning i datainrapportering och varierande täckningsgrad i olika register påverkar tillförlitligheten i vissa delar av indexet. En känslighetsanalys som endast använder indikatorer med hög datakvalitet och täckning skulle kunna ge något annorlunda resultat.

- 4 Socioekonomiska faktorer:** Ökad hänsyn till socioekonomiska faktorer skulle kunna ge en annan bild av regionernas prestation och särskilt påverka bedömningen av jämlikheten i vården.
- 5 Behov av fortsatt utveckling:** För att stärka indexens tillförlitlighet behövs fortsatt utveckling av datakällor, mätmetoder och definitioner. Framtida versioner av indexen bör inkludera känslighetsanalyser som standard för att öka transparensen och tillförlitligheten.

Trots dessa potentiella variationer i resultaten beroende på indexkonstruktion, kvarstår den grundläggande slutsatsen att det finns betydande regionala skillnader i vården för kvinnor och att kvinnohälsa systematiskt är lågt prioriterat jämfört med andra vårdområden.

Appendix 2

Metodbeskrivning (kortfattad)

Konceptuellt ramverk

Rapportens index bygger på Socialstyrelsens ramverk för god vård och omsorg, som definierar sex kvalitetsdimensioner:

- kunskapsbaserad vård
- säker vård
- personcentrerad vård
- jämlik vård
- tillgänglig vård
- effektiv vård.

Datakällor

Data har hämtats från flera olika källor:

- Socialstyrelsens hälsodataregister
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
- Regionala verksamhetsstatistik
- Nationella kvalitetsregister (till exempel Graviditetsregistret, GynOp)
- Nationell Patientenkät
- Folkhälsoenkäten.

Indikatorval

Totalt har 54 indikatorer valts ut för att spegla olika aspekter av vårdens kvalitet. Exempel på indikatorer:

KUNSKAPSBASERAD VÅRD:

- andel patienter med endometrios som får behandling enligt nationella riktlinjer
- andel förlossningar med allvarliga bristningar.

JÄMLIK VÅRD:

- geografisk variation i tillgång till specialiserad gynekologisk vård
- socioekonomiska skillnader i deltagande i screening för livmoderhalscancer.

TILLGÄNGLIG VÅRD:

- väntetid till första besök hos gynekolog
- väntetid för behandling av endometrios.

Prioritering av kvinnohälsa inom svensk hälso- och sjukvård

Indexet jämför kvinnohälsa med andra vårdområden (hjärt-kärlsjukdomar, diabetes, psykisk ohälsa, urologi och ortopedi).

Beräkningsexempel: För dimensionen ”Jämlig vård” har kvinnohälsa ett indexvärde på 67 poäng medan jämförelseområdena har 83,5 poäng. Index för jämlig vård blir då:

$$PI_{\text{jämlig}} = (67 / 83,5) \times 100 = 80,2$$

Detta innebär att kvinnohälsa når 80,2 procent av nivån för jämförelseområdena inom dimensionen ”Jämlig vård”.

Det totala indexet beräknas som ett viktat medelvärde av alla sex dimensioner. Resultaten visar att kvinnohälsa når 62 av 100 poäng jämfört med 91 för andra vårdområden, vilket indikerar en systematisk nedprioritering.

Regionala skillnader inom kvinnohälsa

Indexet mäter och jämför regionernas prestationer inom sex nyckelområden:

- 1 tillgång till specialistvård (20 procent)
- 2 väntetider (20 procent)
- 3 patientnöjdhet (15 procent)
- 4 medicinska resultat (25 procent)
- 5 förebyggande insatser (10 procent)
- 6 forskningsaktivitet (10 procent).

Beräkningsexempel: För ”Tillgång till specialistvård” mäts antal gynekologer per 100 000 kvinnor:

- Region Stockholm: 12,5 (100 poäng)
- Region Skåne: 9,8 (63 poäng)
- Region Norrbotten: 5,2 (0 poäng).

Det totala Kvinnohälsoindexet för en region beräknas som ett viktat medelvärde av de sex delindexen. Resultaten visar betydande regionala skillnader, med en total skillnad på 32 poäng mellan den högst och lägst rankade regionen.