



REGERINGSKANSLIET

Idépromemoria

S 2008/3709/HS

Socialdepartementet

2009-06-15

*Arbetsgruppen för förebyggande  
av oönskade graviditeter (S 2007:D)*

## Bättre förutsättningar för det förebyggande arbetet

- idépromemoria från Socialdepartementets arbetsgrupp  
för förebyggande av oönskade graviditeter



## **Till statsrådet Göran Hägglund**

Den 14 juni 2007 beslutade regeringen att inom Socialdepartementet tillsätta en arbetsgrupp med uppgift att överväga hur arbetet med att förebygga oönskade graviditeter kan utvecklas bland vuxna, unga vuxna och ungdomar. Regeringen beslutade den 13 mars 2008 att förlänga uppdraget till den 31 mars 2009. Den 24 februari 2009 beslutades om ytterligare förlängning till den 15 juni 2009.

Som ordförande i arbetsgruppen förordnades den 10 april 2008 med. dr. Anders Milton. Ledamöter från Socialdepartementet som ingått i arbetsgruppen är kanslirådet Agneta Björklund, kanslirådet Ullalena Häggman, departementssekreteraren Eva Franzén, kanslirådet Johanna Lithman Sola, departementssekreteraren Bo G Pettersson, departementssekreteraren Martin Talvik samt departementssekreteraren Siv Tillander. Den 16 juni 2008 anställdes pol. mag. Jenny Andersson Rivas som sekreterare i arbetsgruppen.

Arbetsgruppen för förebyggande av oönskade graviditeter (S2007:D) överlämnar härmed sin idépromemoria.

Stockholm i juni 2009

Anders Milton



## Innehåll

<b>Förkortningar .....</b>	<b>9</b>
<b>Sammanfattning av förslagen .....</b>	<b>11</b>
<b>1 Inledning .....</b>	<b>17</b>
1.1 Arbetsgruppens arbete och förslag .....	17
1.2 Avgränsning .....	18
1.3 Utmaningar för det förebyggande arbetet .....	18
1.4 Tidigare förslag om att förebygga oönskade graviditeter .....	19
1.5 Utvecklingen av antalet aborter .....	20
1.6 Jämförelser med övriga Norden.....	21
<b>2 Skolans förebyggande arbete .....</b>	<b>25</b>
2.1 Skolans sex- och samlevnadsundervisning .....	25
2.1.1 Skollagen, läroplaner och kursplaner.....	27
2.1.2 Uppföljningar av sex- och samlevnadsundervisningen .....	28
2.1.3 Ungdomars och unga vuxnas uppfattning om sex- och samlevnadsundervisningen.....	29
2.1.4 Nyanlända elevers tillgång till sex- och samlevnadsundervisning.....	30
2.1.5 Elever som hindras delta i sex- och samlevnadsundervisningen.....	31
2.1.6 Livskunskap.....	31
2.1.7 Skolans samarbete med ungdomsmottagningarna .....	32
2.2 Lärarnas kompetens.....	32
2.2.1 Lärarutbildningen .....	33
2.2.2 Lärarnas fortbildning.....	34
2.3 Elevvård och skolhälsovård .....	35
2.3.1 Elevvårdens roll.....	35
2.3.2 Hur regleras skolhälsovården?.....	36
2.3.3 Skolhälsovårdens arbete .....	36
2.3.4 Fortbildning.....	37
2.3.5 Skolhälsovård i friskolor .....	37
2.3.6 Skolhälsovård i Finland .....	37
2.4 Undervisning i sexuell och reproduktiv hälsa på sfi .....	38
2.4.1 Hur regleras sfi?.....	39

2.4.2	Undervisning i sexuell och reproduktiv hälsa på sfi.....	39
2.4.3	Höga aborttal bland invandrade kvinnor i Sverige.....	40
2.4.4	Höga aborttal bland invandrade kvinnor i andra länder .....	40
<b>3</b>	<b>Preventivmetoder – tillgänglighet, användning och attityder .....</b>	<b>43</b>
3.1	Kondomer.....	43
3.1.1	Kondomanvändningen i Sverige .....	44
3.1.2	”Double Dutch” – kondom och p-piller.....	45
3.1.3	Tillgänglighet .....	45
3.1.4	Attityder.....	45
3.1.5	Kondområdgivning.....	45
3.2	Hormonella preventivmedel.....	46
3.2.1	Regelverk och styrning.....	47
3.2.2	Läkemedelsverkets rekommendationer .....	47
3.2.3	Läkemedelsförmånen .....	47
3.2.4	Landstingens rekommendationer .....	48
3.2.5	Påverkar subventionerade preventivmedel användningen bland unga? .....	49
3.2.6	Fakta om hormonella preventivmedel.....	50
3.2.7	Användningen av hormonella preventivmedel .....	51
3.2.8	Oro för biverkningar .....	53
3.3	Kopparspiral, pessar och p-dator .....	53
3.3.1	Regelverk för medicintekniska produkter .....	53
3.3.2	Användning och tillgänglighet.....	54
3.4	Akut-p-piller .....	54
3.4.1	Receptfritt preventivmedel .....	55
3.4.2	Hur fungerar akut-p-piller? .....	55
3.4.3	Användningen av akut-p-piller .....	56
3.4.4	Kunskap och tillgänglighet .....	56
3.5	Sterilisering .....	57
3.5.1	Steriliseringslagen .....	58
3.5.2	Vad innebär en sterilisering? .....	58
3.5.3	Patientens och landstingens kostnad för sterilisering.....	59
3.5.4	Hur vanligt är sterilisering i Sverige? .....	59
3.5.5	Information om sterilisering inom hälso- och sjukvården ..	60
3.5.6	Manlig sterilisering .....	60
3.5.7	Sterilisering i andra länder .....	61
<b>4</b>	<b>Hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete .....</b>	<b>63</b>
4.1	Ungdomsmottagningar .....	63
4.1.1	Bakgrund .....	65
4.1.2	Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar (FSUM) ..	65

4.1.3	Kartläggning av ungdomsmottagningarna och vägledning för deras arbete .....	66
4.1.4	Organisation och uppdrag .....	66
4.1.5	Åldersgränser .....	66
4.1.6	Tillgänglighet .....	67
4.1.7	UMO – en virtuell ungdomsmottagning.....	67
4.1.8	Hur kan ungdomsmottagningen nå pojkar och unga män? ..	68
4.1.9	Professioner och kompetens på ungdomsmottagningarna..	69
4.2	Mottagningar för unga vuxna och vuxna.....	70
4.2.1	Studenthälsovård .....	70
4.2.2	Mödravårdscentraler/barnmorskemottagningar .....	71
4.2.3	Sex- och samlevnadsmottagningar (Sesammottagningar) ...	71
4.2.4	STI-mottagningar .....	72
4.2.5	Mansmottagningar.....	72
4.2.6	Information på internet.....	72
4.3	Preventivmedelsrådgivning och stödsamtal vid abortmottagningar .....	73
4.3.1	Regelverk för stödsamtal och preventivmedelsrådgivning i samband med abort.....	74
4.3.2	SFOGs rekommendationer .....	74
4.3.3	Bemötande i samband med abort .....	75
4.3.4	Preventivmedelsrådgivning i samband med abort .....	75
4.3.5	Partners roll .....	76
4.3.6	Särskild uppmärksamhet vid reaborter.....	76
4.3.7	Frågor om våld i samband med abort.....	76
4.3.8	Abortmottagningarnas tillgänglighet .....	77
4.4	Abortstatistik .....	77
4.4.1	Abortstatistiken i dag .....	78
4.4.2	Hälsodataregister.....	78
4.4.3	Vad får individbaserad abortstatistik för konsekvenser? .....	80
<b>5</b>	<b>De ideella organisationernas förebyggande arbete .....</b>	<b>83</b>
5.1	Statligt stöd till ideella organisationer inom området sexuell hälsa .....	83
5.2	Exempel på organisationer som i dag arbetar med att förebygga önskade graviditeter.....	84
<b>6</b>	<b>Nationell och regional samordning av förebyggande insatser .....</b>	<b>87</b>
6.1	Socialstyrelsens förebyggande arbete .....	87
6.1.1	Information på internet för hälso- och sjukvård.....	88
6.2	Statens folkhälsoinstitut (FHI) .....	88

6.3	Landstingens förebyggande arbete .....	88
6.3.1	Statsbidrag till förebyggande arbete i landsting och kommuner .....	89
6.4	Kommunernas förebyggande insatser .....	90
<b>7</b>	<b>Ekonomiska konsekvenser av förslagen .....</b>	<b>91</b>
<b>8</b>	<b>Referenser.....</b>	<b>97</b>
 <b>Bilagor</b>		
<b>Bilaga 1</b> .....		<b>105</b>
Regeringsbeslut om arbetsgruppens uppdrag samt bilaga till beslutet		
<b>Bilaga 2</b> .....		<b>109</b>
P-pillersubventioner 2009		



## Förkortningar

BRIS	Barnens Rätt I Samhället
EpC	Epidemiologiskt Centrum, Socialstyrelsen
FARG	Arbets- och referensgruppen för familjeplanering inom SFOG
FHI	Statens folkhälsoinstitut
FSUM	Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar
hbt	Homo-, bisexuella och transpersoner
IFAU	Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering
IVIK	Introduktionsutbildning för nyanlända elever inom ramen för gymnasieskolans individuella program
Lafa	Landstinget förebygger aids, Stockholms läns landsting
PRIVIK	Programinriktat individuellt program inom gymnasieskolan
RFSL	Riksförbundet för homosexuellas, bisexuellas och transpersoners rättigheter
RFSU	Riksförbundet för sexuell upplysning
Sesam- mottagning	Sex- och samlevnadsmottagning
SCB	Statistiska centralbyrån
sfi	Svenskundervisning för invandrare
SFOG	Sveriges förening för obstetrik och gynekologi
SKL	Sveriges Kommuner och Landsting
STI	Sexuellt överförda infektioner (sexually transmitted infections)
TLV	Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket
UMO	Ungdomsmottagningen på nätet (umo.se)
WHO	World Health Organization (Världshälsoorganisationen)



## Sammanfattning av förslagen

### *Skolan*

Skolverkets senaste granskning av sex- och samlevnadsundervisningen visar att variationerna i undervisningskvaliteten mellan och inom skolor är stora. Arbetsgruppen föreslår att mål för sex- och samlevnadsundervisningen förtydligas och skrivs in i fler kursplaner. Mål för undervisningen bör finnas i kursplanerna i hela grundskolan samt i vissa kärnämnen i gymnasieskolan. Det är också viktigt att sex- och samlevnadsundervisningen kontinuerligt utvecklas och anpassas efter den tid vi lever i och utifrån den forskning som görs på området. Skolverket föreslås därför få i uppdrag att ansvara för utvecklingen av sex- och samlevnadsundervisningen samt att kvalitetsgranska utbildningsmaterial för sex- och samlevnadsundervisningen. Arbetsgruppen föreslår också att Skolinspektionen gör en ny kvalitetsgranskning av undervisningen. Att rektor tar sitt ansvar för att föra en dialog med de föräldrar som är tveksamma till eller motsätter sig att deras barn deltar i skolans sex- och samlevnadsundervisning vill arbetsgruppen poängtera vikten av.

För att stärka lärarnas kompetens behöver fortbildning av lärare inom sex- och samlevnadsundervisning ske kontinuerligt och Högskoleverket uppmärksamma kunskapsområdet sex och samlevnad i sina utvärderingar av lärarutbildningen.

Skolhälsovårdens riktlinjer ger begränsad vägledning om hur skolhälsovården ska arbeta med att främja elevernas sexuella och reproduktiva hälsa. Arbetsgruppen anser att skolhälsovårdens roll behöver stärkas på området. Socialstyrelsen föreslås därför få i uppdrag att förtydliga riktlinjerna när det gäller området sexuell och reproduktiv hälsa. Personalen bör erbjudas fortbildning när det gäller olika preventivmedel. Skolhälsovården på högstadieskolor och gymnasieskolor bör kunna tillhandahålla kondomer och akut-p-piller. För ett framgångsrikt förebyggande arbete krävs att eleverna garanteras god tillgänglighet till skolhälsovården. Skolhälsovården bör därför finnas i skolans lokaler på samtliga skolor, inklusive friskolor.

När det gäller sfi anser arbetsgruppen att den bör inkludera undervisning om sexuell och reproduktiv hälsa. Relationer, jämställdhet, värderingar och olika synsätt på sexualitet bör beaktas. Lärarnas kompetens behöver stärkas och de bör erbjudas fortbildning för undervisning inom området.

Dessutom anser arbetsgruppen att Skolinspektionen bör följa upp denna typ av undervisning på sfi.

#### *Preventivmetoder*

Arbetsgruppen föreslår att alla hormonella preventivmedel subventioneras för kvinnor upp till 25 år med en egenavgift på maximalt 200 kronor per år. Om alla hormonella preventivmedel subventionerades skulle det innebära att även lite nyare preventivmedel såsom hormonstav och p-ring skulle kunna bli ett alternativ för unga kvinnor med begränsad eller ingen inkomst från eget arbete. Att preventivmedelsrådgivningen håller hög kvalitet är viktigt för att kvinnor/och eller deras partners ska hitta ett preventivmedel de är nöjda med. Därför bör hälso- och sjukvårdspersonal få återkommande fortbildning när det gäller samtalsmetodik och preventivmetoder.

Akut-p-piller finns gratis på ungdomsmottagningar för kvinnor upp till 20 år. På apotek kostar akut-p-piller i dag ca 160 kronor. Arbetsgruppen anser att det bör vara möjligt för unga kvinnor att få tag på akut-p-piller till en låg kostnad även om ungdomsmottagningen är stängd och föreslår därför att de subventioneras på apotek och att egenavgiften blir 60 kronor.

Tillgängligheten till och kostnaden för sterilisering varierar mellan landstingen. För att öka tillgängligheten till manliga och kvinnliga steriliseringsoperationer bör möjligheterna till en överenskommelse mellan staten och SKL undersökas. Arbetsgruppen anser att hälso- och sjukvårdspersonal bör informera om manlig och kvinnlig sterilisering i större utsträckning.

För att öka kondomanvändningen bör personal inom hälso- och sjukvård och skola få utbildning om kondomanvändning. Kondomer bör göras mer tillgängliga genom t.ex. kondomautomater på restauranger och barer. Positiva budskap om att använda kondom bör vara samordnade och förmedlas av skolan, hälso- och sjukvården och i kampanjer.

#### *Hälso- och sjukvård*

Arbetsgruppen föreslår att ungdomsmottagningarnas uppdrag regleras nationellt för att garantera alla ungdomars tillgång till ungdomsmottagningar med likvärdig service. Ungdomsmottagningar har funnits sedan 1970-talet men det finns ingen utvärdering av verksamhetens betydelse för ungdomars sexuella och reproduktiva hälsa. Därför föreslår arbetsgruppen att Socialstyrelsen får i uppdrag att utvärdera ungdomsmottagningarnas verksamhet.

Arbetsgruppen anser att det är viktigt att ungdomsmottagningarna är öppna även under sommaren och att tillgängligheten under året är ungdomsanpassad genom t.ex. drop-in-tider och kvällsöppen verksamhet. Mottagningarnas verksamhet riktad mot pojkar och unga män bör stärkas genom kompetensutveckling, mer manlig personal och genom att utveckla det utåtriktade arbetet. Personalens kompetens inom sexologi bör dessutom stärkas så att man blir bättre på att möta människor med olika behov och förutsättningar.

Arbetsgruppen föreslår att förutsättningarna för att utveckla en nationell rådgivningstjänst via sms för ungdomar och unga vuxna i UMOs regi undersöks.

Sesammottagningarna är tvärprofessionella mottagningar dit både kvinnor och män kan söka sig för preventivmedel, provtagning för sexuellt överförda infektioner eller andra frågor som rör den sexuella och reproduktiva hälsan. För att öka tillgängligheten till preventivmedelsrådgivning för unga vuxna och vuxna bör antalet sesammottagningar utökas till att finnas på fler orter än i dag, framför allt på högskoleorterna. Arbetsgruppen föreslår att även sesammottagningarnas verksamhet utvärderas.

Arbetsgruppen vill poängtera vikten av att preventivmedelsrådgivningen i samband med abort stärks, bl.a. genom kompetensutveckling av personalen om preventivmetoder och i samtalsmetodik. Partnern till den abortsökande kvinnan bör, om det anses lämpligt, bjudas in till preventivmedelsrådgivning samt erbjudas stödsamtal vid behov. Det är betydelsefullt att stödsamtalet blir ett neutralt tillfälle då osäkra kvinnor får utrymme att samtala både om möjligheten att fullfölja graviditeten och alternativet att avbryta densamma. Abortverksamheten bör samordnas inom eller mellan vissa landsting i de fall tillgängligheten är ett problem.

Arbetsgruppen föreslår att landstingen inkluderar kvinnans personidentitet i de uppgifter om abort som rapporteras till Socialstyrelsen. På så sätt jämföras abortverksamheten med övrig hälso- och sjukvård när det gäller kvalitetsuppföljning, patientsäkerhet m.m. Abortverksamheten kan i dag inte utvärderas nationellt på grund av att ett centralt register saknas. Det beror på att personidentiteten gallras ut i de uppgifter som landstingen lämnar till Socialstyrelsen avseende aborter. Av samma anledning saknas möjlighet att göra heltäckande uppföljningar av komplikationer vid abort, utvärderingar av abortmetoder samt uppföljningar av hälsan hos de kvinnor som genomgått en abort. Genom

att utveckla abortstatistiken till att omfatta även personidentitet skulle kunskap avseende allvarliga fosterskador och kromosomavvikelser också förbättras. Abortstatistik där personidentiteten inkluderas skulle dessutom innebära att det förebyggande arbetet avseende oönskade graviditeter skulle kunna förbättras eftersom socioekonomiska och kulturella skillnader skulle kunna uppmärksammas.

#### *Ideella organisationer*

De ideella organisationerna kompletterar det arbete kommuner och landsting utför när det gäller hälsofrämjande insatser och kan genom exempelvis interkulturell kompetens nå fram på ett mer effektivt sätt. Arbetsgruppen föreslår att de ideella organisationernas verksamhet när det gäller att förebygga oönskade graviditeter bör stärkas genom ett nytt statsbidrag. Arbetsgruppen föreslår att Socialstyrelsen får ansvar för att administrera stödet. Myndigheten administrerar redan ett ekonomiskt bidrag med fokus på hiv och andra sexuellt överförda infektioner och besitter därmed kunskap och erfarenhet både när det gäller förebyggande arbete med inriktning på sexuell hälsa och administrationen av att fördela medel till ideella organisationer.

#### *Nationell samordning*

Ingen myndighet på nationell nivå har i dag ansvaret för att samordna arbetet med att förebygga oönskade graviditeter. Arbetsgruppen anser att en sådan samordning är nödvändig för ett framgångsrikt förebyggande arbete och viktig för att kunna utvärdera insatserna.

Arbetsgruppen föreslår att Socialstyrelsen får i uppdrag att samordna, planera och följa upp det förebyggande arbetet avseende oönskade graviditeter. Eftersom Socialstyrelsen redan har ansvar för förebyggande arbete inom området sexuell hälsa kommer de ökade kostnaderna för myndigheten att bli måttliga genom att redan existerande struktur, kunskap och strategier kan utnyttjas i detta arbete.

#### *Ekonomiska konsekvenser*

Samtliga förslag som arbetsgruppen lägger fram i den här promemorian avser förbättra det förebyggande arbetet avseende oönskade graviditeter och kan därför antas innebära att antalet oönskade graviditeter och aborter skulle minska om de implementerades. Det är svårt att göra en uppskattning av hur mycket aborterna skulle minska och därför görs inte heller någon uppskattning av landstingens kostnadsminskningar för detta.

De föreslagna subventionerna av hormonella preventivmedel och akut-piller för kvinnor upp till 25 år uppskattas uppgå till ca 70 miljoner

kronor per år. Förslaget om att Socialstyrelsen bör få ett samordnande ansvar för arbetet med att förebygga oönskade graviditeter samt ett statsstöd till frivilligorganisationer uppskattas uppgå till ca 10 miljoner kronor per år. Om personidentitet skulle rapporteras in till Epidemiologiskt Centrum på Socialstyrelsen skulle det innebära en engångskostnad på ca 1,5 miljoner kronor samt en årskostnad på ca 300 000 kronor. För att utveckla en frågetjänst via sms uppskattar arbetsgruppen att personalkostnaden på UMO skulle öka med ca 800 000 per år. Dessutom skulle en årskostnad för sms-tjänsten tillkomma liksom utvecklandet av datasystemet. Kostnaden för detta har inte arbetsgruppen gjort någon uppskattning på.

Totalt blir kostnaden för förslagen på området drygt ca 80 miljoner kronor. Förslagen om ungdomsmottagningar och sesammottagningar kommer också att innebära kostnader men arbetsgruppen har inte gjort några beräkningar på dessa förslag.





## 1. Inledning

Samhället kan bidra till att ge kunskaper och goda förutsättningar för att kvinnor och män fritt och ansvarsfullt ska kunna planera sitt föräldraskap. Ett bra förebyggande arbete handlar bland annat om att ge unga människor kunskaper, attityder, värderingar och självkänsla så att de kan säga ja när de vill ha en sexuell relation och nej när de inte vill det. Skolan är en viktig arena i dessa sammanhang. Hälso- och sjukvård kan liksom skolan förmedla kunskap och påverka attityder när det gäller att skydda sig mot oönskade graviditeter och främja ett jämställt ansvarstagande för att skydda sig själv och sin partner mot en oönskad graviditet.

I dag saknas nationell samordning för det förebyggande arbetet avseende oönskade graviditeter. Sverige har högst antal aborter per 1000 kvinnor i Norden, vilket kan antas innebära att antalet oönskade graviditeter också är högst. Därför har regeringen tillsatt arbetsgruppen med uppdrag att överväga hur arbetet med att förebygga oönskade graviditeter ska kunna utvecklas bland ungdomar, unga vuxna och vuxna.

### 1.1 Arbetsgruppens arbete och förslag

För att få en så god bild som möjligt av problemen och möjliga lösningar har en stor del av arbetsgruppens arbete varit utåtriktat. Ordföranden och sekreteraren i arbetsgruppen har träffat representanter för skola och hälso- och sjukvård, forskare på området samt företrädare för organisationer, myndigheter, kommuner och landsting<sup>1</sup>. Dessutom har ordföranden och sekreteraren gjort studiebesök i skolor och på ungdomsmottagningar runt om i landet samt besökt ett antal länder för att ta del av deras erfarenheter av förebyggande arbete.

För att arbetet med att förebygga oönskade graviditeter ska bli verkningsfullt måste det ha en bred ansats. Således lägger arbetsgruppen förslag på en rad olika områden. De förslag som arbetsgruppen för fram handlar dels om praktiska lösningar och dels om åtgärder som påverkar attityder och beteenden när det gäller sexualitet och möjligheterna att skydda sig mot oönskade graviditeter. Andra förslag syftar till att stärka kompetensen och kunskapen inom hälso- och sjukvård och skola.

---

<sup>1</sup> I kapitel 8, Referenser, finns beskrivet vilka aktörer arbetsgruppen träffat.

Några av förslagen i denna promemoria är av översiktlig karaktär vilket innebär att fortsatta diskussioner med berörda aktörer är nödvändiga för att förslagen ska kunna konkretiseras. Bedömningar av ekonomiska konsekvenser är därmed svåra att göra i dessa fall. Eventuella författningsförslag behöver också bli föremål för en fortsatt process

## **1.2 Avgränsning**

Socialstyrelsen har ett samordnande uppdrag för prevention av hiv/aids och sexuellt överförda infektioner (STI) och arbetar med strategier för prevention av STI varför förslag som rör sexuellt överförda infektioner specifikt inte tas upp i denna promemoria. Många av de synpunkter och förslag som arbetsgruppen för fram har dock betydelse för det STI-preventiva arbetet. Det går inte att särskilja arbetet med att förebygga oönskade graviditeter från annat arbete som främjar sexuell och reproduktiv hälsa. Därför är sexuell och reproduktiv hälsa vanligt förekommande begrepp i den här promemorian. Kopplingen till det preventiva arbetet mot hiv/STI görs också i flera sammanhang.

## **1.3 Utmaningar för det förebyggande arbetet**

Eftersom det numera finns tillgång till effektiva preventivmedel har män och kvinnor i dag möjlighet att planera sitt familjeliv och föräldraskap. Anneli Kero, forskare vid Umeå universitet, menar att man något förenklat skulle kunna säga att dagens abortmotiv handlar om att kvinnor vill ha "rätt" antal barn vid "rätt" tidpunkt och med "rätt" partner. Det är också dessa förutsättningar som kvinnor och män generellt uppger måste vara uppfyllda för att de ska vilja skaffa barn. Ytterligare ett motiv som brukar uppges i samband med abort är att kvinnor vill etablera sig på arbetsmarknaden innan de blir föräldrar, något som ligger i linje med föräldraförsäkringens inkomstbaserade konstruktion (Kero, 2005). I en situation då effektiva preventivmedel möjliggör för kvinnor och män att planera sitt föräldraskap blir önskemålen också tydligare om att barnen ska komma vid rätt tillfälle.

Kvinnor och män väljer att bilda familj vid allt högre ålder. Medelåldern för förstföderskor har ökat från 24,1 år 1975 till 28,4 år 2008<sup>2</sup>. Det innebär att både kvinnor och män behöver skydda sig mot oönskade graviditeter under en längre period i livet än tidigare. Senareläggandet av familjebildningen är en utmaning för prevention av både sexuellt överförda infektioner och oönskade graviditeter.

---

<sup>2</sup> Uppgifter från EpC, Socialstyrelsen.

Andelen kvinnor och män som har tillfälliga sexuella kontakter har ökat. Detta visar en jämförande studie för tiden 1989–2007 från Socialstyrelsen. 1989 hade 16 procent av 16–17-åriga pojkar haft samlag ”första kvällen” medan andelen 2007 uppgick till 35 procent. Bland flickorna i samma åldersgrupp gick andelen upp från 12 till 37 procent. Antalet sexualpartners ökar också, åtminstone bland de yngre åldersgrupperna (Socialstyrelsen, 2007a). Detta innebär dock inte att unga människor generellt har ett större sexuellt risktagande än tidigare, utan att gruppen som tar sexuella risker har blivit större.

När det gäller ungdomar och sexualitet är den ökade tillgängligheten till pornografi via framför allt internet en av de tydliga större förändringarna som ägt rum under de senaste decennierna. Konsumtionen av pornografi på nätet har ökat kraftigt. Det finns dessutom nya trender inom pornografin på sajter som riktar sig till ungdomar i yngre tonåren (FHI, 2006). Den ökade exponeringen för pornografi m.m. gör att behovet av en motbild och utrymme för att diskutera och samtala om frågor rörande sexualitet, attityder och värderingar blir än viktigare.

#### **1.4 Tidigare förslag om att förebygga oönskade graviditeter**

År 1975 trädde den nuvarande abortlagen (1974:595) i kraft vilket innebar att fri abort infördes till och med vecka 18. Sedan dess har förslag hur det förebyggande arbetet avseende oönskade graviditeter ska förbättras lagts fram vid ett antal olika tillfällen.

År 1983 gjordes en utvärdering av abortlagstiftningen i betänkandet *Familjeplanering och abort – erfarenheter från ny lagstiftning* (SOU 1983:31). Förutom att utredningen gjorde en uppföljning av abortutvecklingen föreslogs också en rad olika insatser för att förstärka det förebyggande arbetet i kommuner och landsting när det gällde bl.a. preventivmedelsrådgivning, aborrådgivning och upplysningsarbete.

År 1990 tog Socialstyrelsen fram rapporten *Förslag till abortförebyggande program*. Rapporten innehöll förslag på insatser avseende information och rådgivning och man betonade kopplingen till det hiv/STI-preventiva arbetet. Strax efter att rapporten var klar lades ansvaret för folkhälsofrågorna, inklusive sexuell hälsa, över på det nybildade Folkhälsoinstitutet. Folkhälsoinstitutet följde inte upp det nämnda förslaget.

Socialstyrelsens rapport från 1996 *Hälsovård före, under och efter graviditet* är inriktad på reproduktiv hälsa, det vill säga graviditet och

förlossning, men berör även insatser för att förebygga oönskade graviditeter och STI.

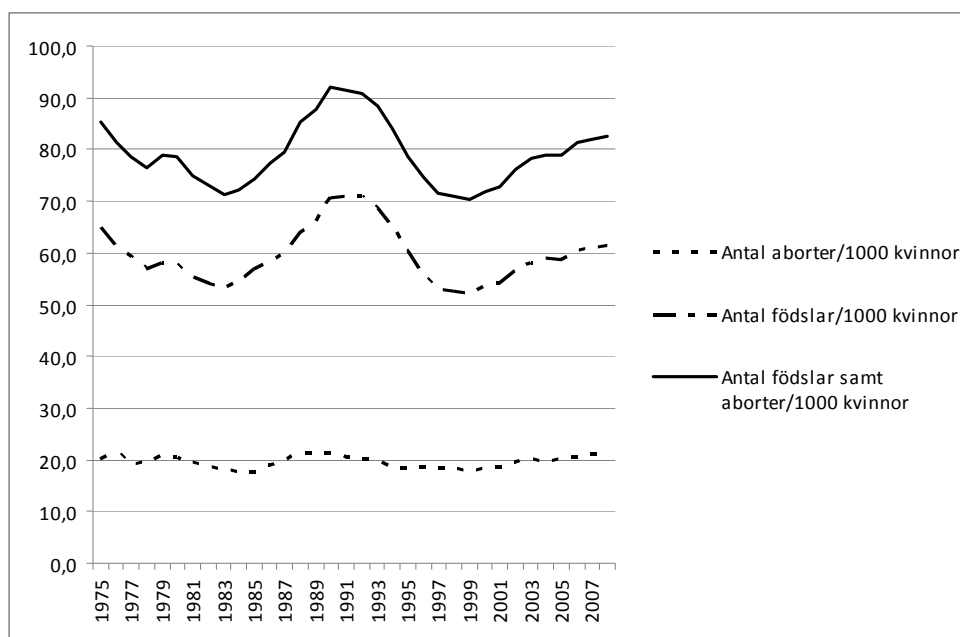
FHIs *Förslag till handlingsplan för prevention av oönskade graviditeter 2002–2007* behandlar i första hand primärpreventiva åtgärder och fokuserar på tre områden: kunskapshöjande och beteendepåverkande insatser, rådgivning och tillgång till preventivmedel samt forskning om sociala faktorerens betydelse och om metodutveckling. Förslaget antogs aldrig av regeringen som nationell handlingsplan.

Samtliga ovan nämnda utredningar och handlingsplaner föreslår insatser som är mycket lika varandra. De områden som berörs är exempelvis skolans sex- och samlevnadsundervisning, samtal/diskussioner inom sfi, tillgång till preventivmedel och rådgivning samt omhändertagande i samband med abort.

### 1.5 Utvecklingen av antalet aborter

Det är svårt att mäta antalet oönskade graviditeter. Däremot brukar andelen aborter kunna ge en indikation på hur väl oönskade graviditeter förebyggs eftersom aborter många gånger blir följderna av en oönskad graviditet. Som kan utläsas av diagram 1.1 har aborttalen sedan abortlagen infördes 1975 legat relativt konstant i Sverige. Födelsealen har däremot varierat.

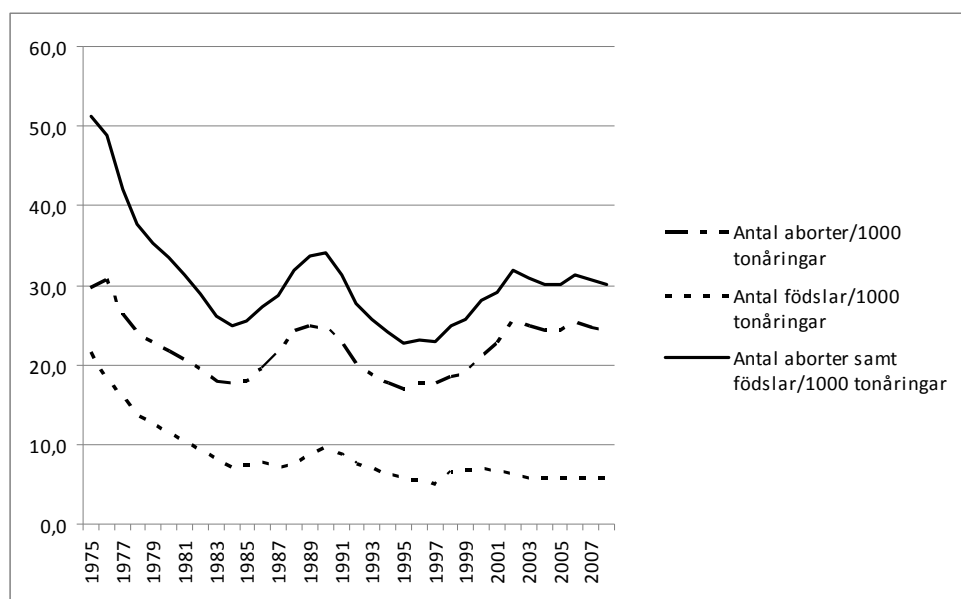
**Diagram 1.1** Antalet aborter, födselar och graviditeter per 1000 kvinnor i åldrarna 15–49 år (2008)



Källa: EpC, Socialstyrelsen

För tonåringar kan man konstatera att antalet fullgångna graviditeter har sjunkit sedan 1975 medan antalet aborter och graviditeter per 1000 tonåringar totalt sett i ungdomsgruppen varierat under samma period. Detta redovisas i diagram 1.2.

**Diagram 1.2** Antal aborter, födselar och graviditeter per 1000 kvinnor under 20 år (2008)



Källa: EpC, Socialstyrelsen

### 1.6 Jämförelser med övriga Norden

Om man jämför med de övriga nordiska länderna kan man konstatera att aborttalen är högst i Sverige både totalt sett (se tabell 1.1) och för tonårsgruppen.

**Tabell 1.1** Antal aborter per 1000 kvinnor 15-49 år

	Danmark	Finland	Island	Norge	Sverige
<b>Aborter</b>	12,2	9,3	11,8	13,0	17,2

Källa: Nordisk abortstatistik 2005, Statistikmeddelande 1/2007, Stakes, Finland

Som tabell 1.2 visar har Sverige högst aborttal i tonårsgruppen, däremot har Sverige tillsammans med Danmark lägst antal fullgångna graviditeter per 1000 tonåringar. Totalt sett ligger Sverige och Island högst med flest graviditeter per 1000 kvinnor i tonårsgruppen. I Sverige har tonårsaborterna mellan 1995 och 2006 ökat i stort sett varje år. I de övriga nordiska länderna har trenden brutits vid olika tillfällen. Finlands tonårsaborter började gå ner efter 2002, i Norge från 2001, i Island från 2001 och framåt och i Danmark mellan 1989 och 2002, därefter har aborttalen för tonåringar i Danmark gått upp igen (Stakes, 2007).

**Tabell 1.2** Aborter, födselar samt totala antalet graviditeter per 1000 kvinnor under 20 år samt andelen aborter per graviditet

	Danmark	Finland	Island	Norge	Sverige
<b>Aborter</b>	15,8	14,9	15,5	15,4	24,3
<b>Födselar</b>	5,6	10,3	15,1	8,0	5,8
<b>Graviditeter</b>	21,4	25,2	30,6	23,4	30,1
<b>Andelen aborter/graviditet</b>	74 %	59%	51%	66%	81%

*Källa:* Nordisk abortstatistik 2005, Statistikmeddelande 1/2007, Stakes, Finland

**Tabell 1.3** Antal aborter, födselar samt graviditeter per 1000 kvinnor i åldrarna 20–24 år samt andelen aborter per graviditet

	Danmark	Finland	Island	Norge	Sverige
<b>Aborter</b>	21,1	18,2	23,9	27,4	31,4
<b>Födselar</b>	43,7	57,6	81,5	58,6	46,6
<b>Graviditeter</b>	64,8	75,8	105,4	86	78
<b>Andelen aborter/graviditet</b>	33%	24%	23%	32%	40%

*Källa:* Nordisk abortstatistik 2005, Statistikmeddelande 1/2007, Stakes, Finland

Även i åldersgruppen 20–24 år ligger Sverige och Danmark lägst när det gäller antalet födselar per 1000 kvinnor i åldersgruppen. Sverige har högst aborttal i åldersgruppen bland de nordiska länderna.

Förklaringarna till varför aborttalen är högre i Sverige än i de övriga nordiska länderna är förmodligen många. Kulturella skillnader och skillnader i hälso- och sjukvårdens struktur kan vara några av förklaringarna. Dessutom skiljer sig lagstiftningen åt. I Sverige kan kvinnan på egen begäran få en abort utförd till utgången av vecka 18, i Norge och Danmark till vecka 12. För senare aborter krävs tillstånd av

regional eller nationell myndighet i dessa länder. I Island och i Finland däremot måste kvinnan alltid ha tillstånd för att för att en abort ska kunna utföras enligt vissa kriterier som anges i lagstiftningen. Före utgången av graviditetsvecka 12 beviljas tillståndet av en eller två läkare och efter denna vecka av en nationell myndighet<sup>3</sup>.

En annan skillnad är att åtminstone Finland, Norge och Danmark har nationella handlingsplaner för att förebygga oönskade graviditeter, vilket Sverige inte har. Handlingsplanerna i Finland, Norge och Danmark inbegriper alla skolans roll för främjandet av sexuell hälsa, preventivmedelsrådgivning inom hälso- och sjukvården samt tillgången till preventivmedel.

---

<sup>3</sup> Uppgifterna om abortlagstiftningen i de nordiska länderna är hämtade från SOU 2005:90 *Abort i Sverige*.





## 2. Skolans förebyggande arbete

### 2.1 Skolans sex- och samlevnadsundervisning

#### Arbetsgruppen föreslår:

- att sex- samlevnadsundervisningen bör uttryckas tydligare och ges större utrymme i skolans kursplaner. Mål för undervisningen bör finnas i kursplanerna i hela grundskolan samt i vissa kärnämnen i gymnasieskolan.
- att en ny kvalitetsgranskning av sex- och samlevnadsundervisningen ska göras av Skolinspektionen och därefter med tätare intervaller än hittills,
- att Skolverket ges i uppdrag att ha ett kontinuerligt ansvar för utvecklingen av sex- och samlevnadsundervisning,
- att Skolverket får ansvar för att kvalitetsgranska och sammanställa metodmaterial för sex- och samlevnadsundervisningen. Metodmaterial riktat till utbildning för nyanlända invandrare bör också beaktas.

#### Arbetsgruppen anser:

- att samarbetet mellan skolor och ungdomsmottagningar bör utvecklas så att skolans undervisning och skolhälsovårdens hälsofrämjande arbete respektive ungdomsmottagningarnas verksamhet förstärker varandra och förbättrar elevernas förutsättningar för en god sexuell och reproduktiv hälsa.
- att det är viktigt att rektor tar ansvar för att skolan för en dialog med föräldrar som är tveksamma till eller motsätter sig att deras barn deltar i skolans sex- och samlevnadsundervisning.

#### Skälen till förslagen:

Skolan har ett hälsofrämjande ansvar och genom undervisning i sex och samlevnad kan skolan främja elevernas sexuella och reproduktiva hälsa. Socialstyrelsens sammanställning av internationella och svenska studier om förebyggande arbete när det gäller ungdom och sexualitet visar att skolan är den centrala arenan för det förebyggande arbetet. I skolan nås i stort sett alla ungdomar och förebyggande åtgärder i form av undervisning minskar ungdomars sexuella risktagande (Socialstyrelsen, 2007b).

Det har i uppföljningar av skolans sex- och samlevnadsundervisning de senaste tio åren riktats kritik mot bl.a. omfattning och kvalitet på undervisningen, rektors styrning samt lärarnas kompetens (bl.a. Skolverket, 2000; Lafa 2005). Ungdomar och unga vuxna är kritiska till

den undervisning de får ta del av (Ungdomsbarometern, Ekstrand, 2009).

Det är arbetsgruppens uppfattning att det behövs tydligare skrivningar i kursplanerna om sex och samlevnad både inom grundskolan och gymnasieskolan för att undervisningen ska kunna förbättras. Detta föreslås även i regeringens proposition Nationell strategi mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar (2005/06:60). En sådan förändring i kursplanerna skulle kunna ha positiv effekt på bl.a. läroböckernas utformning och lärarnas utbildning men framför allt skulle det tydliggöra för rektor och lärare hur sexualitet och samlevnad kan tas upp i varje enskilt skolämne. Det blir således ett sätt att säkra att varje elev i grundskola och gymnasium får bra sex- och samlevnadsundervisning i större utsträckning än i dag.

Arbetsgruppen anser att mål för sex- och samlevnadsundervisningen bör finnas för alla årskurser i grundskolan och gymnasieskolan anpassat efter ålder. Ungdomar debuterar sexuellt och mognar vid olika ålder, vilket bidrar till att undervisningen behöver vara återkommande. Barn exponeras via TV, internet och annan media för budskap relaterade till sexualitet och samlevnad i mycket tidiga åldrar. Skolan kan genom sin undervisning erbjuda en motbild till dessa intryck. Ett av målen med undervisningen bör enligt arbetsgruppens mening vara att stärka elevernas självkänsla och ge dem förutsättningar och kunskap för att kunna samtala om sexualitet och relationer. Att främja ett jämställt ansvar för prevention är ytterligare en viktig fråga där skolan har möjlighet att påverka elevernas attityder.

I dag har ingen myndighet på nationell nivå ansvar för att utveckla sex- och samlevnadsundervisningen. Ansvaret för att en utveckling sker inom sex- och samlevnadsundervisningen bör ligga på nationell nivå. Skolverket bör därför få ett övergripande ansvar för kvalitetsutveckling, fortbildning och sammanställning av metodmaterial för sex- och samlevnadsundervisningen.

Den senaste kvalitetsgranskningen av sex- och samlevnadsundervisningen gjordes av Skolverket för tio år sedan. Myndigheten för skolutveckling gjorde en uppföljningsstudie 2005, men eftersom denna och Skolverkets studie är genomförda på olika sätt och antalet skolor som undersöktes skiljer sig åt är de inte jämförbara. Arbetsgruppen föreslår därför att Skolinspektionen gör en ny kvalitetsgranskning av sex- och samlevnadsundervisningen för att få klarhet i om undervisningen har förbättrats något under de senaste tio åren. Arbetsgruppen anser att det är rimligt att Skolinspektionen fortsättningsvis kvalitetsgranskar denna

undervisning med jämna mellanrum och med tätare intervaller än vad som gjorts hittills.

Arbetsgruppen anser att skolan bör värna om elevens rätt till utbildning. Det är därför viktigt att rektor tar ansvar för att föra en dialog med föräldrar vilka ifrågasätter att deras barn deltar i sex- och samlevnadsundervisningen.

Ett bra samarbete med ungdomsmottagningarna kan förstärka skolans arbete med att främja elevernas hälsa. Skolverkets kvalitetsrapport som gjordes 1999 visade på brister i samarbetet mellan ungdomsmottagningarna och skolorna på grund av bristande för- och efterarbete. Arbetsgruppen vill poängtera vikten av att samarbetet utvecklas för att förbättra elevernas sexuella och reproduktiva hälsa.

#### 2.1.1 Skollagen, läroplaner och kursplaner

Sex- och samlevnadsundervisningen styrs av skolans läroplaner och kursplaner. Läroplanen beskriver skolans värdegrund och övergripande uppdrag samt vad som ska präglade undervisningen. Enligt läroplanen för det obligatoriska skolväsendet, förskoleklassen och fritidshemmet (Lpo94) har rektorn på en skola ett särskilt ansvar för att ämnesövergripande kunskapsområden integreras i undervisningen i olika ämnen. Sex och samlevnad är ett av dessa. När det gäller hälsofrågor anger läroplanen att varje elev efter genomgången grundskola ska ha grundläggande kunskaper om förutsättningarna för en god hälsa och förståelse för den egna livsstilens betydelse för hälsan och miljön.

I kursplanerna anges mål för undervisningen samt de mål varje elev ska ha uppnått vid skolårets slut. I grundskolan finns det uttalade mål för sex och samlevnad endast i kursplanen för biologi. Dessa mål är framför allt inriktade på faktakunskaper avseende de biologiska aspekterna på sexualitet och samlevnad. I den övergripande kursplanen för samhällsorienterande ämnen nämns sex och samlevnad och i kursplanen för religionskunskap nämns samlevnad. I kursplanerna finns dessutom mål för att främja jämställdhet samt att ge stöd för att eleverna bättre ska kunna utveckla självförtroende, empati och andra dimensioner av social kompetens. Dessa mål har också betydelse för sex- och samlevnadsundervisningen.

I läroplanen för de frivilliga skolformerna (Lpf 94) anges att rektor har särskilt ansvar för att eleverna i gymnasieskolan och gymnasiesärskolan får kunskaper om bl.a. sex och samlevnad. Hur de ämnesövergripande kunskapsområdena ska integreras i undervisningen nämns inte. Det finns

inte heller någon närmare beskrivning av hur undervisningen ska gå till eller hur många lektionstimmar den ska ta i anspråk. I läroplanen anges att skolan har ansvar för att främja elevernas utveckling till ansvarskännande människor och utveckla deras kommunikativa och sociala kompetens. Hälso- och livsstilsfrågor ska uppmärksammas och elevernas tro på sig själva ska stärkas.

På gymnasiet finns det i kärnämnenas mål som gör det möjligt att tolka in sex och samlevnad. I några av de nationella programmen (barn- och fritidsprogrammet, naturvetenskapsprogrammet och omvårdnadsprogrammet) ingår kurser som tar upp kunskapsområdet på ett tydligare sätt. I övrigt finns i stort sett inga mål beskrivna för sex- och samlevnadsundervisningen på gymnasiet. Vanligast är att gymnasieskolorna erbjuder sex- och samlevnadsundervisning som ett individuellt val (Skolverket, 2000).

För att förstärka de övergripande kunskapsområdena och stödja skolornas arbete har Skolverket gett ut ett stödmaterial för dem som undervisar i sex- och samlevnad<sup>4</sup> samt ett material riktat till rektorer för att inspirera och stödja skolans arbete med grundläggande värden och de ämnesövergripande kunskapsområdena<sup>5</sup>.

#### 2.1.2 Uppföljningar av sex- och samlevnadsundervisningen

##### *Skolverkets kvalitetsgranskning*

Skolverket gjorde 1999 en kvalitetsgranskning av bl.a. sex- och samlevnadsundervisningen i 80 skolor; i 51 grundskolor och 29 gymnasieskolor (*Nationella kvalitetsgranskningar 1999*). På grund av avsaknaden av nationella mål inom kunskapsområdet utformade inspektörerna själva kriterier som de utvärderade undervisningen utifrån. I kvalitetsgranskningen konstateras att elevernas möjligheter att skaffa sig fördjupade insikter om sexualitet och samlevnad varierade kraftigt mellan skolor och även inom skolor. Många högstadieskolor visade sig endast erbjuda faktabaserad undervisning i biologi och på gymnasiet var sex- och samlevnadsundervisningen på många skolor i stort sett obefintlig. Bristerna i undervisningen förklaras bl.a. med de otydliga nationella styrdokumenterna, rektors bristande styrning, avsaknad av lokala mål samt bristande kompetens hos lärarna.

Rektorns roll visade sig avgörande för om alla elever skulle få tillgång till en god sex- och samlevnadsundervisning. De grund- och gymnasieskolor där alla elever hade tillgång till god sex- och samlevnadsundervisning hade en skolledning som tog ett tydligt ansvar för denna undervisning.

---

<sup>4</sup> *Kärlek känns! förstår du*, Skolverket, 2000.

<sup>5</sup> *Min uppgift är att knyta ihop det*, Skolverket 2001.

Särskilt viktig var rektorns styrning för gymnasieskolans undervisning på området eftersom det på de flesta gymnasieprogram saknas skrivningar i kursplanerna.

I merparten av de skolor som granskades av Skolverket saknades nedskrivna arbetsplaner för skolan med mål för undervisningen i sex och samlevnad. Finns det inte några nedskrivna mål finns det inte heller något att utvärdera mot. Uppföljning, utvärdering och dokumentation av undervisningen var därför sällsynt.

#### *Uppföljning av Skolverkets kvalitetsgranskning*

Av de 80 skolor som kvalitetsgranskades av Skolverket 1999 följdes 20 upp i en artikel i skriften *Hela livet* (Myndigheten för skolutveckling, 2005). Uppföljningen visade att rektorerna på flera av de undersökta skolorna tog ett större ansvar för sex- och samlevnadsundervisningen jämfört med 1999 då kvalitetsgranskningen gjordes och att personalen i en del av grundskolorna förbättrat sex- och samlevnadsundervisningen genom en förändrad styrning, tydligare mål och ett ökat samarbete bland personalen. På andra skolor hade ingen förbättring skett vilket till stor del berodde på avsaknad av engagemang hos rektor och/eller på upprepade rektorsbyten.

#### *Kartläggning av sex- och samlevnadsundervisningen i Stockholms län*

Lafa<sup>6</sup> genomförde 2004 en kartläggning av sex- och samlevnadsundervisningen i sju högstadieskolor i Stockholms län. Kartläggningen visar liksom Skolverkets kvalitetsgranskning att både kvalitet och omfattning på sex- och samlevnadsundervisningen varierar avsevärt. Det framkommer att det inte på någon av skolorna fanns en uttalad och nedskrivna målsättning för skolornas sex- och samlevnadsundervisning.

#### 2.1.3 Ungdomars och unga vuxnas uppfattning om sex- och samlevnadsundervisningen

I en undersökning från 2008 om ungdomars och universitetsstudenters syn på skolans sex- och samlevnadsundervisning framkommer att ungdomarna och de unga vuxna i undersökningen generellt ansåg att sexuella och reproduktiva frågor borde tas upp i större utsträckning i skolan, att lärarna borde ha bättre kunskaper i ämnet och att det borde finnas mer utrymme för diskussioner i undervisningen. En av fem universitetsstuderande uppgav att de inte fått någon sex- och samlevnadsundervisning under gymnasiet. Flera uppgav att det faktum att lärarna inte kände sig bekväma i undervisningssituationen hindrade

---

<sup>6</sup> Landstinget förebygger aids, Stockholms läns landsting.

diskussioner i ämnet (Ekstrand m.fl., 2009). Den senaste Ungdomsbarometern från hösten 2008<sup>7</sup> visar, liksom föregående år, att ungdomarna (i åldrarna 15–24 år) är kritiska till hur sex- och samlevnadsundervisningen fungerar. Av ungdomarna i enkätstudien anser 45 procent att undervisningen varit ”ganska” eller ”mycket dålig” och endast tre procent anser att undervisningen varit ”mycket bra”.

#### 2.1.4 Nyanlända elevers tillgång till sex- och samlevnadsundervisning

När ett invandrat barn börjar skolan i Sverige får han eller hon i allmänhet börja i en förberedelseklass eller på gymnasieskolans introduktionsutbildning, IVIK. Dessa förberedande utbildningar omfattas av läroplanerna för grundskola respektive gymnasium. Det innebär att rektor har ansvar för att undervisning i sex och samlevnad även kommer dessa elever till del.

Förutom att utbildningen för nyanlända elever regleras av läroplanen finns rekommendationer i Skolverkets allmänna råd för utbildning av nyanlända elever från 2008. Enligt de allmänna råden ska utbildningen ge eleven grundläggande kunskaper i svenska språket och samtidigt ta vara på och utveckla ämneskunskaperna. Skolan ska organisera undervisningen utifrån varje nyanländ elevs behov och förutsättningar och återkommande ge eleven och elevens vårdnadshavare information om skolans värdegrund, mål och arbetssätt.

I de allmänna råden anges också att kommunen ska identifiera behov av och samordna kompetensutveckling för den personal som har hand om utbildningen. Skolan bör inventera personalens behov av kompetensutveckling och bedöma olika personalgruppers behov av särskild kompetensutveckling.

#### *Undersökning bland elever på PRIVIK*

På Angeredsgymnasiet i Göteborg gjordes 2007 en enkätundersökning med invandrade elever på PRIVIK (programriktat individuellt program) beträffande den sex- och samlevnadsundervisning de erbjudits i sina hemländer respektive i Sverige. Mindre än hälften av eleverna hade fått någon form av sex- och samlevnadsundervisning i sitt hemland. En majoritet av eleverna svarade att de inte fått någon sex- och samlevnadsundervisning sedan de kom till Sverige (Hedqvist, 2007). Det går inte att dra några slutsatser om hur det ser ut totalt sett, men det finns risk för att elever som invandrar till Sverige under sin skoltid inte alltid får tillgång till sex- och samlevnadsundervisning av samma omfattning som sina jämgamla svenska skolkamrater.

---

<sup>7</sup> Uppgifterna kommer från Socialstyrelsens webbplats.

### 2.1.5 Elever som hindras delta i sex- och samlevnadsundervisningen

Det förekommer att föräldrar inte vill att deras barn deltar i sex- och samlevnadsundervisningen. En studie från 2009 bland ungdomar i nionde klass i Stockholms stad (*Hedersrelaterat förtryck och våld i Stockholms stad*) visar att ca tio procent av ungdomarna i studien har restriktioner när det gäller skolinslag, t.ex. i sex- och samlevnadsundervisning eller idrott. Flickorna uppger att de inte tillåts delta på grund av att det strider mot familjens religion eller på grund av att det är svårt för att de bär slöja. En majoritet av de ungdomar som inte tillåts delta i skolämnen eller andra inslag i skolan svarar att deras lärare accepterar föräldrarnas förbud. Flickorna anger i högre grad än pojkarna att deras frånvaro accepteras. I studien framkommer att lärare betraktar religiösa och kulturella skäl som legitima skäl i högre grad än andra skäl (Stockholms stad, 2009).

I en studie om sex- och samlevnadsundervisning i mångkulturella skolor uttrycker eleverna själva att de inte vill slippa undervisningen utan vill att skolan ska tala med föräldrarna (Löf, 1999).

### 2.1.6 Livskunskap

På grund av svårigheten att integrera sex och samlevnad i de olika kurserna på framför allt gymnasiet har undervisningen riskerat att falla mellan stolarna i de fall rektor inte tagit sitt ansvar att styra ämnesintegreringen. För att undvika detta och för att skapa utrymme för hälso- och värdegrundsfrågor förekommer kursen livskunskap på gymnasieskolor runt om i landet.

Kursen har vuxit fram utifrån lokala initiativ och några direktiv från nationella myndigheter finns därför inte. Det gör att kurserna i livskunskap varierar till innehåll och kvalitet. I vissa kurser ingår sex och samlevnad som ett inslag medan det i andra fall mer handlar om social kompetens (Nilsson, 2007).

Kurser i livskunskap har blivit kritiserade av Skolverkets inspektion i Malmö och Göteborg på grund av att man anser att innehållet i livskunskap enligt läroplanen inte ska regleras av en kursplan utan ska integreras i alla ämnen (Nilsson, 2007). På vissa skolor har därför kurser i livskunskap lagts ner. På andra håll i landet finns fortfarande livskunskap, ofta som en valbar kurs.

### 2.1.7 Skolans samarbete med ungdomsmottagningarna

De flesta skolor har ett samarbete med ungdomsmottagningen på orten. Det vanligaste är att eleverna besöker ungdomsmottagningen i grundskolan, ofta i åttonde klass. I gymnasiet är det många gånger ungdomsmottagningen som kommer till skolan och informerar om sin verksamhet. Skolverket poängterar i sin kvalitetsrapport vikten av att lärare och personal från ungdomsmottagningen diskuterar målsättningen med samverkan för att inte besöken ska hänga i luften (Skolverket, 2000). I den kommande vägledning för ungdomsmottagningar och liknande verksamheter som Socialstyrelsen fått i uppdrag att ta fram kommer samarbetet mellan skola och ungdomsmottagningar att tas upp (se avsnitt 6.1, Socialstyrelsens förebyggande arbete).

## 2.2 Lärarnas kompetens

### Arbetsgruppen anser:

- att fortbildning av skolpersonal inom sex- och samlevnadsundervisning bör prioriteras. Denna fortbildning bör även komma lärare som undervisar nyanlända elever till del.
- att Högskoleverket bör uppmärksamma kunskapsområdet sex och samlevnad i sina utvärderingar av lärarutbildningen.

### Skälen till förslagen:

I examensordningen för lärarutbildningen anges att utbildningen ska utgå från de mål som gäller för skolan. Om sex och samlevnad uttrycks på ett tydligare sätt i kursplanerna för grundskolan och gymnasieskolan enligt förslagen i föregående avsnitt kommer det innebära att målen för undervisningen i sex och samlevnad på landets lärarutbildningar också kommer att behöva tydliggöras inom ämnesområdet.

Sex- och samlevnadsundervisning kräver, både på grund av ämnets personliga karaktär men också på grund av de nya samhällsliga förutsättningarna, kompetenta och väl förberedda lärare. En mycket liten andel av dagens lärarkår har dock förberetts för sex- och samlevnadsundervisning under lärarutbildningen. Att Skolverkets kvalitetsrapport visar på bristande kompetens hos lärarna både avseende teori och pedagogik/didaktik är därför inte så konstigt. Ett antal lärarutbildningar erbjuder kurser, i de flesta fall valbara, i sex och samlevnad. Avhandlingen *Undervisningens möjligheter att förändra elevernas tänkande om området aids och sex* från 1997 visar tydligt hur viktigt det är att lärare reflekterat över frågorna och har möjlighet att skapa en förtroendefull relation med sina elever inom ramen för undervisningen (Kindeberg, 1997). Då finns det en möjlighet att eleverna



inte bara tillskansar sig teoretisk information utan att undervisningen även påverkar deras attityder och beteenden.

### 2.2.1 Lärarutbildningen

Lärarutbildningen styrs av examensordningen i högskoleförordningen (1993:100). Här anges att studenten för lärarexamen ska ”visa sådan kunskap i ämnen eller inom ämnesområden som krävs för den verksamhet som utbildningen avser, inbegripet kunskap om ämnets eller ämnesområdets vetenskapliga grund, och om relevanta metoder inom verksamheten samt visa insikt om aktuella forskningsfrågor”. Dessutom ska lärarstudenten visa sådan kunskap och förmåga som krävs för att förverkliga skolans mål. Andra områden som nämns i examensordningen och som har relevans för undervisningen i sex och samlevnad är att studenten ska visa kunskap om ”lärande och undervisning” samt ”kunskap om betydelsen av ett jämställdhetsperspektiv i den pedagogiska verksamheten och vid presentation av ämnesstoffet”.

Lärarutbildningen är uppdelad i tre delar: det allmänna utbildningsområdet, inriktning och specialisering. Inom det allmänna utbildningsområdet ingår tvärvetenskapliga kurser, pedagogik och praktik. Inom detta område ligger på vissa lärarutbildningar obligatoriska eller valbara kurser i sex och samlevnad. Lärare i bl.a. biologi och samhällskunskap ska även få utbildning i sex och samlevnad inom ramen för sina ämnesstudier.

#### *Utredningen om en ny lärarutbildning*

I december 2008 kom ett betänkande om en ny lärarutbildning, *En hållbar lärarutbildning* (SOU 2008:109). Utredningen anser att sex och samlevnad är ett viktigt område, men har avstått från att föreslå det som en obligatorisk del i utbildningarna eftersom utredningen menar att utbildningsinnehållet i detalj är något som högskolan ansvarar för. Frågan om en ny lärarutbildning bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

#### *Kartläggning av sex- och samlevnadsundervisning i lärarutbildningen*

Riksförbundet för sexuell upplysning, RFSU, gjorde 2004 en kartläggning av sex- och samlevnadsundervisningen på landets lärarutbildningar. Av kartläggningen framgick att det på knappt hälften av utbildningarna fanns en valbar kurs i sex och samlevnad. På de tio högskolor som hade sex- och samlevnadskurser var det 13 procent av studenterna som läste kurserna. På många lärarutbildningar var kunskapsområdet sex och samlevnad ett inslag i en större kurs inom ramen för det allmänna utbildningsområdet. Det var också vanligt att det

fanns i kurser som behandlade etnicitet, klass och kön. Innehållet i kurserna varierade. Majoriteten av kurserna gav enligt RFSU inte studenterna tillräckliga kunskaper för att undervisa i sex och samlevnad i skolan (RFSU, 2004).

#### *Utvärdering av lärarutbildningen*

Högskoleverket har på senare år gjort ett antal utvärderingar av den svenska lärarutbildningen, dock utan att närmare gå in på den utbildning som ges blivande lärare när det gäller området sex och samlevnad. I regeringens proposition Nationell strategi mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar (2005/06:60) påpekar regeringen vikten av att Högskoleverkets utvärderingar av lärarutbildningen inkluderar uppföljning av kunskapsområdet sex och samlevnad. På så sätt får lärosätena ett underlag för att utveckla sin undervisning i sex och samlevnad. Ett förtydligande av skolans styrdokument beträffande sex och samlevnad skulle bl.a. kunna utgöra grund för Högskoleverkets utvärderingar.

#### 2.2.2 Lärarnas fortbildning

Enligt läroplanerna har rektor ansvar för att lärare och annan personal får möjligheter till den kompetensutveckling som krävs för att de ”professionellt ska kunna utföra sina uppgifter”. Det är därför rektors ansvar att försäkra sig om att det finns tillräckligt många lärare på en skola som har rätt kompetens för att undervisa i sex och samlevnad.Handledning och diskussionsgrupper eller nätverk kan vara en del av kompetensutvecklingen på området.

#### *Fortbildningssatsning*

För att skolpersonal ska få fortbildning krävs det att det finns ett utbud inom området som skolpersonalen kan ta del av. Skolverket har som en del av en jämställdhetssatsning fått i uppdrag att ta fram kurser inom kunskapsområdet sex och samlevnad för fortbildning av skolpersonal i grund- och gymnasieskolan. Regeringens satsning sträcker sig till 2010. Något kontinuerligt ansvar för den här typen av utbildning har Skolverket inte. Kurser inom ramen för satsningen beräknas starta på ett antal högskolor runt om i landet under hösten 2009.

## 2.3 Elevvård och skolhälsovård

**Arbetsgruppen föreslår** att Socialstyrelsen får i uppdrag att förtydliga riktlinjerna för skolhälsovården inom området sexuell och reproduktiv hälsa.

**Arbetsgruppen anser:**

- att personalens kompetens inom skolhälsovård och elevvård bör stärkas genom fortbildning inom sexuell och reproduktiv hälsa,
- att skolhälsovårdens personal bör erbjudas fortbildning när det gäller olika preventivmedel,
- att skolsköterskor bör kunna tillhandahålla kondomer och akut-p-piller på högstadieskolor och gymnasieskolor (se även kapitel 3),
- att en god tillgänglighet till skolhälsovården bör garanteras elever på landets alla skolor,
- att skolhälsovården bör finnas i skolans lokaler på alla skolor, inklusive friskolor, för att stärka det förebyggande arbetet.

**Skälen till förslagen:**

Arbetsgruppen anser att det inom skolhälsovården och elevvården bör finnas kompetens för samtal med elever rörande frågor om sexualitet och preventivmedel. För att stärka skolhälsovårdens förebyggande arbete när det gäller sexuell och reproduktiv hälsa behöver dess roll på området förtydligas och personalens kompetens stärkas. Skolkurator och skolpsykolog utgör en viktig kompetens på skolan för samtal kring sexualitet och relationer. Att elevvårdspersonal får del av fortbildning inom området sexuell hälsa är därför minst lika viktigt som för annan skolpersonal.

### 2.3.1 Elevvårdens roll

Elevvården syftar dels på de insatser som lärare och andra i skolan gör för elever i behov av särskilt stöd, dels de särskilda yrkeskategorierna skolkurator och skolpsykolog och ibland båda dessa yrkeskategorier samt skolhälsovården. Att det ska finnas elevvårdspersonal på en skola är i dag inte lagstadgat. Det är därmed frivilligt för kommuner och skolor att erbjuda denna typ av service.

Skolkuratorns huvudsakliga arbete handlar om att samtala med elever men även att stödja lärare. Det finns exempel på kuratorer som deltar i sex- och samlevnadsundervisningen eller i undervisningen i livskunskap. Skolkurator och skolpsykolog utgör en viktig kompetens på skolan för samtal kring sexualitet och relationer.

### 2.3.2 Hur regleras skolhälsovården?

Skolhälsovård är det arbete som skolsköterska och skolläkare utför för att främja elevers hälsa. Av skollagen (1985:1100) framgår att skolhälsovård ska anordnas för elever i förskoleklass, grundskola, gymnasieskola, särskola, specialskola och sameskola. Det gäller både för kommunala skolor och friskolor. Enligt 14 kap. 2§ skollagen ska skolhälsovården ”följa elevernas utveckling, bevara och förbättra deras själsliga och kroppsliga hälsa och verka för sunda levnadsvanor hos dem”. Skolhälsovården ska främst vara förebyggande och omfatta hälsokontroller och enkla sjukvårdsinsatser. I Socialstyrelsens riktlinjer för skolhälsovården från 2004 finns rekommendationer för skolhälsovårdens arbete.

### 2.3.3 Skolhälsovårdens arbete

Enligt skollagen ska en elev genomgå hälsokontroll tre gånger i grundskolan och en gång i gymnasieskolan. I skolhälsovårdens riktlinjer rekommenderas skolsköterskan ta upp frågor om sexualitet och preventivmedel samt förebyggande av sexuellt överförda infektioner vid hälsobesöken i högstadiet (årskurs 7 eller 8) och gymnasiet (årskurs 1). Frågeformulär för hälsobesöken utformas av varje kommun.

Skolhälsovårdens öppna mottagningsverksamhet är en viktig del i det förebyggande och hälsofrämjande arbetet. Eftersom skolhälsovården på de flesta skolor har sin verksamhet förlagd till skolans lokaler har eleven möjlighet att själv ta kontakt med skolsköterskan. Skolhälsovårdens öppna mottagning beskrivs i skolhälsovårdens riktlinjer som en oas för elever med svårigheter och problem. För dessa elever kan skolsköterskan bli en viktig stödperson.

Att delta i hälsofrämjande undervisning är ytterligare en av skolsköterskans uppgifter. Det finns exempel på skolsköterskor som deltar i sex- och samlevnadsundervisningen på skolan, men det är inte alltid skolhälsovården involveras i skolundervisningen.

Förutom att delta i undervisning och ha individuella samtal med eleverna om frågor som rör sexuell och reproduktiv hälsa finns det praktiska aspekter när det gäller att förebygga oönskade graviditeter och STI som kan involvera skolhälsovården. På många håll i landet förekommer det att skolsköterskor delar ut kondomer gratis på högstadie- och gymnasieskolor. Det har framkommit önskemål från skolsköterskor om att kunna dela ut akut-p-piller gratis och att elever ska kunna låta sig klamydiatestas via internet och få svaret till skolsköterskans dator.

#### 2.3.4 Fortbildning

Vissa kommuner organiserar nätverk för personal inom skolhälsovården och samordnar fortbildningen av denna personal. Samordning av arbetet inom skolhälsovården ger goda organisatoriska förutsättningar för gemensam kompetensutveckling på området och utbyte av erfarenheter och kunskap.

I Göteborg har man på kommunnivå uppmärksammat skolsköterskornas osäkerhet inför att prata om sexualitet vid bl.a. hälsosamtalen. För att stärka skolhälsovårdens arbete med sexuell hälsa har *Skolhälsan* i Göteborgs stads inlett ett arbete för att förnya hälsoblanketten för kommunens gymnasieskolor. Skolhälsan är en enhet inom Göteborgs stads sociala resursförvaltning med ansvar för kvalitetssäkring av skolhälsovården. Syftet med att förnya blanketten är att skapa mer utrymme för samtal om sexualitet och preventivmedel vid hälsosamtalet. Skolsköterskorna i kommunen kommer dessutom att erbjudas kompetensutveckling i samtalsmetodik<sup>8</sup>.

#### 2.3.5 Skolhälsovård i friskolor

Elever i friskolor ska erbjudas en skolhälsovård som motsvarar den som elever får inom motsvarande skolform i det offentliga skolväsendet enligt skollagen. Det förekommer att vissa friskolor har avtal med den lokala vårdcentralen. På dessa skolor finns det en risk att det förebyggande och hälsofrämjande arbetet på skolan blir lidande. Steget för eleverna att ta kontakt med en sjuksköterska på en vårdcentral blir större än om skolsköterskan finns i skolans lokaler.

#### 2.3.6 Skolhälsovård i Finland

I Finland anser man att elever bör ha någon på skolan att vända sig till med frågor om sexualitet. År 2002 utkom en ny handbok för grundskolans skolhälsovård i Finland där man förtydligar skolhälsovårdens roll för att främja skolelevernas sexuella hälsa. I rådgivningen ska skolhälsovården ”aktivt sträva efter att rätta till felaktiga uppfattningar om andra personers sexuella erfarenheter, stävja pressen att inleda ett sexliv i tidig ålder och poängtera betydelsen av egna beslut.”

”Skolhälsovårdaren”<sup>9</sup> anses ha en betydelsefull roll i framför allt den personliga vägledning och rådgivning som ges eleverna. Man poängterar vikten av att eleverna har någonstans att vägen med sina frågor om sin

---

<sup>8</sup> Personlig kommunikation med Margareta Nordström, Skolhälsan, Göteborgs stad.

<sup>9</sup> Motsvarande skolsköterskan i Sverige.

egen utveckling, sin sexuella mognad och förhållanden. Skolhälsovården ansvarar också för information om preventivmedel och ska kunna erbjuda kondomer och akut p-piller gratis vid behov.

Skolhälsovårdens roll i undervisningen i ”sexualkunskap” poängteras eftersom man anser att skolhälsovårdaren har kompetens som bör utnyttjas i sammanhanget. Bl.a. ska skolhälsovården delta i uppläggningsen av undervisningen. Sexualundervisningen (som ligger inom ämnet hälsokunskap) och rådgivningen ska läggas upp på ett sådant sätt att de kompletterar varandra.

Sedan 2002 har aborttalen bland 15–19-åringar sjunkit i Finland. Om det är skolhälsovårdens annorlunda arbetssätt kan man naturligtvis inte säga med säkerhet men det kan vara en bidragande faktor. En annan faktor som kan ha bidragit till nedgången är satsningen på hälsokunskap i skolorna och inom ramen för detta ämne, sex och samlevnadsundervisning.

#### **2.4 Undervisning i sexuell och reproduktiv hälsa på sfi**

##### **Arbetsgruppen anser:**

- att sfi bör inkludera undervisning om sexuell och reproduktiv hälsa. Relationer, jämställdhet, värderingar och olika synsätt på sexualitet är några av de frågor som bör beaktas.
- att lärare inom sfi bör erbjudas fortbildning för att undervisa om sexuell och reproduktiv hälsa,
- att Skolinspektionen bör följa upp denna typ av undervisning på sfi.

##### **Skälen till förslagen:**

En stor del av de vuxna som invandrar till Sverige och får permanent uppehållstillstånd studerar på sfi (svenskundervisning för invandrare). Sfi är en undervisningsform som syftar till att ge eleverna grundläggande kunskaper i svenska. Läroplanen anger att verksamheten ska utformas i överensstämmelse med grundläggande demokratiska värderingar samt att den ska främja bl.a. jämställdhet mellan könen. Således kan undervisning om sexualitet, relationer och samhällsliga aspekter på sexualitet och samlevnad tas upp inom ramen för sfi.

Undervisning och samtal om sexuell och reproduktiv hälsa på sfi kan främja elevernas sexuella och reproduktiva hälsa men kan även ge dem kunskap som kan vara till hjälp i deras roll som föräldrar. Exempel på kunskaper som kan förvärfvas genom denna typ av undervisning är information om olika typer av preventivmedel, hälso- och sjukvårdens organisation, jämställdhet och relationer, attityder och värderingar samt lagstiftning på området, exempelvis abortlagen. Arbetsgruppen föreslår

att sfi bör lämna utrymme för språkundervisning integrerat med undervisning om sexuell och reproduktiv hälsa grundat på de skrivningar som finns i läroplanen. För att främja undervisningen behöver sfi-lärare fortbildas och Skolinspektionen göra återkommande uppföljningar av utbildningens kvalitet.

#### 2.4.1 Hur regleras sfi?

Svenskundervisning för invandrare (sfi) ingår i det offentliga skolväsendet för vuxna. Sfi styrs liksom andra offentliga utbildningar av lag, förordning, läroplan och kursplan. Det innebär att verksamheten ska utformas i överensstämmelse med grundläggande demokratiska värderingar. Den som verkar inom skolväsendet ska enligt 1 kap. 9 § skollagen (1985:1100) främja jämställdhet mellan könen och aktivt motverka alla former av kränkande behandling såsom mobbning och rasistiska beteenden. Enligt 13 kap. skollagen syftar sfi till att ge vuxna invandrare grundläggande kunskaper i svenska språket, samt läs- och skrivinlärning om så behövs. Sfi regleras även i förordningen (1994:895) om svenskundervisning för invandrare.

Sfi vilar på de grundläggande värden som uttrycks i läroplanen för de frivilliga skolformerna (Lpf 94). Dessa värden är bl.a. människolivets okränkbarhet, individens frihet och integritet, alla människors lika värde och jämställdhet mellan könen.

Kommunerna är huvudmän för sfi, men de kan välja att lägga ut utbildningen på entreprenad. Även i de fall undervisningen läggs ut på entreprenad ansvarar kommunen för att regler och lagar följs samt för kvalitetsuppföljning och redovisning. Skolinspektionen har tillsynsansvar för sfi.

#### 2.4.2 Undervisning i sexuell och reproduktiv hälsa på sfi

I en ännu icke publicerad rapport från Lafa, *Sex- och samlevnadsundervisning på sfi, svenskundervisning för invandrare i Stockholms stad*, utvärderas effekten av sexualundervisning på två sfi-skolor i Stockholms län under 2008. Studenterna i interventionsgruppen fick undervisning under en veckas tid vid tre tillfällen. Områden som togs upp var bl.a. anatomi/fysiologi och reproduktion, sexuellt överförda infektioner och preventivmedel samt svensk lagstiftning angående t.ex. aborter, sexualbrott, åldersgränser för giftermål och sexuellt umgänge. Resultaten från studien visar att sfi-elevernars kunskaper i sexualitet, reproduktiv hälsa och rättigheter hade ökat signifikant efter avslutad undervisning. Studenternas faktakunskaper var bristfälliga innan undervisningen ägde rum, framför allt i vissa frågor. Rapporten lyfter fram studenternas behov

av diskussioner om normer och värderingar kring sexualitet, reproduktiv hälsa och rättigheter (Lafa, 2009).

Tidigare rapporter om erfarenheterna av samtal eller undervisning om sexualitet på sfi visar att undervisningen generellt varit uppskattad av sfi-studenterna (bl.a. RFSU, 2007). Under perioden 2006–2008 ledde BRIS (Barnens Rätt i Samhället) projektet *Vuxensamtal* på sfi i Malmö. Projektet gick ut på att ha gruppsamtal om olika teman som berörde värdegrundsfrågor, bl.a. frågor kopplade till sexualitet. Även detta projekt var uppskattat bland studenterna<sup>10</sup>.

#### 2.4.3 Höga aborttal bland invandrade kvinnor i Sverige

I Sverige finns det ingen statistik som visar att kvinnor födda i andra länder genomgår aborter i större utsträckning än kvinnor födda i Sverige. Ett par svenska studier visar däremot att det är så. I en studie gjord på Karolinska sjukhuset i Stockholm om abortsökande kvinnor framkom att invandrade kvinnor använde preventivmedel i mindre utsträckning och hade större erfarenhet av aborter än kvinnor födda i Sverige (Helström m.fl., 2003). I en annan studie som endast inkluderade flickor under 19 år (som själva var födda utomlands eller med minst en förälder född utomlands) blev resultatet detsamma. De invandrade flickorna var överrepresenterade bland de abortsökande flickorna. Forskarna förklarar detta med det faktum att flickorna hade mindre erfarenhet av preventivmedelsanvändning och rådgivning (Helström m.fl., 2006).

En faktor som kan öka risken för oönskade graviditeter är att kvinnor och män har dåliga kunskaper om sexualitet och om hur kroppen fungerar. I Lafas intervjustudie om invandrade kvinnor, *Kunskapens villkor*, framkom att flera av de deltagande kvinnorna inte hade fått någon skolundervisning om kropp och sexualitet i sitt hemland och därför hade bristfälliga kunskaper (Lafa, 2001).

#### 2.4.4 Höga aborttal bland invandrade kvinnor i andra länder

I Danmark och Holland kan man i abortstatistiken konstatera att invandrarkvinnor genomgår abort i högre grad än infödda danska respektive holländska kvinnor. Därför utformar samhället riktade förebyggande insatser, bl.a. i samarbete med frivilligorganisationer.

Sundhedsstyrelsen i Danmark menar att skillnaderna i abortfrekvens kan bero på social utsatthet, dåliga kunskaper om kroppens funktioner och preventivmedel samt dålig kännedom om var preventivmedelsrådgivning

---

<sup>10</sup> Personlig kommunikation med Cecilia Bengtsson, projektledare för *Vuxensamtal* på BRIS, Malmö.



erbjuds. Undersökningar som Sundhedsstyrelsen gjort visar att invandrade kvinnor tycker att preventivmedelsrådgivningen inte anpassas utifrån deras förutsättningar och önskningar (Sundhedsstyrelsen, 2006).



### 3. Preventivmetoder – tillgänglighet, användning och attityder

#### 3.1 Kondomer

**Arbetsgruppen anser:**

- att positiva och samordnade budskap om vikten av att använda kondom bör förmedlas i skolan, inom vården och i kampanjer,
- att det attitydpåverkande arbetet för att män i nya relationer alltid ska använda kondom utan att behöva fråga partnern bör stärkas,
- att personal inom hälso- och sjukvård och skola bör erbjudas utbildning i kondomkunskap,
- att tillgängligheten till kondomer bör förbättras genom kondomautomater på restauranger, barer m.m.,
- att kondomer bör vara tillgängliga hos skolpersonal i högstadiet och gymnasiet.

**Skälen till förslagen:**

Om kondom användes i större utsträckning i början av ett förhållande skulle detta ge ett ökat skydd mot oönskade graviditeter men även mot sexuellt överförda infektioner. I Holland har man inom skola, sjukvård och i kampanjer fört fram budskapet om att kondom alltid ska användas i början av ett förhållande, även om kvinnan äter p-piller. Detta budskap har nått ungdomar och unga vuxna i Holland och därför är denna kombination mycket vanligare i Holland än i Sverige. Flera studier visar att ungdomar och unga vuxna i Sverige är negativt inställda till att använda kondom även vid tillfälliga sexuella kontakter, bl.a. på grund av att det uppfattas som onödigt om kvinnan äter p-piller eller använder annat preventivmedel. Flera undersökningar visar dessutom att ungdomar och unga vuxna har svårt att tala med varandra om att använda kondom. Sjukvårdspersonal skulle med fördel kunna uppmuntra till användning av kondom i början av ett förhållande och budskapet bör förstärkas genom att förmedlas i skolundervisning och i kampanjer. Det är viktigt att män uppmuntras att ta ansvar för sin egen sexualitet och inte förlitar sig på att kvinnan tar ansvar för båda. Kampanjer och undervisning förmedlar kunskap men kan också påverka attityder till mäns och kvinnors syn kring ansvar för sexualitet och prevention.

Det är troligt att lättillgängliga kondomer kan bidra till ökad kondom-användning. Ett sätt att öka tillgången på kondomer är via automater på restauranger och caféer eller andra platser i det offentliga rummet. Arbetsgruppen anser att landstingen bör initiera en diskussion med ägare till restauranger och barer där unga vuxna träffas för att se om det är

möjligt att göra kondomer mer tillgängliga genom t.ex. kondomautomater. Arbetsgruppen ställer sig också positiv till att kondomer finns tillgängliga hos skolsköterskan i högstadie- och gymnasieskolor, något som redan förekommer på många håll i landet.

Kunskapen om kondomanvändning inom hälso- och sjukvård är eftersatt. I dag ges inte problemen med kondomanvändning någon större uppmärksamhet på landets ungdomsmottagningar eller på andra mottagningar för sexuell hälsa. För de män som vill använda kondom har praktiska problem med användningen behövs rådgivning. För att öka kondomanvändningen bör vårdpersonal utbildas inom området och möjligheten till kondområdgivning utökas i hela landet.

### 3.1.1 Kondomanvändningen i Sverige

I ett internationellt perspektiv använder svenska ungdomar kondom i mindre utsträckning än ungdomar i andra europeiska länder. I WHO:s jämförelse av skolungdomars hälsa i 30 länder (*Health Behaviour in School-aged Children 2005/2006*) pekas Sverige ut som det land som har lägst kondomanvändning bland 15-åringar i Europa.

Folkhälsoinstitutets befolkningsbaserade sexualvaneundersökning bland kvinnor och män, *Sex i Sverige*, visar att kondomanvändningen minskade kraftigt mellan undersökningen 1996 och den föregående 1967. Kondomanvändningen vid senaste samlaget gick ned från 38 procent år 1967 till 15 procent år 1996. Däremot hade andra preventivmedel ökat i användning (FHI, 1998). Någon ny sexualvaneundersökning har inte gjorts på senare år och det är därför svårt att säga hur kondom-användningen förändrats sedan dess.

Användningen av kondom minskar med stigande ålder. Socialstyrelsens undersökning *HIV och AIDS i Sverige* från 2007 visar att andelen sexuellt aktiva pojkar i åldrarna 16-17 år som använt kondom under den senaste månaden var 67 procent. I gruppen 20-24 år uppgav 33 procent att de använt kondom den senaste månaden. Användningen minskade ytterligare med stigande ålder (Socialstyrelsen, 2007a). Att kondom-användningen minskar med ålder kan bero på att flickorna använder p-piller i större utsträckning på grund av att det i högre ålder är vanligare med ett stabilt förhållande. En studie om förbättrad prevention och sexuellt överförda infektioner pekar ut p-pilleranvändning som den faktor som mest påverkar kondomanvändningen i negativ riktning (Novak, 2006).

### 3.1.2 "Double Dutch" - kondom och p-piller

I Holland, där aborttalen är mycket låga, är det vanligt att unga män använder kondom i början av ett förhållande, även om kvinnan använder p-piller. Undersökningen *Seksuele Gezondheid in Nederland 2006* visar att 20 procent av ungdomar mellan 19-29 år använde både p-piller och kondom vid senaste samlaget. Enligt Ungdomsbarometern från 2007 var andelen svenska ungdomar mellan 15 och 24 år som använde kondom och annat preventivmedel 5 procent.

### 3.1.3 Tillgänglighet

Kondomer säljs på bensinstationer, apotek, dagligvarubutiker och kiosker. De kan även köpas på internet och via postorder. De flesta ungdomsmottagningar delar ut kondomer gratis och det finns gratis kondomer hos skolsköterskan på vissa högstadie- och gymnasieskolor. Priset på kondomer varierar men brukar ligga mellan 50 och 65 kronor för ett tio-pack<sup>11</sup>. Kondomer finns även i vissa kombinerade automater i Stockholms tunnelbana där bl.a. godis säljs.

### 3.1.4 Attityder

Ungdomsbarometern är en årlig nätbaserad enkätundersökning bland ungdomar i åldrarna 15–24 år. Den senaste från 2008<sup>12</sup> visar att ungdomar under 20 år använder kondom i högre utsträckning än de som passerat 20 år. I den äldre åldersgruppen 20–24 år är det vanligare att kvinnorna använder annat preventivmedel, t.ex. p-piller eller spiral. Den vanligaste anledningen till varför man inte använt kondom vid senaste samlaget var att man använt någon annan typ av preventivmedel. 24 procent angav att "det är skönare utan" och 20 procent "inte orolig att smittas av någon sexuellt överförd sjukdom".

I en studie om ungdomars syn på kondomanvändning från Uppsala 2001 framkom att ungdomarna tyckte att det var pinsamt att köpa kondomer i en vanlig livsmedelsaffär och var oroliga för att de skulle blir igenkända när de handlade kondomer (Darj, 2003).

### 3.1.5 Kondområdgivning

Ibland kan det uppstå praktiska problem vid användning av kondom. På Järva mansmottagning i Rinkeby har man uppmärksammat detta och erbjuder därför kondområdgivning för att män ska få hjälp med denna typ av problem. På grund av att det är svårt att hinna med ett

---

<sup>11</sup> Uppgifter från RFSU AB.

<sup>12</sup> Uppgifterna presenterades på Socialstyrelsens webbplats den 30 mars 2009.

kondomsamtal inom ramen för ett besök för STI-testning har mottagningen valt att erbjuda kondområdgivning separat för dem som önskar. Inom sjukvården är det mycket ovanligt att denna typ av samtal erbjuds<sup>13</sup>.

RFSU har också uppmärksammat att det kan uppstå problem vid kondomanvändning och har gett ut en ”kondompraktika” där man tar upp olika problem som kan uppstå när man använder kondom och hur de går att lösa.

### 3.2 Hormonella preventivmedel

**Arbetsgruppen föreslår** att alla hormonella preventivmedel subventioneras för ungdomar och unga vuxna upp till 25 år i hela landet. Egenavgiften bör vara 200 kronor per år.

**Arbetsgruppen anser:**

- att hälso- och sjukvårdspersonal bör erbjudas återkommande fortbildning om preventivmedel,
- att hälso- och sjukvårdspersonal bör erbjudas kompetensutveckling i samtalsmetodik.

**Skälen till förslagen:**

Lägre priser bidrar till en ökad användning av p-piller och antalet aborter minskar (IFAU, 2009, Rahm 1991, Socialstyrelsen 1994). Unga kvinnors kostnader för hormonella preventivmedel varierar över landet eftersom landstingens ungdomssubventioner varierar. Det är inte orimligt att tänka sig att kostnaderna för nyare preventivmedel med en annan biverkningsprofil kan vara så väsentlig mycket högre att en yngre kvinna avstår från att byta preventivmedel av ekonomiska skäl alternativt helt slutar använda p-piller på grund av biverkningar. Arbetsgruppen föreslår att egenavgiften för hormonella preventivmedel ska vara maximalt 200 kronor per år.

En av anledningarna till varför kvinnor blir oönskat gravida kan vara att de inte hittat ett preventivmedel som de är nöjda med. En hög andel abortsökande kvinnor är skeptiska till att använda hormonella preventivmedel eller spiral (Kero, 2002). Mot den bakgrunden ställs höga krav på den hälso- och sjukvårdspersonal som samtalar om preventivmedelsanvändning med dessa kvinnor och eventuellt deras partners. Goda kunskaper i samtalsmetodik är nödvändigt för att preventivmedelsrådgivningen ska hålla en hög nivå. Det är också viktigt

---

<sup>13</sup> Personlig kommunikation med Erik Gustavsson, verksamhetsansvarig på Järva mansmottagning, Stockholm.

att hälso- och sjukvårdspersonal får kontinuerlig information och fortbildning om nya preventivmedel samt blir uppdaterade om ny forskning på området. Ett bra rådgivningssamtal förbättrar förutsättningarna för att kvinnan och/eller hennes partner hittar ett preventivmedel som de blir nöjda med.

### 3.2.1 Regelverk och styrning

Hormonella preventivmedel klassas som läkemedel. För att ett läkemedel och därmed även ett hormonellt preventivmedel ska kunna säljas i Sverige ska det först godkännas för försäljning av LäkeMedelsverket eller den Europeiska kommissionen. LäkeMedelslagen (1992:859) anger de grundläggande bestämmelser om kontroll och tillsyn av läkemedel som gäller i Sverige. Inom EU finns det dessutom särskilda regler och krav för att ett läkemedel ska få finnas på den europeiska marknaden.

### 3.2.2 LäkeMedelsverkets rekommendationer

LäkeMedelsverket utarbetar rekommendationer för läkemedelsbehandling i samarbete med specialister från sjukvården, däribland behandlingsrekommendationer för antikonception. Dessa rekommendationer<sup>14</sup> utgår barnmorskor och läkare från vid förskrivning av preventivmedel.

### 3.2.3 LäkeMedelsförmånen

Tandvårds- och läkeMedelsförmånsverket, TLV, prövar vilka läkemedel inklusive hormonella preventivmedel som ska ingå i läkeMedelsförmånen och om de får räknas in i högkostnadsskyddet för läkemedel enligt lagen (2002:160) om läkeMedelsförmåner m.m. När TLV fattar beslut huruvida ett läkemedel ska ingå i läkeMedelsförmånen eller inte ska en bedömning göras om kostnaden är rimlig utifrån medicinska, humanitära och samhällsekonomiska aspekter.

Högkostnadsskyddet innebär att en patient betalar hela kostnaden för läkemedel upp till 900 kronor och sedan får en successivt ökande rabatt tills patientens läkeMedelskostnader totalt uppgår till 1 800 kronor. När patienten betalat 1 800 kronor får han eller hon frikort för den tid som är kvar av tolv månadersperioden.

Av de hormonella preventivmedel som finns på marknaden i Sverige omfattas i dag hormonspiral, hormonspruta och hormonstavar av läkeMedelsförmånen. Det gör däremot inte p-plåster eller p-ring. Av de 26 olika kombinerade p-piller som finns på marknaden i Sverige omfattas

---

<sup>14</sup> Information från LäkeMedelsverket 2005:7.

15 sorter av läkemedelsförmånen. När det gäller minipiller omfattas en sort av tre<sup>15</sup>.

TLV har ett pågående projekt i vilket de p-piller som ingår i läkemedelsförmånen granskas. En prövning av dessa kommer att göras för att TLV ska avgöra om de fortsättningsvis ska omfattas av högkostnadsskyddet eller inte. Detta görs med alla läkemedel som är subventionerade enligt de regler som gällde innan det nya systemet för subvention av läkemedel infördes 2002 ([www.tlv.se](http://www.tlv.se)).

#### *Landstingens kostnad för högkostnadsskyddet*

Sedan 1997 har landstingen kostnadsansvaret för läkemedelsförmånen vilket innebär att den del av läkemedelskostnaden som subventioneras betalas av det landsting där patienten är bosatt. Staten har sedan 1998 gjort överenskommelser med Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, (tidigare Landstingsförbundet) om ersättning för kostnaderna för läkemedelsförmånerna genom ett särskilt statsbidrag. Den senaste överenskommelsen gäller för 2009–2010. För 2009 erhåller landstingen 22,4 miljarder kronor i ersättning för dessa läkemedelskostnader.

#### 3.2.4 Landstingens rekommendationer

Varje landsting utarbetar rekommendationer som ska vara vägledande vid förskrivning av preventivmedel inom landstinget. Rekommendationerna berör både vilken typ av preventivmedel (p-piller, spiral, p-ring osv.) som ska förskrivas i första hand och när det gäller p-piller rekommenderas dessutom vilka sorter som ska skrivas ut i första hand, andra hand osv. När det gäller p-piller rekommenderas i alla landsting i första hand kombinerade p-piller som inte längre är patentskyddade utan har en lägre kostnad.

Alla landsting utom Västerbotten har någon form av ungdoms-subvention för p-piller utöver högkostnadsskyddet. Den övre åldersgränsen för subventionerna varierar mellan 19 och 24 år. Omfattningen på subventionen varierar och två landsting, Blekinge och Skåne, erbjuder gratis p-piller för ungdomar upp till 20 respektive 22 år. Örebro och Stockholm subventionerar alla hormonella preventivmedel till skillnad från de flesta andra landsting där man valt att endast subventionera p-piller. En översikt över landstingens subventioner presenteras i bilaga 2.

Både vilken typ av hormonella preventivmedel som subventioneras liksom vilken typ av p-piller som subventioneras varierar. Några landsting har tagit beslut om att subventionera alla p-piller på marknaden

---

<sup>15</sup> Uppgifter från Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket.



medan de flesta landsting endast subventionerar de p-piller som ingår i läkemedelsförmånen.

### 3.2.5 Påverkar subventionerade preventivmedel användningen bland unga?

#### *Nationella studier*

I en nyligen publicerad studie från Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering, IFAU, har effekterna av ungdomssubventionerna från 1989 och framåt analyserats. Resultatet visar att subventionerna lett till ungefär 8 procent färre aborter och att tonårsfödslarna minskat kraftigt (IFAU, 2009).

Epidemiologiskt centrum på Socialstyrelsen konstaterar i sin rapport *Minskar tonårsaborter vid subventionering av p-piller?* att subventionering av p-piller har betydelse för aborttalen bland ungdomar. En jämförelse av aborttalen under början av 1990-talet gjordes mellan subventionerade och icke-subventionerade landsting. Minskningen av tonårsaborterna i subventionerade områden var starkare än minskningen i icke-subventionerade områden. Skillnaderna varierade dock och författarna drar därför slutsatsen att subventioneringen av p-piller inte är den enda förklaringen. Andra faktorer som kan ha påverkat resultatet är att problemet uppmärksammats i massmedia och i samhället samt engagemang från rådgivarnas sida (Socialstyrelsen, 1994).

#### *Subventionering av p-piller i Gävle*

Ungdomsmottagningen i Gävle initierade en försöksverksamhet med subventionerade p-piller för tonåringar i september 1989. Under en ettårsperiod subventionerades p-piller för flickor under 20 år. Utvärderingen av projektet visade att tonårsaborterna i Gävle under året därpå, 1999, minskade med 34 procent. I övriga delar av landet var minskningen marginell (Rahm, 1991).

#### *Subventionering av p-plåster och p-ring i Stockholms län*

I december 2007 beslutade Stockholms läns landsting att ungdomssubventionen, förutom p-piller, p-spruta, hormonspiral och p-stav, även skulle gälla p-ring och p-plåster. Motiveringen inför beslutet<sup>16</sup> var bl.a. att p-ring och p-plåster är lämpliga preventivmedel för ungdomar som annars kan ha svårt att komma ihåg att ta p-piller. Ett annat skäl som angavs var att de ur biverkningssynpunkt är mer lämpliga då de ger en jämn utsöndring av hormoner och därmed mindre biverkningar.

---

<sup>16</sup> Tjänsteutlåtande (diarienummer HSN 0711-1824).

Enligt uppgifter från Socialstyrelsens läkemedelsregister ökade antalet användare av p-ring i åldersgruppen 15–22 år i Stockholms län från 1 363 under 2007 till 2 194 under 2008, det vill säga med drygt 60 procent. Antalet kvinnor som använde p-plåster ökade samma period med 27 procent från 326 kvinnor till 414 kvinnor. Subventionen i Stockholms län verkar således ha haft effekt på flickors och unga kvinnors användning av dessa preventivmedel.

#### *Ungdomssubventioner i Norge*

År 2002 började alla hormonella preventivmedel utom p-stav och hormonspiral subventioneras i Norge så att de blev gratis för flickor i åldrarna 16–19 år. Sedan 2006 är de billigaste preventivmedlen fortfarande gratis<sup>17</sup> medan flickor som väljer dyrare preventivmedel själva får betala det belopp som överstiger 100 kronor för tre månaders förbrukning (Sosial og helsedirektoratet, 2007). Mellan 2000 och 2006 gick aborttalen i Norge i åldrarna 15–49 år ned från 13,7 till 13 aborter per 1000 kvinnor. Bland tonåringar gick aborttalen ned med 20 procent under samma tidsperiod, från 20 till 15 aborter per 1000 kvinnor. Sedan 2006, då subventionerna förändrades, har aborterna bland tonåringar däremot börjat ökat igen<sup>18</sup>.

#### 3.2.6 Fakta om hormonella preventivmedel<sup>19</sup>

*Kombinerade p-piller* innehåller könshormonerna östrogen och gestagen. Det finns två olika typer av kombinerade p-piller: monofasiska p-piller som innehåller samma mängd östrogen och gestagen i varje tablett och sekvenspreparat där mängden östrogen och gestagen varierar under menstruationscykeln.

*Minipiller* innehåller enbart gestagent hormon och har en något högre graviditetsrisk jämfört med kombinerade p-piller. Sedan i början på 2000-talet finns ett *mellandosgestagenpreparat* som innehåller en högre dos gestagen än minipiller.

*P-spruta* innehåller endast gestagen. Den ges som en injektion var tredje månad. *P-stavar (implantat)* är hormonkapslar som sätts in under huden och de innehåller också enbart gestagen. Den typ av p-stavar som finns på marknaden i Sverige i dag har en effekt på mellan tre till fem år beroende på vilken typ av stavar man väljer.

---

<sup>17</sup> Gäller för närvarande endast två sorters p-piller.

<sup>18</sup> Uppgifter från Ulla Leth Ollendorff, Helsedirektoratet, Norge.

<sup>19</sup> Uppgifterna är hämtade ur Socialstyrelsens rapport *Skillnader i kostnader för olika typer av preventivmedel*, 2006.

*P-ring (vaginalring)* är ett kombinerat hormonellt preventivmedel. Den används i tre veckor, följt av en veckas uppehåll innan ny ring sätts in. *P-plåster* är också ett preventivmedel av kombinerad hormonell typ. Varje plåster kan användas i en vecka.

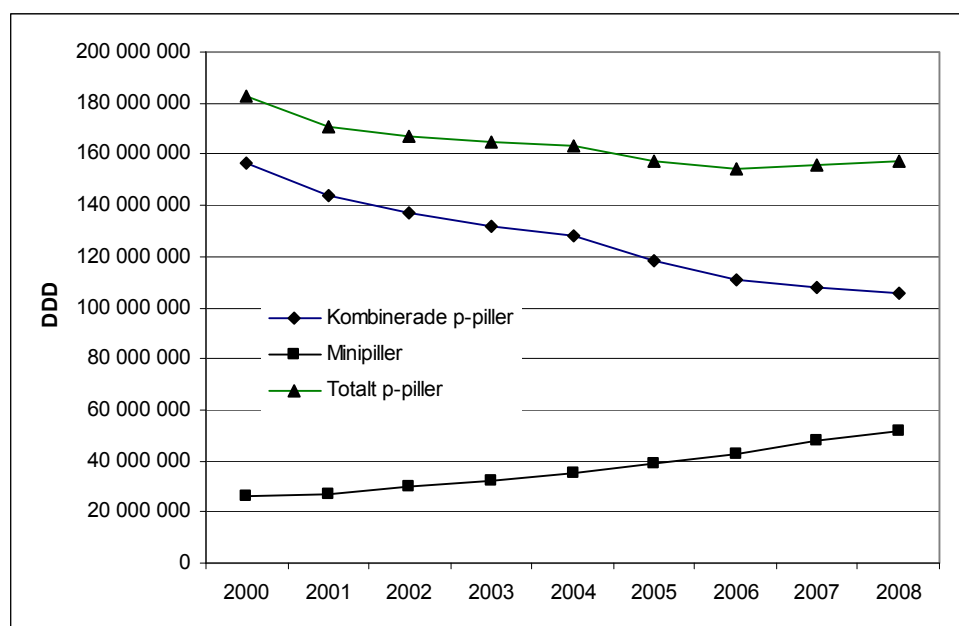
*Hormonspiralen* är ett livmoderinlägg som utsöndrar en mycket låg dos gestagen. Den är effektiv i fem år.

### 3.2.7 Användningen av hormonella preventivmedel

År 1995 presenterade WHO en stor studie som visade att lågdoserade p-piller av den så kallade tredje generationen medförde ungefär dubbelt så hög risk för blodpropp jämfört med andra generationens p-piller. Omedelbart efter denna rapport minskade p-pilleranvändningen. Det visade sig senare att riskerna troligen hade överskattats (Milsom, m.fl., 1997).

Som diagram 3.1 visar har användningen av kombinerade p-piller fortsatt att sjunka under 2000-talet medan användningen av minipiller och mellandosgestagen har ökat.

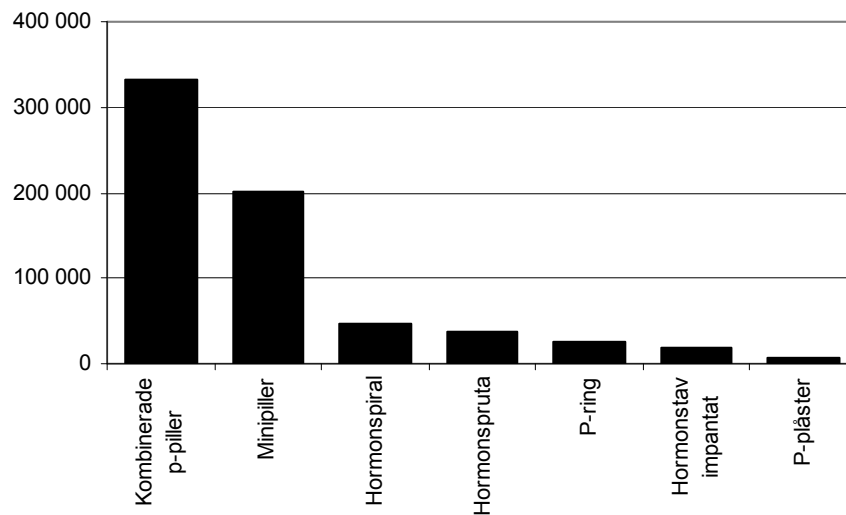
**Diagram 3.1** Användningen av kombinerade p-piller och minipiller 1999–2008. Definierad dygnsdos (DDD)



Källa: EpC, Socialstyrelsen

Kombinerade p-piller är dock fortfarande det allra mest använda hormonella preventivmedlet. I diagram 3.2 redovisas antalet kvinnor som använde olika typer av hormonella preventivmedel under 2008. Det totala antalet kvinnor som använde hormonella preventivmedel under 2008 var ca 670 000<sup>20</sup>. Ca 50 procent av dessa använde kombinerade p-piller. Av de kvinnor i åldersgruppen 15–24 år som använde hormonella preventivmedel utgjorde gruppen som använde kombinerade p-piller 66 procent. Användningen av olika typer av hormonella preventivmedel i denna åldersgrupp kan utläsas av diagram 3.3.

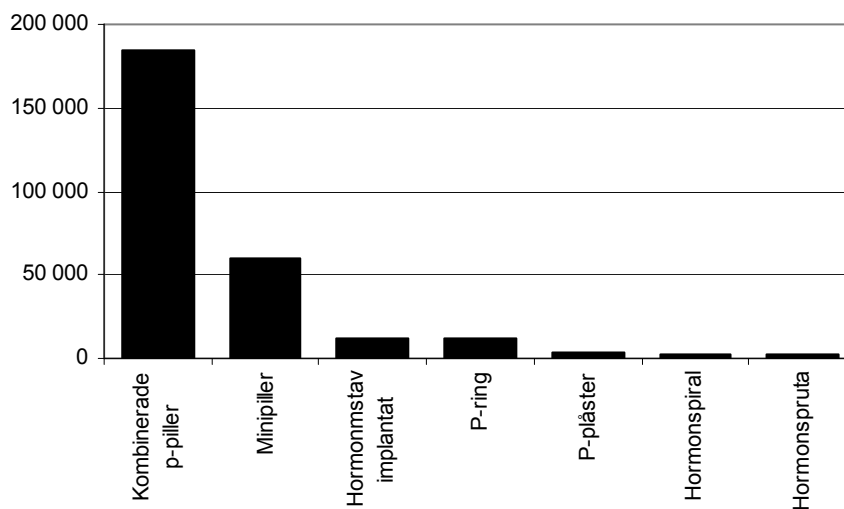
**Diagram 3.2** Total användning fördelat på preventivmedelstyp för 2008. Antalet användare



Källa: EpC, Socialstyrelsen

<sup>20</sup> Uppgiften kan vara något överskattad eftersom kvinnor skulle kunna använda olika typer av hormonella preventivmedel under ett år. Det kan även förekomma att recept som förskrivs inte hämtas ut.

**Diagram 3.3** Total användning bland 15–24-åringar fördelat på preventivmedelstyp för 2008. Antalet användare



Källa: EpC, Socialstyrelsen

### 3.2.8 Oro för biverkningar

Lätta, ofta övergående biverkningar, i samband med användning av kombinerade hormonella preventivmedel är vanliga och den främsta orsaken till att kvinnan slutar med metoden (Apoteket AB). I en studie om abortsökande kvinnor i Umeå framkom att 58 procent av kvinnorna var tveksamma till hormonella preventivmedel och spiral. Av de kvinnor som var sammanboende eller gifta var andelen 70 procent. Författaren problematiserar det faktum att preventivmedelsrådgivningen traditionellt sett gått ut på att få kvinnor att använda effektiva preventivmedel och att få studier finns angående kvinnors uppfattningar om samhällets och partners förväntningar på att de ska använda preventivmedel på regelbunden basis (Kero, 2002).

## 3.3 Kopparspiral, pessar och p-dator

### 3.3.1 Regelverk för medicintekniska produkter

Kopparspiral, pessar och p-dator är så kallade medicintekniska produkter. När det gäller medicintekniska produkter utövar Läkemedelsverket tillsyn över produkterna och dess tillverkare genom förordningen (1993:876) om medicintekniska produkter.

Lagen (1974:525) om ersättning för viss födelsekontrollerande verksamhet föreskriver ett särskilt statsbidrag för preventivmedelsrådgivning. Enligt 1 § får staten, landstingen och kommunerna ersättning

från sjukförsäkringen för rådgivning som lämnas i födelsekontrollerande syfte eller om abort eller sterilisering. Enligt 2 § får ersättningen endast lämnas under förutsättning att rådgivningen och de preventivmedel som utlämnas i samband med den tillhandahålls kostnadsfritt. De preventivmedel som är kostnadsfria vid rådgivning är kopparspiral och pessar. Huvudmännen är inte skyldiga att lämna ut receptbelagda preventivmedel kostnadsfritt i samband med rådgivningen (Socialstyrelsen, 2006).

### 3.3.2 Användning och tillgänglighet

Kopparspiral, pessar och p-dator används i betydligt mindre utsträckning än de hormonella preventivmedlen. Användningen av kopparspiral och pessar har minskat drastiskt de senaste decennierna. 1973 såldes ca 235 000 kopparspiraler och 2004 var siffran nere i ca 41 000 spiraler (Socialstyrelsen, 2006). Försäljningen har sedan dess legat relativt konstant. Under 2008 sålde de två dominerande leverantörerna av kopparspiraler på den svenska marknaden tillsammans nästan 41 000 spiraler<sup>21</sup>.

Pessar finns inte längre i apotekets ordinarie sortiment. Enligt uppgifter i Socialstyrelsens rapport *Skillnader i kostnader mellan olika typer av preventivmedel* gick försäljningen av gummipessar ned med 61,5 procent under åren 1994–2004, från 4 751 till 1 877 pessar per år. Antalet silikonpessar som såldes för perioden finns inte med i rapporten, men utgjorde en betydligt mindre andel sålda pessar, dock med samma nedåtgående trend (Socialstyrelsen, 2006). I dag finns endast silikonpessar i Sverige. Dessa beställs direkt av leverantören.

P-dator och teststickor är medicintekniska hjälpmedel som används för att bestämma fertila och icke-fertila dagar i menstruationscykeln. P-datorn slutade säljas på apoteket 2007 men kan fortfarande beställas via leverantören. P-stickor är fortfarande tillgängliga på apotek.

### 3.4 Akut-p-piller

**Arbetsgruppen föreslår** att akut-p-piller subventioneras för ungdomar och unga vuxna upp till 25 år vid inköp på apotek.

**Arbetsgruppen anser** att skolsköterskor bör kunna dela ut akut-p-piller i samband med besök på högstadie- och gymnasieskolor.

<sup>21</sup> Personlig kommunikation med leverantörerna.

### Skälen till förslagen:

Om akut-p-piller ska kunna användas som en nödlösning efter oskyddat samlag eller om en preventivmetod misslyckats är det viktigt att tillgängligheten till akut-p-piller är god, i synnerhet eftersom tidsramen inom vilken akut-p-piller tas påverkar metodens effektivitet. Eftersom mödravårdscentraler och ungdomsmottagningar (som brukar erbjuda gratis akut-p-piller) är stängda över helgen anser arbetsgruppen att det är rimligt att kvinnor under 25 år ska kunna köpa akut-p-piller till subventionerat pris på apoteken.

Forskningsresultat visar att utdelning av akut-p-piller i förebyggande syfte inte resulterar i ökat sexuellt risktagande. Inte heller visar det på minskad användning av kondom eller hormonella preventivmedel (Ekstrand, 2008).

Ett annat sätt att öka tillgängligheten på akut-p-piller är att låta skolsköterskor på högstadieskolor och gymnasieskolor dela ut dessa vid behov. I samband med detta kan skolsköterskan hjälpa till att boka en tid på ungdomsmottagningen för uppföljning och för ett samtal om bl.a. framtida preventivmedel och eventuell STI-provtagning. Det förekommer att skolsköterskor på högstadiet och gymnasiet redan i dag fungerar som en länk mellan ungdomarna och ungdomsmottagningen och att de hjälper elever att ta kontakt och boka tid. Genom att skolsköterskan kan lämna ut akut-p-piller till flickor på högstadie- och gymnasieskolor ökar chansen att de verkligen tar akut-p-piller och/eller att antalet timmar mellan det oskyddade samlaget och användandet av akut-p-piller minskar.

#### 3.4.1 Receptfritt preventivmedel

Läkemedelsverket beslutade i mars 2001 att akut-p-piller skulle kunna tillhandahållas receptfritt på apotek. Akut-p-piller på apotek kostar ca 150 kronor<sup>22</sup>. Akut-p-piller delas dessutom ut gratis på ungdomsmottagningar och mödravårdscentraler. I samband med att akut-p-piller delas ut får kvinnan möjlighet till ett samtal med en barnmorska och kan på så sätt få svar på frågor om användning och möjlighet till preventivmedelsrådgivning.

#### 3.4.2 Hur fungerar akut-p-piller?

Akut-p-piller är en post-coital antikonception, vilket innebär att det kan användas av kvinnor som haft oskyddat samlag eller i de fall den preventivmetod de använt sig av misslyckats. Akut-p-piller tas efter

---

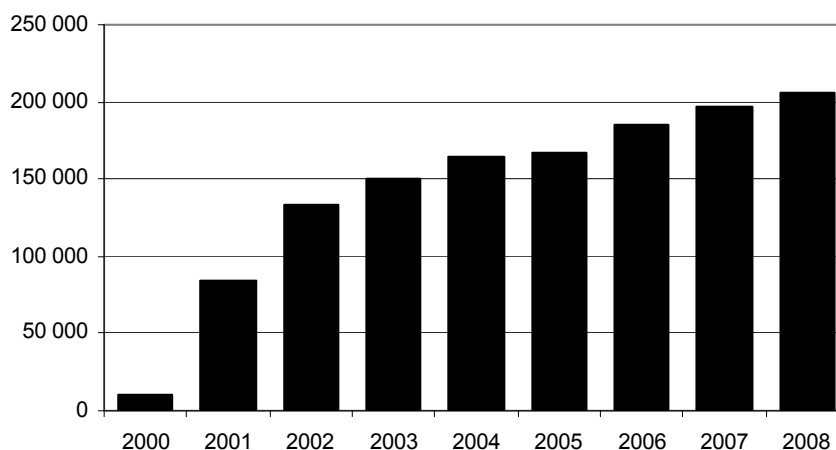
<sup>22</sup> Uppgifter från Apoteket, april 2009.

samlag och förhindrar graviditet hos kvinnor som haft oskyddat samlag vid tiden för ägglossningen genom att ägglossningen förskjuts eller hämmas. Det ska tas så snart som möjligt efter det oskyddade samlaget. Effektiviteten är 95 procent inom 24 timmar, 85 procent inom 25–48 timmar och omkring 60 procent inom 49–72 timmar (Läkemedelsverket, 2005).

### 3.4.3 Användningen av akut-p-piller

Akut-p-piller har funnits i Sverige sedan i mitten på 1990-talet och säljs receptfritt sedan 2001. Förhoppningen i samband med att akut-p-piller blev receptfritt var att aborterna, framför allt bland de yngre åldersgrupperna, skulle minska. Som diagram 3.4 visar har användningen av akut-p-piller under de senaste åren ökat kraftigt. Aborttalen har dock inte gått ner under denna period.

Diagram 3.4 Antalet sålda förpackningar akut-p-piller år 2000–2008



Källa: Apoteket AB

### 3.4.4 Kunskap och tillgänglighet

Ett antal olika studier om kvinnors kunskap, attityder och erfarenheter av akut-p-piller pekar på bristande kunskap bland kvinnor bl.a. när det gäller inom vilka tidsramar akut-p-piller ska tas<sup>23</sup>. Kvinnorna i studierna fick kunskap om akut-p-piller i första hand från media, vänner, skola och, bland tonåringar, från personal på ungdomsmottagningen. Bland lite äldre kvinnor efterfrågades mer information från sjukvården. I artikeln som beskriver ovanstående studier problematiseras tillgängligheten till akut-p-piller på helger. De flesta ungdomsmottagningar delar ut akut-p-piller gratis till flickor som är yngre än 20 år, men under helgerna är

<sup>23</sup> Studierna beskrivs i artikeln ”Trots lättillgängliga akut p-piller sjunker inte antalet aborter”, *Läkartidningen*, nr 47, 2002.



mottagningarna stängda och på många orter finns inte heller helgöppna apotek (Tydén m.fl., 2002). En senare studie visar att kunskaperna om akut-p-piller och hur de fungerar har ökat sedan de blev receptfria (Larsson m.fl., 2004).

En studie med tonårsflickor som fått akut-p-piller i förebyggande syfte visar att de som hade akut-p-piller hemma använde preparatet i högre utsträckning och snabbare efter oskyddat samlag jämfört med kontrollgruppen. Att flickorna hade akut-p-piller hemma resulterade inte i ett ökat sexuellt risktagande. Användningen av kondom och hormonella preventivmedel påverkades inte (Ekstrand, 2008).

### 3.5 Sterilisering

**Arbetsgruppen föreslår** att möjligheterna till en överenskommelse mellan staten och landstingen via SKL undersöks för att öka tillgängligheten till manliga och kvinnliga steriliseringsoperationer.

**Arbetsgruppen anser:**

- att sjukvården i större utsträckning än i dag bör informera om manlig och kvinnlig sterilisering,
- att hälso- och sjukvårdspersonal bör uppdateras med information om manlig och kvinnlig sterilisering.

**Skälen till förslagen:**

Sterilisering är i dag en ovanlig preventivmetod bland både kvinnor och män. Manlig sterilisering (vasektomi) är en metod som mycket få män utnyttjar, trots att det är den säkraste manliga preventivmetoden som finns i dag. För kvinnor är sterilisering och kopparspiral de enda effektiva hormonfria preventivmetoderna. För kvinnor kan det finnas medicinska skäl som gör att de inte kan använda hormonella preventivmedel eller spiral och då kan sterilisering av kvinnan eller hennes partner vara ett alternativ.

Medelåldern för dem som steriliserades 2007 var 38 år för kvinnor och 42 år för män<sup>24</sup>. Av de kvinnor som genomgick abort under 2008 utgjorde kvinnor över 34 år 20 procent (Socialstyrelsen, 2009). Bland kvinnor i denna åldersgrupp kan det i högre grad än i de yngre åldersgrupperna finnas de som genomgår abort på grund av att de redan har önskat antal barn.

---

<sup>24</sup> Uppgifter från EpC, Socialstyrelsen.

Kvinnor steriliserar sig i större utsträckning än män trots att det är ett större ingrepp för kvinnan. Kvinnlig sterilisering innebär större komplikationsrisk och genererar större kostnader för landstingen än i det fall en man steriliserar sig. Arbetsgruppen anser att information om framför allt manlig sterilisering behöver bli bättre för att öka andelen och antalet manliga steriliseringar.

Tillgängligheten till manlig och kvinnlig sterilisering varierar mellan landstingen. I några landsting är väntetiderna långa, i andra fall ställer landstinget särskilda medicinska eller andra krav för att en kvinna eller en man ska få steriliseras. Patientkostnaden för sterilisering varierar kraftigt. Det är arbetsgruppens mening att sterilisering bör möjliggöras för dem som är i behov av det genom en ökad tillgänglighet och rimliga avgifter. Det bör därför undersökas om en överenskommelse mellan staten och SKL är möjlig angående hur landstingen ska kunna öka tillgången till steriliseringsoperationer praktiskt och ekonomiskt.

Eftersom steriliseringar är så pass ovanliga i dag behöver personal inom hälso- och sjukvård uppdaterad information om detta för att i sin tur ha möjlighet att informera patienten på ett adekvat sätt. En studie från Umeå visar att barnmorskor och gynekologer mycket sällan tar upp sterilisering som ett alternativ i samband med preventivmedelsrådgivning (Engström och Ljungqvist, 2008). Det är viktigt att både kvinnor och män får information om alla alternativa preventivmetoder i dessa sammanhang.

### 3.5.1 Steriliseringslagen

Steriliseringslagen (1975:80) anger att personer som fyllt 25 år har rätt att steriliseras efter informerat samtycke (1 §). I praktiken innebär informerat samtycke att patienten får information om ingreppet och följderna och sedan får skriva under en samtyckesblankett. Den som fyllt tjugofem år och är svensk medborgare eller bosatt i riket får steriliseras på egen begäran. Vägras sterilisering ska frågan omedelbart underställas Socialstyrelsens prövning (2 §).

### 3.5.2 Vad innebär en sterilisering?

Sterilisering är en operation som är avsedd att ge ett definitivt skydd mot graviditeter under resten av livet. Kvinnlig sterilisering innebär att operationen åstadkommer stopp i äggledarna så att ägg och spermier inte kan mötas. Sterilisering av mannen innebär att förbindelsen mellan testiklar och urinröret bryts genom en operation. Manlig sterilisering är ett relativt enkelt kirurgiskt ingrepp som görs med lokalbedövning, medan sterilisering av kvinnor är en större operation som utförs under

narkos. Eftersom kvinnlig sterilisering är en större operation innebär den också en större risk för komplikationer än en manlig sterilisering.

### 3.5.3 Patientens och landstingens kostnad för sterilisering

Kvinnlig sterilisering är mer än dubbelt så kostsam för landstingen än manlig sterilisering. Genom uppgifter från SKL har en genomsnittskostnad för kvinnlig sterilisering kunnat beräknas till ca 19 000 kronor. Det underlag som använts för beräkningen är genomsnittskostnaderna för två olika typer av kvinnliga steriliseringsoperationer inom slutenvården respektive öppenvården. Landstingens genomsnittskostnad för manlig sterilisering, vilken nästan uteslutande görs inom öppenvård, är ca 8 000 kronor.

Patientens kostnad för sterilisering varierar beroende på vilket landsting han eller hon är bosatt i. I många landsting tas endast patientavgift ut, medan det i vissa förekommer avgifter på upp till 13 000 kronor<sup>25</sup>. I några av de landsting som endast tar ut vanlig patientavgift finns begränsningar i utbudet och steriliseringar görs därför endast vid särskilda skäl eller stark medicinsk indikation.

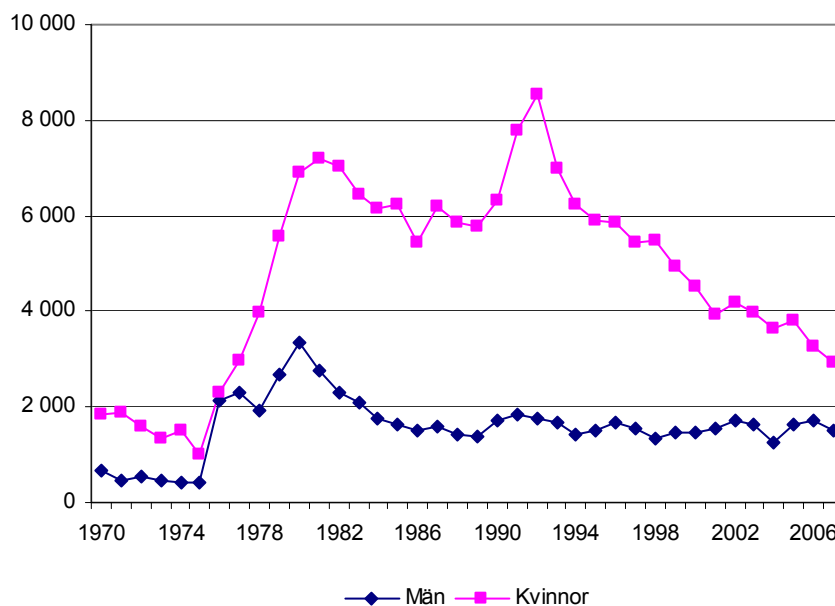
### 3.5.4 Hur vanligt är sterilisering i Sverige?

Sterilisering är i dag en relativt ovanlig preventivmetod i Sverige. Statistik som inhämtats från Socialstyrelsens patientregister och som redovisas i diagram 3.5, visar att införandet av steriliseringslagen 1975 gav upphov till en ökning av både antalet manliga och kvinnliga steriliseringar. De manliga steriliseringarna har sedan dess legat relativt lågt och väsentligt mycket lägre än de kvinnliga steriliseringarna. Under perioden 1992–2003 halverades antalet kvinnliga steriliseringar i Sverige och i dag är både manlig och kvinnlig sterilisering en ovanlig preventivmetod.

---

<sup>25</sup> Uppgifter från SFOGs och Svensk Urologisk Förenings skrivelse till SKL den 30 mars 2009.

Diagram 3.5 Antal steriliseringar bland män och kvinnor under åren 1970–2007



**Källor till diagrammet:**

År	Män	Kvinnor
1969 – 1975	Pat.reg. slutenvård	Steriliseringsregistret
1976 – 2003	Steriliseringsregistret	Steriliseringsregistret
2004 – 2007	Pat.reg öppen och sluten	Pat.reg öppen och sluten

3.5.5 Information om sterilisering inom hälso- och sjukvården

En undersökning av läkarstudenter vid Umeå universitet från 2008 visar att gynekologer och barnmorskor mycket sällan tar upp sterilisering som ett alternativ vid preventivmedelsrådgivning. Majoriteten av personalen i undersökningen samtalade om sterilisering mer sällan än vid vart tionde preventivmedelssamtal. 86 procent uppgav dessutom att det oftast var patienten själv som initierade samtalet om sterilisering (Engström och Ljungqvist, 2008).

3.5.6 Manlig sterilisering

Andrologisektionen inom Svenska Läkaresällskapet har sammanställt det vetenskapliga program om sterilisering och män som presenterades vid årsmötet 2004 i skriften *Vem vill vara gift med en kastrerad tupp – en diskussion om sterilisering och män* (Andrologiskt Centrum, 2004). I skriften problematiseras det faktum att manlig sterilisering (vasektomi) underutnyttjas, det vill säga att män steriliserar sig i mycket lägre grad än kvinnor, trots att det är mindre riskfyllt och mindre kostsamt än kvinnlig sterilisering. Man menar att hälso- och sjukvården skulle göra stora

ekonomiska vinster om män steriliserades i högre utsträckning. Manlig sterilisering omgärdas av en hel del myter, bl.a. att en man kan bli impotent av ingreppet. En studie från WHO där sterilisering i sex olika länder jämförts visar att korrekt information om sterilisering leder till att fler män steriliserar sig (Laundry m.fl., 1997).

Specialister på manliga steriliseringar menar att sjukvården inte ser kopplingen mellan önskade graviditeter och bristen på tillgänglighet till manlig sterilisering. Vasektomi är inte prioriterat inom den offentliga vården och tillgängligheten är därför begränsad. Att manlig sterilisering är så lågt prioriterat har resulterat i att utvecklingen inom området delvis avstannat. Tekniken för ingreppet och rutiner för uppföljning varierar mycket inom landet. Ökade kunskaper om och tillgänglighet till manlig sterilisering samt mer information från landstingen (på hemsidor samt skriftlig och muntlig information vid preventivmedelsrådgivning) behövs för att antalet manliga steriliseringar ska öka<sup>26</sup>.

### 3.5.7 Sterilisering i andra länder

Sedan 1985 har Finland haft fri sterilisering för den som fyllt 30 år, har tre barn eller medicinska skäl för sterilisering. Efter 1985 ökade antalet steriliseringar kraftigt. I slutet på 1990-talet genomfördes en kampanj för att få fler män att sterilisera sig. Det blev lättare för männen att komma i kontakt med sjukhuset för att sterilisera sig och man började använda no-scalpel vasectomy istället för den traditionella metoden. Dessa åtgärder gav effekt – antalet manliga steriliseringar ökade och de kvinnliga steriliseringarna minskade. No-scalpel vasectomy är en snabbare och billigare metod än den traditionella och har dessutom mindre komplikationsrisk. Metoden är vanlig i t.ex. USA, Kanada och Finland (Andrologiskt centrum, 2004).

I Holland har man traditionellt haft en hög andel steriliseringar delvis beroende på att det fram till 2004 var gratis. Sterilisering blev därför det alternativt par som redan hade önskat antal barn valde. I takt med att åldern för barnafödande och p-pilleranvändningen ökat har andelen steriliseringar sjunkit. Manlig sterilisering har utgjort majoriteten av steriliseringar i Holland sedan 1970-talet. Aborter bland kvinnor med önskat antal barn är mycket ovanligt i Holland (Ketting, 1994). Enligt uppgifter från en sexualvaneundersökning 2006 (*Seksuele Gezondheid in Nederland 2006*) framkommer att 14 procent av männen i åldersgruppen 40–49 år var steriliserade.

---

<sup>26</sup> Skriftlig information från Ulrik Kvist, överläkare på Centrum för Andrologi och Sexualmedicin, Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm.



#### 4. Hälsa- och sjukvårdens förebyggande arbete

Hälsa- och sjukvården har en central roll i att förebygga oönskade graviditeter och STI. De mottagningar som är specialiserade på sexuell och reproduktiv hälsa erbjuder preventivmedelsrådgivning och står för förskrivningen av preventivmedel. Inom hälsa- och sjukvården erbjuds också samtal om sexualitet, sexuellt risktagande och livsstilsfrågor som kan verka förebyggande genom att patienten får möjlighet att reflektera över sitt beteende och sin livsstil.

##### 4.1 Ungdomsmottagningar

###### Arbetsgruppen föreslår:

- att ungdomsmottagningarnas uppdrag definieras nationellt och att huvudmannskapet delas mellan kommuner och landsting,
- att Socialstyrelsen får i uppdrag att utvärdera ungdomsmottagningarnas verksamhet,
- att möjligheterna för att med statliga medel utveckla en sms-tjänst för rådgivning till ungdomar och unga vuxna i UMOs regi undersöks.

###### Arbetsgruppen anser:

- att ungdomsmottagningarna även bör vara öppna under sommaren och att tillgängligheten under året ska vara ungdomsanpassad genom t.ex. drop-in-tider och kvällsöppen verksamhet,
- att ungdomsmottagningarnas verksamhet riktad mot pojkar och unga män bör stärkas genom kompetensutveckling, mer manlig personal och genom att utveckla det utåtriktade arbetet,
- att personalens kompetens i sexologi bör stärkas för att kunna möta människor med olika behov och förutsättningar.

###### Skälen till förslagen:

Ungdomsmottagningarna är kända av ungdomar och är den mottagning de kan vända sig till med frågor om hälsa, sexualitet och preventivmedel. Vilken betydelse verksamheten har för ungdomars sexuella och reproduktiva hälsa är dock inte känd eftersom utvärderingar och forskning på området saknas.

På grund av att ungdomsmottagningarna är en frivillig verksamhet för kommuner och landsting innebär det att alla ungdomar inte naturligt har tillgång till en ungdomsmottagning. För att säkerställa ungdomars tillgång till ungdomsmottagningar med verksamhet av god kvalitet och

med liknande serviceutbud föreslår arbetsgruppen att mottagningarnas uppdrag definieras nationellt.

Dagens ungdomsmottagningar har varierande bemanning och öppettider. Det finns ungdomsmottagningar som har öppet hela veckan medan andra endast är tillgängliga ett par timmar i veckan. Arbetsgruppen anser att mottagningar med begränsad tillgänglighet och service istället bör kallas "ungdomsvänlig mottagning" och att baskrav för ungdomsmottagningar bör utarbetas när det gäller tillgänglighet, personal och kompetens. I uppdraget bör det dessutom tydliggöras att ungdomsmottagningarna ska vända sig både till flickor och pojkar. För att nå pojkar är det viktigt med utåtriktad verksamhet, vilket i så fall också borde vara reglerat i uppdraget. I mindre kommuner kan det inte ställas krav på att det ska finnas en ungdomsmottagning eftersom befolkningsunderlaget är för litet, men där bör en ungdomsvänlig mottagning kunna remittera till närmaste ungdomsmottagning i regionen. På så sätt får alla ungdomar oberoende av var de bor garanterad tillgång till en ungdomsmottagning.

Arbetsgruppen föreslår att huvudmannskapet delas mellan landsting och kommun på grund av att arbetet är både av medicinsk och social karaktär.

Ungdomsmottagningarnas öppettider bör i större utsträckning anpassas efter ungdomarnas behov. Möjligheten att boka besök via telefon och e-post behöver också anpassas och i många fall utökas. Det är viktigt att ungdomsmottagningarna inte stänger under sommaren. Även UMO ([ungdomsmottagningen.se](http://ungdomsmottagningen.se)) bör ha öppet under skolloven. Drop-in-tider och kvällsöppet är ytterligare ett sätt att göra mottagningarna mer tillgängliga. Detta är välbesökta tider på mottagningar där sådana möjligheter finns i dag.

Oavsett kön, sexuell läggning, kulturell bakgrund eller eventuellt funktionshinder ska det vara möjligt att få hjälp med frågor som rör sexuell och reproduktiv hälsa. Inom landstingen kan det i vissa fall organiseras så att några ungdomsmottagningar har särskild kompetens när det gäller t.ex. unga mäns sexualitet, hbt-frågor eller kulturella aspekter på sexualitet. Kompetensen behöver dock stärkas generellt på ungdomsmottagningarna för att alla ungdomar ska ha tillgång till så god service som möjligt.

För att ytterligare förenkla för ungdomar att ställa frågor om sexualitet, hälsa och relationer, föreslår arbetsgruppen att möjligheten att utveckla en sms-tjänst liknande den som finns i Norge för ungdomar och unga



vuxna undersöks. Inte alla ungdomar har tillgång till dator där de kan ställa frågor till UMO. Medierådets enkätundersökning *Ungar och medier 2008* visar att andelen ungdomar i åldrarna 12–15 år som har en egen mobiltelefon är mycket större (96 procent) än de som har dator med internet på sitt eget rum (50 procent). Tillgängligheten till rådgivning för ungdomar skulle således öka med en sms-tjänst. Eftersom UMO redan i dag har en frågetjänst via sin webbplats anser arbetsgruppen att förutsättningarna för att en sms-tjänst administreras av UMO bör undersökas.

#### 4.1.1 Bakgrund

Landets ungdomsmottagningar arbetar med att förebygga oönskade graviditeter och sexuellt överförda infektioner men har även ett brett perspektiv på främjande av fysisk och psykisk hälsa. De ungdomar som kommer till mottagningarna söker för frågor om preventivmedel, oönskade graviditeter, sexuellt överförda infektioner och för samtal om kroppsutveckling och sexuella relationer.

De första ungdomsmottagningarna startade 1970. I samband med att den nuvarande abortlagen trädde i kraft 1975 expanderade verksamheten i samverkan mellan mödravård och socialtjänst. Verksamheten inriktades i början på abortförebyggande arbete och riktade sig i första hand till unga kvinnor. Senare tillkom även STI-prevention vilket kan ha bidragit till att andelen män som besöker ungdomsmottagningarna har ökat något under senare år. Med tiden har ungdomsmottagningarna fått en allt större roll vad avser insatser för ungdomars psykiska och sociala hälsa genom samtalsbehandling och stöd vid familje- och relationsproblem.

#### 4.1.2 Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar – FSUM

1988 bildades Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar, en intresseorganisation för ungdomsmottagningar över hela landet. I dag har organisationen 224 medlemsmottagningar ([www.fsum.org](http://www.fsum.org)). En av föreningens viktigaste uppgifter är att stimulera landsting och kommuner att inrätta ungdomsmottagningar där sådana saknas och att stödja utvecklingen av redan befintliga mottagningar. Föreningen för statistik över antalet individuella besök och gruppbesök som görs på mottagningarna. För 2007 rapporterade hälften av medlemsmottagningarna in statistiskt underlag till FSUM.

För att få kalla sig ungdomsmottagning ska det enligt FSUM finnas minst en barnmorska med förskrivningsrätt, en kurator och/eller psykolog samt läkare i personalen. FSUM anser att öppettiderna ska vara anpassade efter ungdomarnas behov, besöken avgiftsfria och att

verksamheten ska bedrivas i särskilda lokaler som endast besöks av ungdomar under den tid mottagningen är öppen ([www.fsum.org](http://www.fsum.org)).

#### 4.1.3 Kartläggning av ungdomsmottagningarna och vägledning för deras arbete

I Socialstyrelsens rapport från 2008, *Att förebygga oönskade graviditeter*, betonas ungdomsmottagningarnas behov av ett tydligt uppdrag och en gemensam struktur. Att ungdomsmottagningarna i första hand är utformade utifrån kvinnors behov problematiseras och anses ytterligare förstärka det stora ansvar som kvinnor redan i dag tar för prevention av oönskade graviditeter och STI. Bristande uppföljning på ungdomsmottagningarna anses försvåra verksamhetens kvalitativa utveckling. Det finns inga utvärderingar av vilken effekt verksamheten på ungdomsmottagningarna har på det förebyggande arbetet inom sexuell och reproduktiv hälsa.

För närvarande tar Socialstyrelsen fram ett kunskapsunderlag och en vägledning för ungdomsmottagningar och liknande verksamheter. Detta uppdrag ska redovisas till regeringen i juni 2009.

#### 4.1.4 Organisation och uppdrag

Vem som är huvudman för en ungdomsmottagning varierar. Enligt uppgifter från FSUM har ca 10 procent kommunen som huvudman, 43 procent landstinget som huvudman, 42 procent har både landsting och kommun som huvudman och ca 5 procent har annan huvudman (privata organisationer eller stiftelser).

Eftersom det är ett frivilligt åtagande för sjukvårdshuvudmännen att erbjuda service inom ramen för en ungdomsmottagning råder det i dag stora skillnader mellan kommuner och kommundelar när det gäller ungdomsmottagningarnas utformning och tillgänglighet.

#### 4.1.5 Åldersgränser

FSUM rekommenderar att den övre åldersgränsen för en ungdomsmottagning ska vara 23–25 år. I praktiken varierar åldersgränserna, men ofta finns en nedre gräns på 12–13 år och en övre på 20–25 år. På vissa orter är den övre åldersgränsen olika för män och kvinnor. Det beror på att kvinnor anses ha ett alternativ till ungdomsmottagningen genom att de kan gå till barnmorskemottagningen (mödravårdscentralen). Barnmorskemottagningar har dock inte samma samlade kompetens som ungdomsmottagningarna, vilket i praktiken gör att det finns risk för att kvinnor i vissa fall har sämre tillgång till service än vad män har.

#### 4.1.6 Tillgänglighet

Ungdomsmottagningarnas öppettider varierar mellan ett par timmar per vecka och 40 timmar per vecka. Ibland är ungdomsmottagningen endast öppen under tider när eleverna går i skolan. Det innebär att elever ibland måste ta ledigt för att gå till ungdomsmottagningen. Vissa ungdomsmottagningar har försökt att ungdomsanpassa öppettiderna och infört drop-in någon eller några gånger i veckan, ibland på kvällstid. I vissa fall är dessa tider så kallade killmottagningar.

Vid arbetsgruppens besök på skolor runt om i landet har ungdomar vid ett flertal tillfällen påpekat att ungdomsmottagningarnas telefontider är alltför begränsade och att det är svårt att beställa tid när telefontiderna endast är under skoltid. På vissa skolor hjälper skolsköterskan eleverna att boka tid på ungdomsmottagningen för att eleverna ska slippa gå ifrån på lektionstid.

Det faktum att vissa ungdomsmottagningar håller stängt under sommaren är ett problem, erfar arbetsgruppen. Det har framkommit synpunkter på att mottagningarna bör vara tillgängliga även under sommaren så att ungdomar även då får tillgång till preventivmedelsrådgivning och provtagning för sexuellt överförda infektioner.

Möjligheten att via e-post kontakta sin ungdomsmottagning varierar. Det är fortfarande en stor andel av ungdomsmottagningarna som inte har någon publik e-post vilket gör att eleverna hänvisas till att boka tid för besök via telefon eller genom ett personligt besök.

#### 4.1.7 UMO - en virtuell ungdomsmottagning

De reguljära ungdomsmottagningarna når inte alla ungdomar. Därför har en ungdomsmottagning på nätet, UMO, skapats. Webbplatsen vänder sig till ungdomar i åldrarna 13–25 år och lanserades i november 2008.

UMO ska erbjuda pålitlig och lättillgänglig information inom områden som kan upplevas som känsliga eller svåra att ta upp i reguljära kontakter med hälso- och sjukvården. Den innehåller kvalitetssäkrade texter om framför allt sexuell och reproduktiv hälsa, relationer, könsroller, kroppens utveckling, psykisk hälsa, livsstilsrelaterade ämnen samt våld och förtryck i relationer.

En flitigt använd tjänst på den virtuella ungdomsmottagningen är möjligheten att ställa frågor och få personliga svar av hälso- och sjukvårdspersonal med relevant kompetens. När det gäller tjänsten ”Fråga UMO” ställs ca 30 procent av alla frågor av pojkar och unga män,

vilket är dubbla andelen manliga besökare på reguljära ungdomsmottagningar (UMO, 2009).

Den virtuella ungdomsmottagningen innehåller även kontaktuppgifter och information om den verksamhet och service som erbjuds på reella ungdomsmottagningar, vilket har gjort att de reguljära ungdomsmottagningarnas tillgänglighet på internet har ökat.

#### *Webbplats, frågetelefon, och sms-tjänst i Norge*

I Norge finns en motsvarighet till UMO – Klara Klok – som riktar sig till ungdomar och unga vuxna i åldrarna 10–30 år. SUSS – Senter for ungdomshelse samliv og seksualitet - erbjuder dessutom möjlighet att ställa frågor och få svar på frågor om hälsa, sexualitet och relationer via e-post, telefon och sms. SUSS är en landstäckande stiftelse som drivs av hälsopersonal med kompetens inom hälsoförebyggande arbete bland unga. SUSS mål är att öka möjligheterna för ungdomar att uppnå bättre hälsa, framför allt när det gäller att förebygga oönskade graviditeter, abort och sexuellt överförda infektioner ([www.suss.no](http://www.suss.no)). Genom sina två hjälptelefoner SUSS-telefonen och SUSS-legen (Telefonen for sexuell hälsa) hjälper SUSS drygt 21 000 unga varje år. Det finns också möjlighet att få anonym rådgivning via sms. Svaret kommer till mobilen och kostar en krona. Under 2007 ställdes nästan 18 procent av frågorna via sms, det vill säga ca 3 800 frågor (Suss, 2007).

#### 4.1.8 Hur kan ungdomsmottagningarna nå pojkar och unga män?

Det är i dag en övervägande majoritet flickor och unga kvinnor som besöker ungdomsmottagningarna. FSUMs besöksstatistik (för 50 procent av mottagningarna) visar att det under 2007 var 11,5 procent av besökarna som utgjordes av pojkar och 88,5 procent av flickor.

Socialstyrelsen gjorde 1998 en översyn av ungdomsmottagningarnas verksamhet med särskild uppmärksamhet riktad mot pojkarnas möjlighet till stöd och råd vilken utmynnade i rapporten *Ungdomsmottagningarnas kontakter med pojkar* (2000). Rapporten pekar på vikten av att det utåtriktade arbetet är av hög kvalitet och att både det medicinska och psykosociala området på ungdomsmottagningarna behöver utvecklas. I rapporten föreslår man att kompetens kring pojkars och unga mäns behov stärks. Områden som anses viktiga är manlig reproduktiv hälsa, STI-prevention, pojkars tonårsutveckling, psykologiska och psykosomatiska besvär samt abortförebyggande arbete för pojkar. I det utåtriktade arbetet förespråkar Socialstyrelsen att män deltar. I rapporten föreslår man också att det bör finnas mer manlig personal på ungdomsmottagningarna, eftersom manlig personal ökar antalet besök av pojkar.

I bl.a. Skåne har flera ungdomsmottagningar anställt manlig psykosocial personal vilket har gjort att andelen pojkar och unga män som besöker mottagningen har ökat<sup>27</sup>. Dessutom har man på vissa mottagningar valt att i den utåtriktade verksamheten i skolor alltid ha både kvinnlig och manlig personal just för att nå även pojkarna.

#### 4.1.9 Professioner och kompetens på ungdomsmottagningarna

Eftersom ungdomsmottagningarnas arbete inte är reglerat på nationell nivå har FSUM angivit vilken kompetens som bör finnas på mottagningen. FSUM anser att det bör finnas såväl medicinsk som psykisk/social kompetens. Sammansättningen av personal bör enligt FSUM bestå av minst en barnmorska med förskrivningsrätt, en kurator och/eller psykolog samt läkare. Ofta är en läkare i praktiken knuten till ungdomsmottagningen på deltid och kurator och barnmorska står för den största delen besök och kontakter med ungdomar.

Eftersom ungdomsmottagningarna är uppbyggda kring unga kvinnors behov, bl.a. för att hitta lämpliga preventivmedel, har barnmorskorna utgjort en viktig profession på ungdomsmottagningarna.

Barnmorskornas grundutbildning är inriktad på kvinnors hälsa. För att unga män ska ha samma möjlighet att få svar på frågor om sin kropp och sexualitet har ungdomsmottagningarna på vissa orter även anställt en sjuksköterska med inriktning på andrologi.

Socialstyrelsen genomförde 2008 en enkät bland Sveriges ungdomsmottagningar i samband med kartläggningen av verksamheten. Av de ungdomsmottagningar som svarade på enkäten angav drygt hälften att de önskade fortbildning när det gäller metoder för utåtriktat arbete, gruppmetodik, samtalsmetodik, kultur/etnicitet och homo-, bi- och transsexualitet (Ideström, 2009). Den information arbetsgruppen mottagit vid besök på ungdomsmottagningar runt om i landet stämmer överens med det som framkommer i enkäten, nämligen att personalen i allmänhet önskar mer fortbildning.

---

<sup>27</sup> Personlig kommunikation med personal på ungdomsmottagningar i Skåne, bland annat Ungdomsmottagningen Rooseum i Malmö.

## 4.2 Mottagningar för unga vuxna och vuxna

**Arbetsgruppen föreslår** att Socialstyrelsen utvärderar sesammottagningarna och liknande verksamheter.

**Arbetsgruppen anser:**

- att antalet sesammottagningar utökas över landet, framför allt på högskoleorterna,
- att samarbetet mellan studenthälsovård och sesammottagningar eller liknande mottagningar bör främjas,
- att preventivmedelsrådgivningen på mödravårdscentraler och barnmorskemottagningar bör stärkas,
- att tydlig information om vart män och kvinnor ska vända sig inom vården för frågor om sexuell och reproduktiv hälsa bör vara tillgänglig på varje landstings webbplats.

**Skälen till förslagen:**

Vart unga vuxna och vuxna ska vända sig med frågor som rör sexuell och reproduktiv hälsa varierar över landet. Sex- och samlevnadsmottagningar kan med sin breda kompetens och sitt tvärprofessionella arbete ta emot både kvinnor och män för frågor inom hela området sexuell och reproduktiv hälsa. För att öka tillgängligheten till preventivmedelsrådgivning för kvinnor och män anser arbetsgruppen att antalet sex- och samlevnadsmottagningar bör utökas över landet, framför allt på högskoleorterna.

Att studenter har god tillgång till rådgivning som berör sexualitet, samlevnad och preventivmedel bör prioriteras eftersom det är en åldersgrupp med hög förekomst av sexuellt överförda infektioner och som även genomgår fler aborter relativt sett. På de högskoleorter där det finns många högskolestuderande är det därför särskilt angeläget att etablera sesammottagningar. Det är också angeläget att studenthälso-mottagningarna etablerar ett bra samarbete med dessa mottagningar.

### 4.2.1 Studenthälsovård

Högskolor eller universitet är huvudmän för studenthälsovården. I dag har Studenthälsan på de flesta orter inget uppdrag från högskolan att arbeta förebyggande med oönskade graviditeter eller STI. De flesta har verksamhet inriktad mot stressrelaterade och psykosociala problem och har därför anställt kurator och sjuksköterska. Endast ett fåtal mottagningar har en barnmorska anställd.

Enligt 1 kap 11 § högskoleförordningen (1993:100) ska högskolorna ”ansvara för att studenterna har tillgång till hälsovård, särskilt förebyggande hälsovård som har till ändamål att främja studenternas fysiska och psykiska hälsa”. Trots att sexualitet och relationer är centrala frågor för många studenter är det i allmänhet inget som studenthälsovården inkluderar i sin ordinarie verksamhet.

På några orter samarbetar Studenthälsan med andra vårdmottagningar på orten som erbjuder preventivmedelsrådgivning och sti-provtagning m.m. I Stockholm finns exempelvis ett samarbete med landstingets sesammottagningar och Studenthälsan kan därför hänvisa studenterna dit. Ett annat exempel är Uppsala där man valt att låta en privat preventivmedels- och gynekologmottagning, ”Studentgyn”, ha sin verksamhet i Studenthälsans lokaler.

#### 4.2.2 Mödravårdscentral/ Barnmorskemottagningar

Mödravårdscentraler, eller barnmorskemottagningar, som många numera heter, har en verksamhet som till stor del är inriktad på graviditetsövervakning. Förutom verksamhet som rör graviditet, föräldraskap och gynekologiska cellprovskontroller ska mödrhälsovården förebygga sexuellt överförda infektioner, graviditeter och aborter samt ge rådgivning och information om preventivmedel och abort (Socialstyrelsen, 1996). Verksamhetens arbete riktar sig i mycket stor utsträckning till kvinnor, även när det gäller det förebyggande arbetet avseende oönskade graviditeter och STI.

#### 4.2.3 Sex- och samlevnadsmottagningar (Sesam-mottagningar)

I vissa landsting finns särskilda mottagningar för frågor om sexualitet och samlevnad, så kallade sesammottagningar. På mottagningarna erbjuds preventivmedelsrådgivning, abortrådgivning, provtagning för sexuellt överförda infektioner samt sex- och samlevnadssamtal. Det som är speciellt för sesammottagningar är det tvärprofessionella samarbetet, vilket innebär att där finns en rad olika professioner som t.ex. venerologer, barnmorskor, beteendevetare (ofta kuratorer) och gynekologer. Sesammottagningarna har ofta både tidsbeställning och drop-in men kan även vara remissinstanser, vilket innebär att barnmorskor och läkare vid andra mottagningar kan skicka patienter dit vid behov. Sesammottagningar finns bl.a. i Växjö, Eskilstuna, Göteborg och Stockholm.

#### 4.2.4 STI-mottagningar

STI- mottagningar är specialistmottagningar för sexuellt överförda infektioner. De behandlar sexuellt överförda infektioner, smittspårar och erbjuder samtal om sex och samlevnad. De flesta STI-mottagningar ligger på hud- eller infektionskliniken på sjukhus.

Ett exempel på en STI-mottagning i egna lokaler är "Sesam City" i centrala Stockholm. Mottagningen drivs av Kvinnokliniken vid Karolinska sjukhuset i Stockholm i samarbete med hud- och infektionsklinikerna, men ligger centralt i en egen mottagning. Besökarnas medianålder är 29 år och 60 procent av besökarna är män. De flesta besök kan göras utan tidsbeställning. Sesam City är en efterfrågad mottagning i Stockholm och varje dag avvisas personer på grund av resursbrist. De manliga besökarna på mottagningen upplever att de inte har några alternativa mottagningar att gå till och att vårdcentralerna inte tillgodoser deras behov<sup>28</sup>.

#### 4.2.5 Mansmottagningar

I de flesta fall är män hänvisade till STI-mottagningar, sesam-mottagningar eller vårdcentraler för frågor om sexuell hälsa. På några orter i Sverige finns mansmottagningar dit män kan vända sig, bl.a. i Gävle och i Göteborg (MUM - Mottagningen för unga män).

I Rinkeby i norra Stockholm finns Järva mansmottagning, en sex- och samlevnadsmottagning för män över 23 år. Mottagningens uppdrag är att förebygga sexuellt överförda infektioner och hiv och att erbjuda män rådgivning, provtagning och behandling. Dess målgrupp är i första hand män med utländsk bakgrund. Förutom kliniskt arbete har mottagningen utåtriktad verksamhet. Sedan 2004 har de bedrivit sexualundervisning inom sfi (svenskundervisning för invandrare) i Stockholm.

#### 4.2.6 Information på internet

Informationen på internet avseende olika typer av mottagningar, preventivmedel och sexuellt överförda infektioner finns i dag på landstingens hemsidor, men hur utförlig informationen är varierar. Vissa landsting ger en god beskrivning av vad de olika vårdenheterna erbjuder medan det i andra fall endast finns kontaktinformation tillgänglig. Några landsting har egen utformad information medan andra kan ha länkar till information på t.ex. sjukvårdsrådgivningens webbplats, 1177.se.

---

<sup>28</sup> Uppgifter från Lena Marions, medicinskt ansvarig på Sesam City.



Under 2009 utvecklas en ny webbplattform inom projektet "Vården på webben" och den första versionen av den nya vårdportalen kommer att lanseras i början av 2010. Projektet kommer bl.a. att innebära att det befintliga nationella innehållet på sjukvårdsrådgivningens webbplats kommer att kompletteras med information som gäller regionalt och lokalt. När det gäller det regionala och lokala innehållet kommer dock landstingen även fortsättningsvis att ansvara för att god information om vad de olika vårdenheterna erbjuder finns tillgänglig.

#### 4.3 Preventivmedelsrådgivning och stödsamtal vid abortmottagningar

##### Arbetsgruppen anser:

- att preventivmedelsrådgivning på abortmottagningarna bör stärkas bl.a. genom kompetensutveckling i samtalsmetodik och om preventivmetoder,
- att mannens ansvar för prevention bör betonas genom att han bjuds in till preventivmedelsrådgivning när det anses lämpligt,
- att partnern till den abortsökande kvinnan bör uppmärksammas och få möjlighet till stödsamtal på abortmottagning eller ungdomsmottagning,
- samordning bör ske inom och mellan vissa landsting för att öka tillgängligheten.

Arbetsgruppen vill också poängtera vikten av att stödsamtalet blir ett neutralt tillfälle då osäkra kvinnor får utrymme att samtala både om möjligheten att fullfölja graviditeten och alternativet att avbryta graviditeten.

##### Skälen till förslagen:

Arbetsgruppen anser att preventivmedelsrådgivningen inom abortvården bör stärkas genom att den ges hög prioritet inom verksamheten och att personalen erbjuds fortbildning i bl.a. samtalsmetodik samt återkommande utbildning om preventivmedel. Vid preventivmedelsrådgivningen bör både kvinnans och mannens ansvar uppmärksammas för att främja ett gemensamt ansvarstagande. Manliga liksom kvinnliga preventivmetoder bör kunna diskuteras vid samtalet.

För att förebygga oönskade graviditeter behöver även män få stöd vid aborter. De bör få tillfälle att diskutera och förstå sin roll och sitt ansvar för att undvika fler oönskade graviditeter. I de fall mannen är i behov av stödsamtal anser arbetsgruppen att detta bör kunna erbjudas. Unga män bör även få denna möjlighet på ungdomsmottagningen.

Väntetiden hos en del av vårdenheterna inom abortvården ökar under sommaren (Socialstyrelsen, 2007c). En kvinna som överväger abort bör

ha möjlighet att omedelbart få tillgång till rådgivning och tidsbokning, även under sommartid. För att förbättra tillgängligheten inom abortverksamheten bör den därför, i de fall tillgängligheten är ett problem, samordnas inom landstinget eller mellan landsting. Att i de större landstingen samordna tidsbokning och rådgivning via en gemensam telefonservice kan vara ett alternativ.

#### 4.3.1 Regelverk för stödsamtal och preventivmedelsrådgivning i samband med abort

Abortlagen (1974:595) reglerar rätten till stödsamtal i samband med abort. En kvinna ska om hon begärt abort erbjudas stödsamtal innan åtgärden utförs (2 §). Stödsamtal ska även erbjudas efter en abort (8 §). Den som ansvarar för verksamheten på det sjukhus eller den inrättning där åtgärden utförs ska se till att ett sådant erbjudande lämnas.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om abort (SOSFS 2004:4) omfattar bl.a. efterkontroll, rutiner för stöd till kvinnan samt vem som ska hålla i stödsamtalen. I kapitel 2 föreskrivs att det vid den sjukvårdsinrättning där den medicinska aborten inleds ska finnas rutiner som säkerställer att kvinnans behov av hjälp och stöd från hälso- och sjukvårdspersonalen blir tillgodosedda under och efter abortens genomförande. Stödsamtal före och efter aborten bör enligt kapitel 3 ges av en yrkesutövare med beteendevetenskaplig kompetens.

Aborten ska avslutas med en efterkontroll som syftar till att fastställa att aborten är helt genomförd. Preventivmedelsrådgivning bör enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd ingå vid efterkontrollen.

#### 4.3.2 SFOGs rekommendationer

Sveriges förening för obstetrik och gynekologi, SFOG, utkom 2006 med en rapport, *Inducerad abort*, som ger vägledning i arbetet med aborter.

Vad informationen i samband med en abort bör innehålla eller vad stödsamtalen har för syfte är inte reglerat i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. I SFOGs rapport rekommenderas att en abortsökande kvinna får information som ger ”tillräckligt faktaunderlag för att möjliggöra ett så fritt val som möjligt”. SFOG betonar i en annan rapport, *Mödrhälsovård, sexuell och reproduktiv hälsa*, vikten av att kvinnans beslut känns genomtänkt och att det är grundat i att det är det bästa valet i den givna situationen (SFOG, 2008).

När det gäller preventivmedelsrådgivning i samband med abort rekommenderar SFOG lokalt utarbetade riktlinjer vid varje abortklinik. Kvinnan ska känna sig nöjd med valet av preventivmedel för att hon ska

vara motiverad att använda det efter aborten (SFOG, 2006). Efterkontrollen med preventivmedelsrådgivning kan ibland ske vid en barnmorskemottagning eller ungdomsmottagning om kvinnan redan har en kontakt där eller bor närmare.

#### 4.3.3 Bemötande i samband med abort

De kvinnor som inte har beslutat sig för att genomgå abort när de kommer till abortmottagningen är en liten andel av de kvinnor som kommer till mottagningarna. I en studie om abortsökande kvinnor i Stockholm beslutade sig 72 procent av kvinnorna för att genomgå abort i samband med att graviditeten bekräftades med graviditetstest. Nittiotvå procent av de abortsökande kvinnorna hade bestämt sig innan de kom till abortmottagningen, vilket innebar att åtta procent av kvinnorna var osäkra huruvida de skulle fullfölja graviditeten eller inte (Holmgren, 1988). I en studie om abortsökande kvinnor i Umeå var andelen kvinnor som inte bestämt sig när de kom till abortmottagningen också åtta procent (Kero, 2001).

Stödsamtalet är ett tillfälle då kvinnor som är osäkra kan komma fram till ett beslut som de känner är grundat i dem själva. I en studie om tonårsflickor som genomgår abort framkommer att den närmaste omgivningen, i första hand partner och föräldrar, är mycket negativa till att flickorna fullföljer en graviditet, inte bara mycket unga flickor utan även de som är runt 20 år. På grund av den negativa inställningen från de närmaste tyckte en del av flickorna i studien att de i praktiken inte hade ett fritt val att besluta huruvida de skulle fullfölja eller avbryta graviditeten. Utifrån det här perspektivet ansåg flickorna det var särskilt viktigt att de fick neutralt stöd av vårdpersonalen i samband med aborten (Ekstrand, 2008).

#### 4.3.4 Preventivmedelsrådgivning i samband med abort

Att en kvinna genomgår en abort kan vara ett resultat av att hon inte hittat ett preventivmedel hon är nöjd med. Om hon inte hittar ett preventivmedel i samband med aborten finns det risk för att hon ställs inför en oönskad graviditet på nytt.

I studien om abortsökande tonårsflickor som beskrivs ovan förekom det att en del av flickorna även efter aborten hade sexuella kontakter utan att använda preventivmedel. I vissa fall handlade det om att de fortfarande inte hittat ett preventivmedel de var nöjda med. Några av flickorna upplevde påtryckningar från föräldrar eller vårdpersonal när det gällde val av preventivmedel efter aborten. Tidigare upplevelser av biverkningar och oro för desamma var orsaker som gjorde att flickorna ställde sig

tveksamma till de alternativ som föreslogs. Författaren poängterar vikten av att flickornas oro för biverkningar tas på allvar och att preventivmedelssamtalet ger utrymme för en dialog med kvinnan för att hon ska kunna hitta det preventivmedel som passar henne bäst (Ekstrand, 2008).

I en studie i avhandlingen *Paradoxes in Legal Abortion* från Umeå universitet 2002 var 58 procent av de abortsökande kvinnorna i åldrarna 15–49 år tveksamma till att använda spiral eller hormonella preventivmedel. Andelen bland gifta eller sammanboende kvinnor var 70 procent. I en annan studie om preventivmedelsanvändning efter abort konstateras att vårdpersonal som håller i preventivmedelsrådgivningen måste vara medvetna om kvinnors ambivalens inför moderna effektiva preventivmedel för att kunna erbjuda god preventivmedelsrådgivning (Kero, 2005). Kvinnors tveksamhet inför preventivmedel ställer stora krav på personalens kompetens att samtala om preventivmedel med kvinnor i olika situationer och med olika förutsättningar.

#### 4.3.5 Partners roll

En kvinna som ska genomgå en abort ska erbjudas ett stödsamtal både före och efter aborten. Mannen har inte samma rättigheter men bjuds många gånger in till samtalet. SFOG belyser vikten av att partnern uppmärksammas i abortsammanhang. ”Partners behov av information och omhändertagande behöver tillgodoses så mannen blir synlig och kan känna sig delaktig genom hela abortprocessen” (SFOG 2006). I en svensk studie om män involverade i aborter från 2004 visade det sig att över hälften av de män som följt med sin partner till sjukhuset i samband med abort upplevde att personalen på sjukhuset inte hade en välkomnande attityd (Kero, 2004).

#### 4.3.6 Särskild uppmärksamhet vid reaborter

Under 2008 utgjorde upprepade aborter 38 procent av det totala antalet aborter (Socialstyrelsen, 2009). Att en kvinna genomgår flera aborter kan bl.a. vara en konsekvens av att hon inte hittat ett preventivmedel hon är nöjd med. SFOG anser att kvinnor som gjort flera aborter kan behöva extra kvalificerad rådgivning och stöd för att hitta ett fungerande preventivmedel (SFOG, 2006).

#### 4.3.7 Frågor om våld i samband med abort

Det finns forskning som pekar på att det finns ett samband mellan kvinnor som utsatts för våld och oönskade graviditeter som leder till abort (Hilden m.fl., 2004). Om personalen på abortmottagningar frågar alla kvinnor som söker för abort om de utsatts för våld kan detta leda till

att orsaken till aborten kartläggs samt att framtida aborter för kvinnan kan undvikas om hon får hjälp med våldsproblematiken.

#### 4.3.8 Abortmottagningarnas tillgänglighet

I Socialstyrelsens rapport *Abortverksamheten till och med graviditetsvecka 12* kartläggs bl.a. landstingens väntetider för abort under tidig graviditet för perioden juli 2005–juli 2006. Rapporten visar att nästan en fjärdedel av vårdenheterna stängde under sommaren, varav de flesta var privata. Väntetiden för abort uppgavs för 15 procent av enheterna vara längre under sommaren. Det var framför allt i Stockholms län som flera enheter hade längre väntetider än resten av året. Socialstyrelsen föreslår i sin rapport att abortverksamheten, framför allt under semesterperioder, bör samordnas inom eller i vissa fall mellan olika landsting för att väntetiderna inte ska förlängas (Socialstyrelsen, 2007c).

Arbetsgruppen har i samtal med personal på abortkliniker i Stockholm fått kännedom om att tillgängligheten till abortvården begränsas under semestertider när några vårdenheter är stängda. Det är periodvis svårt att boka tid per telefon och en del abortkliniker tar bara emot patienter i det egna upptagningsområdet, vilket tillsammans begränsar kvinnans möjligheter att få vård omgående.

#### 4.4 Abortstatistik

**Arbetsgruppen föreslår** att landstingen bör inkludera kvinnans personidentitet i de uppgifter om abort som rapporteras till Socialstyrelsen. På så sätt jämförs abortverksamheten med övrig hälso- och sjukvård när det gäller kvalitetsuppföljning, patientsäkerhet m.m.

##### **Skälen till förslaget:**

Abortverksamheten kan i dag inte utvärderas kvalitets- och resultatmässigt beroende på att personidentitet gallras ut i de uppgifter som landstingen lämnar till Socialstyrelsen avseende aborter. Av samma anledning saknas möjlighet att göra heltäckande uppföljningar av komplikationer vid abort, utvärderingar av abortmetoder, eventuella risker med behandlingen samt uppföljningar av hälsan hos de kvinnor som genomgått en abort, eftersom ingen central registrering görs.

Genom att utveckla abortstatistiken till att omfatta personidentitet skulle kunskap avseende allvarliga fosterskador och kromosomavvikelse kunna förbättras. För att kunna bedriva bra övervakning av fosterskador behövs registrering av fullständigt personnummer även för kvinnor där

graviditeten avbryts, och inte bara som i dag, för de kvinnor som fött barn med allvarliga skador eller kromosomavvikelser.

Abortstatistik där personidentitet inkluderas skulle dessutom innebära att det förebyggande arbetet avseende oönskade graviditeter skulle kunna förbättras eftersom socioekonomiska eller kulturella skillnader skulle kunna uppmärksammas.

#### 4.4.1 Abortstatistiken i dag

Sedan abortlagen trädde i kraft 1975 har Socialstyrelsen samlat in statistik om aborter från berörda kliniker. Dessa uppgifter inhämtas med stöd av lagen (2001:99) om den officiella statistiken respektive förordningen (2001:100) om den officiella statistiken. Uppgifterna som rapporteras är tidpunkt för abort, abortmetod (medicinsk eller kirurgisk), graviditetens längd, klinik, bostadsort samt antal tidigare förlossningar och aborter. Statistiken samlas in och publiceras två gånger årligen. Informationen saknar koppling till enskilda individer och kan därför inte länkas till andra datakällor i syfte att framställa statistik, göra uppföljningar, utvärderingar och kvalitetssäkring av hälso- och sjukvården eller för forskning eller epidemiologiska undersökningar.

#### 4.4.2 Hälsodataregister <sup>29</sup>

I Sverige finns i dag fem hälsodataregister. Dessa är läkemedelsregistret, medicinska födelseregistret, cancerregistret, patientregistret samt tandhälsoregistret. Samtliga hälsodataregister förvaltas på Socialstyrelsen. Generellt innehåller dessa register personnummer, men inte namn och adress. Vidare förvaltar Socialstyrelsen uppgifter om dödsorsaker i dödsorsaksregistret.

##### *Användningen av hälsodataregister*

Enligt 3 § lagen (1998:543) om hälsodataregister regleras de ändamål för vilka hälsodataregister får användas. Dessa ändamål är forskning och framställning av statistik samt kvalitetssäkring och utvärdering av hälso- och sjukvård. Uppgifter i registret får därmed aldrig användas för kontroll, tillsyn eller administrativa ändamål som kan påverka en enskild individ. Samkörning av personuppgifter från dessa register får inte heller göras för några andra ändamål än just de som anges i lagen.

Genom att hälsodataregistren innehåller uppgifter på individnivå kan de sambearbetas och därmed blir de ett kraftfullt verktyg för forskning, kvalitetssäkring och utvärdering av hälso- och sjukvård. Nyttan av

---

<sup>29</sup> Informationen i avsnittet är hämtad ur *Hälsodataregister räddar liv och förbättrar livskvalitet*, Socialstyrelsen, 2008.

hälsodataregister illustreras t.ex. med hur dessa register används för forskning och statistik i syfte att förbättra möjligheterna att förebygga och behandla sjukdomar, identifiera biverkningar och risker samt bidra till hälso- och sjukvårdens utveckling.

Hälsodataregister används också för att få kunskap om befolkningens hälsa och utnyttjande av vård. Eftersom de täcker in hela befolkningen kan man få information om hur hälsan och vården fördelas för alla åldersgrupper, båda könen, olika socioekonomiska grupper och i alla delar av landet. Det gäller frågor som t.ex. sociala faktorer påverkan på hälsan, om kvinnor och män får likvärdig vård eller om en speciell typ av vård är likvärdig i hela landet. Lokala och regionala forskningsprojekt kan inte ge samma heltäckande bild eftersom de endast baseras på ett urval av befolkningen.

Ytterligare ett område när hälsodataregistren är användbara är vid utvärdering av resultat och kvalitet i hälso- och sjukvården. Utvärderingarna kan ge incitament till systematiskt förbättringsarbete inom vården samtidigt som den enskilde medborgaren får insyn i hur kvaliteten ser ut inom den offentliga vården.

#### *Vem kan få tillgång till data från hälsodataregistren?*

Hälsodataregistren hanteras vid Epidemiologiskt Centrum (EpC) på Socialstyrelsen. Endast ett mycket begränsat antal personer på EpC har behörighet till dem. Såväl lokaler som datorer är väl skyddade genom olika säkerhetsåtgärder som hindrar obehörigt intrång.

Enligt 9 kap. 4 § sekretesslagen är alla persondata i hälsodataregistren sekretesskyddade. Uppgifter från hälsodataregistren måste därmed alltid redovisas anonymiserat genom att alla personuppgifter är borttagna. Detta gör det omöjligt att röja en enskild individs identitet. Undantag kan göras för specifika forskningsprojekt där det är nödvändigt med personuppgifter för att genomföra studien. För att en forskare ska få tillgång till personuppgifter måste ett flertal villkor vara uppfyllda. För det första måste forskningsprojektet ha godkänts vid en etikprövning av en regional etikprövningsnämnd. Dessutom ska Socialstyrelsen göra en särskild sekretessprövning i varje enskilt fall för att bedöma om det finns någon risk att enskilda personer kan lida men.

#### 4.4.3 Vad får individbaserad abortstatistik för konsekvenser?

##### *Förebyggande arbete*

Eftersom abort i dag inte registreras med personnummer går det inte att identifiera de grupper som har högre aborttal. Om detta vore möjligt skulle det förebyggande arbetet kunna prioriteras till de grupper där behovet är störst och på så sätt skulle resurserna användas mer effektivt.

##### *Abortvård och kvinnors hälsa*

Ett individbaserat statistiksystem för aborter skulle innebära samma möjligheter till kvalitetsuppföljning och forskning inom abortvården som på alla andra områden inom hälso- och sjukvården. Det skulle möjliggöra uppföljning av olika abortmetoder och vilka konsekvenser olika metoder får för kvinnors hälsa på kort och lång sikt.

Med dagens statistikrapportering är det endast abortvården vid kliniker som ingår i olika forskningsstudier som på något sätt utvärderas. Med individbaserad abortstatistik skulle jämförelser mellan olika vårdenheter eller delar av landet kunna göras.

Uppföljning av i vilka sammanhang komplikationer i samband med abort förekommer skulle också kunna göras. Bl.a. skulle sällsynta komplikationer till behandlingen kunna uppmärksammas och infektionsfrekvensen efter abort och eventuellt behov av antibiotika kunna bli känt.

I dag finns inte heller någon kontroll av vilka behandlingsregimer som används vid medicinsk abort, det vill säga läkemedel, doser, plats för behandling (klinik eller hembehandling), preventivmedelsförskrivning och uttag i samband med en abort m.m. Med förbättrad statistikrapportering skulle kontroll av ovanstående möjliggöras.

##### *Övervakning av fosterskador*

Socialstyrelsen övervakar sedan 1965 alla allvarliga fosterskador, till följd av den s.k. neurosedynkatastrofen. Ca 130 allvarliga fosterskador inträffade på grund av att gravida kvinnor använde läkemedlet neurosedyn. I dag registreras fosterskador hos nyfödda barn i det medicinska födelseregistret. Sedan 1995 finns det i detta register uppgifter om läkemedelsanvändning under graviditeten (Socialstyrelsen, 2008b).

Till följd av säkrare fosterdiagnostik ökar andelen graviditeter som avbryts där det har konstaterats att fostret har en allvarlig fosterskada eller kromosomavvikelse. Nuvarande bestämmelser medger dock inte att



kvinnans personnummer registreras i dessa fall. Det innebär att möjligheterna att övervaka allvarliga fosterskador och kromosom-avvikelse är begränsade och bara täcker in de barn som föds med skador. För att möjliggöra en bra övervakning av fosterskador och för att snabbt upptäcka förändringar behöver fallen kunna kopplas till exponeringsfaktorer. Uppgifter från inskrivningssamtal inom mödrahälsovården inkluderande läkemedelsanvändning, arbetsmiljö och livsstilsfaktorer i tidig graviditet skulle då kunna relateras till fosterskadan.

Utredningen *Förbättrad missbildningsövervakning* (SOU 2003:126), föreslog att alla missbildningar skulle registreras för både födda barn och foster som aborteras på grund av missbildning samt att kvinnans personnummer skulle få behandlas i samband med registreringen. Utredningen föreslog även att mödravårdsjournalen skulle registreras i det medicinska födelseregistret i samband med den gravida kvinnans inskrivning på mödravårdsmottagning.

På uppdrag av ovan nämnda utredning genomfördes en enkätundersökning av SCB (Statistiska centralbyrån) om hur kvinnor ställde sig till att personuppgifter från mödrahälsovårdsjournalen för gravida kvinnor samt uppgift om missbildningar skulle registreras vid ett centralt register hos Socialstyrelsen. Undersökningen vände sig dels till slumpvis valda kvinnor i åldern 18–45 år, dels till gravida kvinnor. Undersökningen visade att en majoritet av de tillfrågade i båda grupperna var positiva till registrering. Gravida var generellt mer positiva till en tidig registrering av uppgifter i mödrahälsovårdsjournalen än icke gravida (77 procent respektive 70 procent). En majoritet var också positiva till registrering hos Socialstyrelsen av missbildning hos fostret. Av de som var positiva till registrering var en övervägande majoritet i båda grupperna positiva till möjligheten att sammankoppla uppgifter om barnets missbildning med uppgifter om mamman.



## 5. De ideella organisationernas förebyggande arbete

### Arbetsgruppen föreslår:

- att de ideella organisationernas arbete med att förebygga oönskade graviditeter bör stärkas genom att statsbidrag utgår för förebyggande arbete avseende oönskade graviditeter,
- att Socialstyrelsen bör få ansvaret att administrera statsbidraget.

### Skälen till förslagen:

Ideella organisationer spelar i dag en viktig roll genom att de förstärker och kompletterar landstingens och kommunernas förebyggande arbete avseende information, undervisning, metodutveckling och kompetensutveckling inom området sexuell hälsa. De ideella organisationerna kan nå grupper med information som landsting och kommuner kan ha svårare att nå på grund av språksvårigheter eller bristande kunskaper om kulturella aspekter.

Arbetsgruppen anser att ett statsbidrag bör inrättas för riktat stöd till de organisationer som arbetar med reproduktiv hälsa och med att förebygga oönskade graviditeter. Socialstyrelsen bör administrera stödet eftersom myndigheten redan ansvarar för ett stöd med fokus på hiv/aids och andra sexuellt överförda infektioner.

### 5.1 Statligt stöd till ideella organisationer inom området sexuell hälsa

Enligt förordningen (2006:93) om statsbidrag till verksamhet inriktad mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar ska Socialstyrelsen pröva ansökningar om bidrag från ideella organisationer som bedriver arbete i syfte att förebygga spridning eller minska konsekvenserna av hiv/aids och andra sexuellt överförda och blodburna sjukdomar. Syftet med ovanstående statsbidrag är att förstärka och komplettera statens, landstingens och kommunernas insatser genom stöd till organisationerna i deras arbete med utbildning, information, opinionsbildning eller olika former av stödjande socialt arbete. Bidraget avser även förstärka organisationernas utvecklingsarbete och kompetensuppbyggnad.

Flera av de organisationer som får del av statsbidraget arbetar inom hela området sexuell och reproduktiv hälsa, vilket också kan inkludera arbetet med att förebygga av oönskade graviditeter. Andra organisationer arbetar huvudsakligen inom hiv/STI-området. De flesta organisationer som Socialstyrelsen fördelar stöd till är nationella ideella organisationer. Vissa

av dessa organisationer är paraplyorganisationer med lokala avdelningar medan andra har sitt säte i t.ex. Stockholm och arbetar mot medlemmar på andra orter i Sverige.

Ekonomiskt stöd kan komma lokala frivilligorganisationer till del genom en överenskommelse mellan staten och SKL om vissa ersättningar inom folkhälsoområdet. Överenskommelse på området har slutits sedan 2006 och är en samlad strategi för samhällets insatser för att förebygga spridning och minska konsekvenserna av hiv och andra STI. Stödet kan även i dessa fall komma organisationer till del som arbetar inom hela området reproduktiv och sexuell hälsa.

Både nationella och lokala ideella organisationer har också möjlighet att söka stöd via Allmänna arvsfonden.

## **5.2 Exempel på organisationer som i dag arbetar med att förebygga oönskade graviditeter**

Bland de organisationer som arbetar med sexuell hälsa finns det ett antal organisationer som integrerar arbetet med att förebygga hiv/STI med arbetet med att förebygga oönskade graviditeter. Ett antal av dessa organisationer arbetar med så kallad "peer education" (lika möter lika). Exempel på peer education är invandrarföreningar som informerar personer från den egna invandrargruppen och RFSL som informerar hbt-personer.

*Riksförbundet för sexuell upplysning, RFSU*, har sedan organisationen bildades 1933 arbetat med att förebygga oönskade graviditeter och könssjukdomar. RFSU bedriver i dag sexualpolitisk opinionsbildning och sexualupplysning bl.a. genom att arrangera kurser och konferenser samt genom att utbilda lärare, sjukvårdspersonal och egna informatörer. Lokalt bedrivs verksamheten i lokala föreningar och grupper. Organisationens lokala föreningar och grupper utbildar skol-informatörer, i allmänhet unga vuxna, som går ut i klasser och pratar om sexualitet och samlevnad och på så sätt kompletterar skolans sex- och samlevnadsundervisning. RFSU är även huvudman för en sex- och samlevnadsmottagning i Stockholm, RFSU-kliniken, där man erbjuder preventivmedelsrådgivning, sexualrådgivning och hiv/STI-testning.

*Kärleksakuten* är ett projekt som drivs inom IFMSA-Sweden. IFMSA (International Federation of Medical Students Associations) är ett nätverk för medicinstuderande som finns i ett 70-tal länder. I Sverige finns Kärleksakuten på samtliga orter med läkarutbildning och har drygt 100 läkarstudenter som utbildats i sexualupplysning för att arbeta med ungdomar i och utanför skolan. Förutom att utbildningsinsatserna syftar

till att komplettera skolans undervisning och skapa utrymme för elever att prata om sexualitet i en avslappnad atmosfär betonar Kärleksakuten att den erfarenhet läkarstudenterna får av att prata om sexualitet är viktigt för deras framtida utövande av sitt yrke. Organisationen är kritisk till det begränsade utrymme som ges i läkarutbildningen för frågor som rör sexualitet.

Ytterligare ett exempel på studenter som arbetar med att främja sexuell hälsa är *Projekt Sex, P6*, ett antal fristående studentföreningar som finns på flera universitets- och högskoleorter. P6 arbetar med förebyggande av hiv/STI och oönskade graviditeter. De arbetar genom organiserade, uppsökande aktiviteter på universitets- och högskoleorter.

*Somaliska hälsoteamet* arbetar med förebyggande hälsovårdsarbete bland somalier i Sverige. Organisationen har lokala arbetsgrupper på ett flertal orter. De informerar om bl.a. sexuell hälsa vid så kallade home parties med mindre grupper män eller kvinnor. På så sätt vill de påverka beteendet i en mer hälsosam riktning. De arbetar för att påverka attityder när det gäller könsroller och homosexualitet, så väl som med konkret kunskap om hiv/STI och kondom användning. Organisationen arbetar även med sexuell hälsa generellt inklusive frågor som könsstympning. Somaliska hälsoteamet ökar möjligheterna att sprida kunskap om frågor som är viktiga för en förbättrad sexuell och reproduktiv hälsa bland somalier i Sverige.



## 6. Nationell och regional samordning av förebyggande insatser

**Arbetsgruppen föreslår** att Socialstyrelsen får i uppdrag att samordna, planera och följa upp det förebyggande arbetet avseende oönskade graviditeter.

### Skälen till förslaget:

Ingen myndighet på nationell nivå har i dag ansvaret för att samordna arbetet med att förebygga oönskade graviditeter. Arbetsgruppen anser att en sådan samordning är nödvändig för ett framgångsrikt förebyggande arbete och viktig för att kunna utvärdera insatserna.

Socialstyrelsen tangerar i dag arbetet med att förebygga oönskade graviditeter genom att myndigheten ansvarar för det hiv/STI-preventiva arbetet. I regeringens proposition Nationell strategi mot hiv/aids (2005/06:60) poängteras vikten av att koppla ihop det förebyggande arbetet avseende oönskade graviditeter med hiv/STI-preventivt arbete, särskilt när det gäller unga vuxna. Om Socialstyrelsen får i uppdrag att ansvara även för oönskade graviditeter kommer de ökade kostnaderna för myndigheten att bli måttliga eftersom redan existerande struktur, kunskap och strategier kan utnyttjas i detta arbete.

### 6.1 Socialstyrelsens förebyggande arbete

Socialstyrelsen är samordnande myndighet för arbetet med prevention av hiv och sexuellt överförda infektioner vilket innebär att den ska utveckla, samordna, planera och följa upp det förebyggande arbete som sker nationellt. Det hiv/STI-preventiva arbetet tangerar redan i dag arbetet med att förebygga oönskade graviditeter.

Förutom att vara ansvarig myndighet när det gäller hiv/STI-preventivt arbete har Socialstyrelsen nyligen haft i uppdrag av regeringen att kartlägga det arbete med att förebygga oönskade graviditeter som pågår vid ungdomsmottagningarna, studenthälsomottagningarna och liknande verksamheter. Kartläggningen, *Att förebygga oönskade graviditeter*, redovisades i maj 2008.

I ytterligare ett regeringsuppdrag håller Socialstyrelsen för närvarande på att ta fram ett kunskapsunderlag och vägledning för riktade insatser till ungdomar och unga vuxna inom området sexuellt överförda infektioner, inklusive sex och samlevnadsinformation, vid ungdomsmottagningar och

liknande verksamheter. I uppdraget ingår även att belysa förutsättningarna för samverkan mellan skolan och hälso- och sjukvården. Vägledningen kommer att ta upp förebyggande arbete både när det gäller STI och oönskade graviditeter, eftersom det såväl i teori som i praktiskt arbete är naturligt integrerat, framför allt när det gäller ungdomar och unga vuxna. Uppdraget ska redovisas senast den 30 juni 2009.

#### 6.1.1 Information på internet för hälso- och sjukvård

Under 2009 kommer en nationell portal för de olika aktörer som arbetar med hiv/STI-prevention att lanseras. På portalen ska det bl.a. finnas tillgång till kvalitetssäkrad fakta, publikationer samt uppföljningar och regionala rapporter så att goda exempel ska kunna spridas i landet. Information om bl.a. sexuellt överförda infektioner, oönskade graviditeter, diskriminering och sexuella relationer kommer att omfattas. Webbplatsen kommer att rikta sig till verksamma inom hälso- och sjukvård men även till samordnare inom kommuner och landsting, lokala ideella organisationer och olika myndigheter.

Den information om sex och samlevnad som i dag finns på Socialstyrelsens webbplats [sexaktuellt.se](http://sexaktuellt.se) om sexuellt överförda infektioner, aborter och preventivmedel kommer att överföras till portalen. Informationen på denna webbplats finns på tretton språk för att hälso- och sjukvårdspersonal ska kunna tillhandahålla information på olika språk till sina patienter.

### 6.2 Statens folkhälsoinstitut (FHI)

FHI har ansvar för sektorsövergripande uppföljning och utvärdering av insatser inom folkhälsoområde 8, sexualitet och reproduktiv hälsa och är ett nationellt kunskapscentrum för metoder och strategier inom folkhälsoområdet. Verksamheten ska stå på en vetenskaplig grund och institutet ska bistå kommuner, landsting och andra myndigheter samt organisationer med kunskap om evidensbaserade metoder och insatser för att arbeta för en trygg och säker sexualitet och god reproduktiv hälsa. Folkhälsoinstitutet ska vid behov kunna stötta genomförandet av studier och forskningsinsatser.

### 6.3 Landstingens förebyggande arbete

Landstingens arbete med att förebygga oönskade graviditeter regleras i första hand i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). I § 2 anges att målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Enligt § 2 b ska hälso- och sjukvården arbeta för att förebygga ohälsa.



Inom ramen för landstingens folkhälsoarbete samordnas det förebyggande arbetet avseende hiv/STI och oönskade graviditeter. Det finns i allmänhet en hiv/STI-samordnare som är kontaktperson gentemot Socialstyrelsen angående ansökningar om statsbidrag för det hiv/STI-preventiva arbetet men som också ansvarar för frågorna inom landstinget och samarbetar med kommuner och andra landsting. En viktig del av landstingens förebyggande arbete handlar om att erbjuda utbildning för sjukvårdspersonal.

### 6.3.1 Statsbidrag till förebyggande arbete i landsting och kommuner

I enlighet med statens överenskommelse med SKL som nämns i avsnitt 5.1 fördelar Socialstyrelsen statligt stöd till kommuner och landsting för hiv/STI-preventivt arbete sedan 2006. Medlen fördelas bl.a. för utveckling av regionala kunskapsnätverk och för tidsbegränsade satsningar. Beträffande de tidsbegränsade satsningarna, där medlen kan gå till landsting, kommuner eller frivilligorganisationer, anges i överenskommelsen att medel ska avsättas till projekt inom olika områden, bl.a. till ”insatser för att minska förekomsten av oskyddat sex, för att förebygga förekomsten av klamydiainfektion och andra sexuellt överförda infektioner samt oönskade graviditeter”. Det innebär att medel även kommer arbetet med att förebygga oönskade graviditeter till del, förutsatt att arbetet integreras med STI-preventivt arbete.

#### *Regionala kunskapsnätverk*

I enlighet med överenskommelsen mellan SKL och staten har medel avsatts under tre års tid för att utveckla regionala kunskapsnätverk och på så sätt stärka det förebyggande arbetet mot hiv/STI. De regionala kunskapsnätverken består av ett antal landsting i samverkan och finns nu över hela landet.

Ett exempel på ett regionalt kunskapsnätverk är Adlon, vilket består av landstingen i Östergötland, Blekinge, Kronoberg, Jönköping, Kalmar, Örebro och Sörmland samt Region Halland. Adlon arbetar med omvärldsbevakning, metodutveckling och kunskapsspridning. De organiserar bl.a. utbildningar för skol- och sjukvårdspersonal för att utveckla undervisningen i och informationen om sex- och samlevnadsfrågor på skolorna.

Genom att utveckla regionala kunskapsnätverk kan ett kunskapsutbyte ske landstingen emellan och insatser för fortbildning kan effektiviseras. De landsting som kommit längre i sitt arbete kan inspirera och genom sin kunskap hjälpa de andra landstingen inom nätverket. Det kan handla

om att ett landsting kommit längre när det gäller utbildningsstöd till skolorna i regionen eller har en uppdragsbeskrivning för ungdomsmottagningarna som kan fungera som modell för andra landsting.

#### **6.4 Kommunernas förebyggande insatser**

Socialtjänstlagen (2001:453) reglerar att kommunen har det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver (2 kap. 2 §) och att socialnämnden genom uppsökande verksamhet ska upplysa och erbjuda enskilda och grupper sin hjälp (3 kap. 1 §). När det är lämpligt ska socialnämnden samverka med andra samhällsorgan och med organisationer och andra föreningar (3 kap. 4 §). Socialnämnden ska verka för att barn och ungdom växer upp under trygga och goda förhållanden (6 kap. 11 §).

Kommunen ansvarar indirekt för att främja ungdomars sexuella hälsa genom att vara huvudman för skolan, vilken är en viktig aktör i det förebyggande arbetet genom sin sex- och samlevnadsundervisning, skolhälsovård och elevvård. Kommunen ansvarar även för sfi. Många kommuner är dessutom huvudmän för de lokala ungdomsmottagningarna tillsammans med landstinget. Det kan också förekomma förebyggande arbete på fritidsgårdar där kommunen är huvudman. I vissa kommuner finns folkhälsoenheter med en samordnande funktion kring folkhälsofrågor.

Malmö stad är ett exempel på en kommun som satsat på insatser för att främja sexuell hälsa bland kommunens invånare. Kommunens folkhälsoenhet hjälper skolorna att utveckla sex- och samlevnadsundervisningen, erbjuder skolpersonal vidareutbildning inom sexologi och organiserar nätverk för skolhälsovårds- och elevvårdspersonal. Kommunen stöttar även fritidsgårdarna med att utveckla ett strukturerat förebyggande arbete bland ungdomar. Folkhälsoenheten i Malmö stad samarbetar med Region Skånes folkhälsostrateger inom området sexuell hälsa<sup>30</sup>.

---

<sup>30</sup> Personlig kommunikation med Mats Sundbeck, folkhälsosamordnare, Malmö Stad.

## 7. Ekonomiska konsekvenser av förslagen

### *Skolverkets uppdrag*

Arbetsgruppen föreslår att Skolverket bör få i uppdrag att förtydliga mål i fler kursplaner inom kunskapsområdet sex och samlevnad. Att se över kursplaner för det offentliga skolväsendet är en del av Skolverkets uppdrag. Därför bör Skolverket kunna utföra ett uppdrag enligt arbetsgruppens förslag inom ramen för nuvarande budget utan att särskilda medel utgår.

Skolverket föreslås också få ansvar för utvecklingen av sex- och samlevnadsundervisningen och för att kvalitetsgranska metodmaterial för undervisningen. Enligt instruktionen för Skolverket ska myndigheten stödja kommuner och andra huvudmän i deras verksamhet så att de uppnår nationellt fastställda mål och likvärdighet i utbildningen genom att stödja och svara för nationellt prioriterad fortbildning och annan kompetensutveckling för personal. Skolverket har också ansvar för att sammanställa och sprida kunskap om resultat av forskning samt att svara för andra nationella utvecklingsinsatser inom prioriterade områden. Arbetet med att ansvara för att utveckla sex- och samlevnadsundervisningen samt att kvalitetsgranska och sammanställa metodmaterial för sex- och samlevnadsundervisningen kan därför anses ingå i Skolverkets nuvarande uppdrag.

### *Ny kvalitetsgranskning av sex- och samlevnadsundervisningen*

Ett av Skolinspektionens uppdrag är att kvalitetsgranska skolans undervisning. Arbetsgruppen föreslår att Skolinspektionen gör en ny kvalitetsgranskning av grundskolans och gymnasieskolans sex- och samlevnadsundervisning. Arbetsgruppen bedömer att detta inte bör innebära några särskilda kostnader för myndigheten utan bör ligga inom ramen för nuvarande budget.

Om skolhälsovården får ett tydligare uppdrag avseende sexuell och reproduktiv hälsa skulle det kunna resultera i att fler ungdomar vänder sig till skolhälsovården i frågor om preventivmedel och sexualitet. På de mindre orter där det inte finns någon ungdomsmottagning kan behovet vara större än på andra orter. Om skolhälsovården får en tydligare roll kommer det att innebära att personalen kommer att behöva kompetensutveckling inom området. Det kan innebära kostnader för kommunerna, men fortbildningen kan förhoppningsvis samordnas inom eller mellan kommuner och eventuellt kan de regionala kunskapsnätverken som Socialstyrelsen fördelar ekonomiskt stöd till utnyttjas i

detta sammanhang. På så sätt effektiviseras insatserna och kostnaderna blir inte lika stora.

Belastningen på skolhälsovården kan bli större om arbetet för att främja sexuell och reproduktiv hälsa blir mer omfattande än i dag. Vad den nya skollagen kan innebära för omfattningen av och tillgängligheten till skolhälsovård är för närvarande oklart. Om resurserna till elevhälsan kommer att öka, vilket tidigare aviserats, skulle skolhälsovården få större möjligheter än i dag att tillgodose ett ökat antal besök hos skolhälsovården.

Socialstyrelsen ansvarar för att ta fram nationella riktlinjer inom vård, behandling och omsorg. Att Socialstyrelsen får i uppdrag att förtydliga skolhälsovårdens riktlinjer bör kunna ligga inom myndighetens nuvarande ekonomiska ramar.

#### *Statlig subvention av hormonella preventivmedel*

Arbetsgruppen föreslår att alla hormonella preventivmedel subventioneras för kvinnor under 25 år och att patienten ska betala maximalt 200 kronor per år.

Studier rörande effekterna av subventionerade p-piller visar att antalet aborter sjunker när priset på p-piller minskar. Den föreslagna subventionen kan därför antas leda till färre antal aborter bland kvinnor under 25 år.

Beräkningar på förslaget om subventionering har baserats på konsumtionen av preventivmedel i två landsting med mer omfattande subventioner. I Örebro läns landsting betalar yngre kvinnor upp till och med 19 års ålder 170 kronor per år för hormonella preventivmedel. Landstinget Västmanland subventionerar p-piller för kvinnor upp till och med 24 år så att de betalar 100 kronor per år. Den genomsnittliga kostnaden för hormonella preventivmedel per kvinna är högst i dessa två landsting. I genomsnitt står 5 procent fler kvinnor på preventivmedel i Örebro läns landsting och Landstinget Västmanland jämfört med riksgenomsnittet. Med utgångspunkt från dessa antaganden skulle totalkostnaderna för preventivmedel med en utvidgad subvention öka med knappt 50 miljoner kronor.

Hur stor den statliga kostnaden blir för den utökade subventionen är svårare att beräkna. Det är svårt att avgöra hur många som får subvention i dag från landstingen och hur stor den är, vilket gör det svårt att beräkna effekten av den i vissa fall höjda egenavgiften för dem som redan i dag konsumerar preventivmedel.

För att mer exakt kunna beräkna effekterna för varje landsting och för staten av en utökad subvention behöver ett bättre dataunderlag tas fram. I samband med reformeringen av apoteksmarknaden pågår ett arbete för att sammanställa hur landstingens subventioner ser ut. Syftet med detta arbete är att Apotekens Service AB ska kunna utveckla system för att kunna fakturera landstingen givet de olika landstingens regler för subvention, bl. a. för preventivmedel. Detta underlag bör kunna användas för att ta fram bättre konsekvensberäkningar för hur mycket mer den utökade subventionen kommer att kosta landstingen, respektive staten. Arbetsgruppen har inte gjort några beräkningar av de kostnadsminskningar som ett färre antal aborter skulle kunna ge.

#### *Subvention av akut-p-piller*

En ökad tillgänglighet genom subventionerade akut-p-piller på apotek skulle kunna minska antalet oönskade graviditeter genom att chanserna ökar för att unga kvinnor tar akut-p-piller inom rätt tidsram.

Enligt förslaget bör en förpackning akut-p-piller kosta 60 kronor för patienter under 25 år. En subvention av akut-p-piller där patienten får betala 60 kronor skulle ge en subvention på ca 74 kronor per såld förpackning. Försäljningen under 2008 var 206 000 sådana förpackningar vilket skulle ha inneburit en subvention med ca 15 miljoner kronor om alla kvinnor var under 25 år. Om användningen av akut-p-piller skulle antas öka med 35 procent skulle subventionen i så fall uppgå till ca 20 miljoner kronor i stället för 15 miljoner kronor. Vi vet för närvarande inte hur stor andel av de som köpt akut-p-piller som var under 25 år.

På en avreglerad apoteksmarknad med fri prissättning av icke receptbelagda läkemedel bör den statliga subventionen bestämmas till ett maximalt belopp på köpta akut-p-piller.

#### *Steriliseringar*

Arbetsgruppen föreslår att möjligheterna till en överenskommelse med landstingen via SKL undersöks för att öka tillgängligheten till manliga och kvinnliga steriliseringsoperationer. Fler steriliseringar medför mindre kostnader för preventivmedel både för patienten och för landstingen. Det skulle dessutom innebära att den som steriliseras och eventuellt dennes/dennas partner behöver göra färre besök hos barnmorska och läkare för preventivmedelsrådgivning och/eller förskrivning av recept. Eftersom sterilisering är en mycket säker preventivmetod skulle ökat antal steriliseringar förmodligen leda till färre

aborter. Om dessutom andelen manliga steriliseringar ökade skulle detta leda till ytterligare kostnadsminskningar för landstingen.

#### *Ungdomsmottagningar*

Arbetsgruppen föreslår att ungdomsmottagningarnas uppdrag definieras nationellt. Detta kan innebära att kompetensen behöver förstärkas och att personal behöver anställas på vissa ungdomsmottagningar i landet. Det kommer att innebära ökade kostnader för kommuner och landsting. Hur stora dessa kostnader blir har arbetsgruppen inte kunnat göra någon uppskattning av eftersom arbetet med att definiera uppdraget fortfarande kvarstår.

Arbetsgruppen föreslår också att Socialstyrelsen får i uppdrag att utvärdera ungdomsmottagningarnas betydelse för ungdomars sexuella och reproduktiva hälsa. Ett sådant uppdrag bör kunna utföras inom ramen för myndighetens uppdrag och särskilda medel bör därför inte utgå för detta.

#### *Rådgivningstjänst via sms*

Den frågetjänst som finns på UMO i dag via internet är uppbyggd så att det finns ett antal barnmorskor, kuratorer och psykologer som svarar på de frågor som kommer in. Dessutom finns två personer anställda på UMO som fungerar som samordnare och svarare. Kostnaden för en beräknad nivå på 10 000 frågor per år är 900 000 kronor per år. Skulle en frågetjänst via sms utvecklas kan det innebära att fler ungdomar ställer frågor till UMO. Om ökningen antas bli 20 procent skulle kostnaden för svararna öka med 180 000 kronor per år. Dessutom är det rimligt att tänka sig att ytterligare en heltid svarare/samordnare behöver arbeta med dessa frågor, dvs. cirka 600 000 kronor per år. Förutom personal-kostnader skulle kostnaden för sms-tjänsten tillkomma samt utvecklandet av svarstjänsten där möjligheten för frågeställaren att vara anonym vid rådgivningen behöver beaktas. Någon uppskattning på denna kostnad har arbetsgruppen inte gjort.

#### *Sesammottagningar*

Arbetsgruppen föreslår att antalet sesammottagningar bör utökas i landet, framför allt på högskoleorterna. Hur sesammottagningarna exakt ska se ut och på vilka orter de bör finnas kommer att behöva undersökas närmare. Därför är det svårt att göra några bedömningar av de ekonomiska konsekvenserna av förslaget. När det gäller utvärdering av sesammottagningarnas verksamhet anser arbetsgruppen att Socialstyrelsen bör kunna göra detta inom ramen för nuvarande ekonomiska ramar eftersom det bedöms vara en del av myndighetens uppdrag.

### *Förbättrad abortstatistik*

Arbetsgruppen föreslår att abortstatistiken utökas till att omfatta uppgifter om personidentitet.

Uppgifter om att kvinnan genomgått abort finns i dag i journalen och informationen är tillgänglig för den sjukvårdspersonal som vårdar patienten. Den registrering som görs i den individuella journalen kommer inte att påverkas av förslaget. Att den enskilda kvinnans individuppgifter rapporteras till Epidemiologiskt centrum (EpC) på Socialstyrelsen kommer inte att innebära att information om att en kvinna genomgått abort blir tillgänglig i större utsträckning än i dag.

Om personidentitet kom att ingå i de uppgifter landstingen rapporterar till Socialstyrelsen skulle det innebära att landstingen, i motsats till i dag, inte längre skulle behöva gallra ut personidentitet i samband med denna inrapportering. Det skulle i sin tur innebära mindre arbete för landstingen i detta sammanhang.

Om personidentitet i enlighet med förslaget skulle börja rapporteras in av landstingen till EpC tillsammans med övriga uppgifter om abort behövs resurser för att påbörja detta arbete. Bl.a. behöver man ta fram ett system för elektronisk inrapportering, informera abortkliniker och allmänhet om förändringarna, skapa en blankett för inrapportering av uppgifter samt bygga ut det interna datasystemet. Detta arbete beräknas ta ca ett år och kosta ca 1,5 miljoner kronor.

När systemet är klart kommer EpC att behöva en halvtidstjänst för en statistiker, dvs. ca 300 000 kronor per år.

### *Socialstyrelsen - nationell samordnare med ansvar för statsbidrag*

Arbetsgruppen föreslår att Socialstyrelsen får nationellt samordningsansvar för det förebyggande arbetet avseende oönskade graviditeter samt ansvar för att administrera ett statsbidrag till ideella organisationer. För detta uppskattar arbetsgruppen att Socialstyrelsen behöver resurser för en heltidsanställning, dvs. ca 600 000 kronor per år. Kostnaderna för att Socialstyrelsen får uppdraget att ansvara för förebyggande av oönskade graviditeter bedöms som mindre jämfört med om det läggs på en annan myndighet eftersom redan existerande struktur, kunskap och strategier kan utnyttjas i arbetet.

Arbetsgruppen föreslår att ett statsbidrag riktat mot ideella organisationer som arbetar med att förebygga oönskade graviditeter bör vara på 9 miljoner kronor per år.

Kostnaderna för en heltidstjänst samt för det föreslagna statsbidraget uppskattar arbetsgruppen bli totalt ca 10 miljoner kronor per år.

#### *Sammanlagda kostnader av förslagen*

Samtliga förslag som arbetsgruppen lägger fram i den här promemorian avser förbättra det förebyggande arbetet avseende oönskade graviditeter. Det är svårt att göra en uppskattning av hur mycket de oönskade graviditeterna och aborterna skulle minska om förslagen implementerades och därför görs inte heller någon uppskattning av landstingens kostnadsminskningar för detta.

Subventioner av hormonella preventivmedel och akut-p-piller för kvinnor upp till 25 år uppskattas uppgå till ca 70 miljoner kronor per år. Förslaget om att Socialstyrelsen bör få ett samordnande ansvar för arbetet med att förebygga oönskade graviditeter samt ett statsstöd till frivilligorganisationer uppskattas uppgå till ca 10 miljoner kronor per år. Om personidentitet skulle rapporteras in till Epidemiologiskt Centrum på Socialstyrelsen skulle det innebära en engångskostnad på ca 1,5 miljoner kronor. Kostnaden för en statistiker på halvtid uppskattas till ca 300 000 kronor per år. För att utveckla en frågetjänst via sms uppskattar arbetsgruppen att personalkostnaden på UMO blir ca 800 000 per år. Dessutom skulle en årskostnad för sms-tjänsten tillkomma liksom utvecklandet av datasystemet. Någon uppskattning för detta har inte gjorts.

Totalt blir kostnaden för förslagen på området drygt ca 80 miljoner kronor per år. Förslagen om ungdomsmottagningar och sesam-mottagningar kommer också att innebära kostnader men arbetsgruppen har inte gjort några beräkningar på dessa förslag.



## **8. Referenser**

Arbetsgruppens ordförande och sekreterare har arbetat utåtriktat och interaktivt. Nedan följer en lista på de organisationer, myndigheter, representanter för olika verksamheter m.m. som sekretariatet träffat under utredningens gång. Sekretariatet har även besökt högstadie- och gymnasieskolor på ett antal orter runt om i landet och samtalat med rektorer, lärare, elever, skolsköterskor och kuratorer. Besök har gjorts på ett flertal ungdomsmottagningar där ordförande och sekreteraren samtalat med personal och verksamhetsansvariga.

### **Myndigheter**

Myndigheten för skolutveckling  
Socialstyrelsen  
Statens folkhälsoinstitut  
Skolverket  
Skolinspektionen

### **Utredningar**

Nationell strategi för föräldrastöd (S 2008:7)  
Studiesociala kommittén (U 2007:D)

### **Kommuner och landsting**

Degerfors kommun  
Karlskoga kommun  
Landstinget i Blekinge  
Malmö stad  
Region Skåne  
Stockholms läns landsting  
Örebro läns landsting  
Järva mansmottagning, Stockholm  
UMO (Sjukvårdsrådgivningen)  
Sesam City, Stockholm  
Södertälje sjukhus

### **Organisationer**

Centerpartiets ungdomsförbund  
FARG, Arbets- och referensgruppen för familjeplanering, SFOG  
FSUM, Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar  
Ja till livet  
Kristdemokratiska ungdomsförbundet

Kristna läkare och medicinare  
Kärleksakuten  
Livlinan  
Läraryrskommittén  
Lärarnas riksförbund  
Läraryrskommittén  
Reacta  
Respekt  
RFSL  
Riksförbundet internationella föreningar för invandrarkvinnor  
Riksidrottsförbundet  
RFSU  
Riksföreningen för skolsköterskor  
Socialdemokratiska ungdomsförbundet  
Somaliska hälsoteamet  
Svea, Sveriges elevråd  
Svenska barnmorskeförbundet  
Svenska skolläkarföreningen  
Sveriges skolledarförbund  
Sveriges Förenade Studentkårer  
Sveriges förening för gynekologi och obstetrik  
Sveriges kommuner och landsting, SKL  
Sveriges universitetsläraryrskommittén  
Sveriges unga muslimer

#### **Forskare m.fl.**

Anneli Kero, med. dr. i psykosocial obstetrik och gynekologi, Umeå universitet  
Ann Lalos, professor, Institutionen för Klinisk vetenskap, obstetrik och gynekologi, Umeå universitet  
Katarina Bergström, kurator, kvinnokliniken, Norrlands universitetssjukhus  
Lars Jacobsson, överläkare och professor i psykiatri, Umeå universitet  
Marianne Wullf, överläkare och docent, Kvinnokliniken, Norrlands universitetssjukhus samt Institutionen för Klinisk vetenskap, obstetrik och gynekologi, Umeå universitet  
Maria Ekstrand, forskare, Uppsala universitet  
Tanja Tydén, professor Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala universitet

#### **Utländska kontakter**

Fredriksberg kommun, Danmark  
Foreningen Sex & Samfund, Danmark  
Sundhedsstyrelsen, Danmark

Evert Ketting, senior researcher, Department of Public Health, Radboud University Nijmegen Medical Centre, Holland  
Olga Loeber, abort- och familjekliniken, Arnhem, Holland  
Rutger Nisso Groep, Utrecht, Holland  
STAKES, Finland  
Väestöliitto, Finland  
Elise Kosunen, Tampere universitet, Finland  
Arja Liinamo, Metropolia university of Applied Sciences, Finland  
Helsedirektoratet, Norge

### Litteraturförteckning

Referenser till lagar, propositioner, förordningar och föreskrifter redovisas i löpande text. Nedan återfinns övriga skriftliga källor.

Andrologiskt Centrum, *Vem vill vara gift med en kastrerad tupp? – en diskussion om sterilisering och män*, Karolinska Universitetssjukhuset, 2004.

Apoteket AB, "Antikonception och aborter", *Läkemedelsboken 2009–2010*.

Backlund, Å., *Elevvård i grundskolan – resurser, organisering och praktik*, Stockholms universitet, 2007.

Darj, E., Bondestam, K., "Ungdomars syn på kondomanvändning", *Läkartidningen* nr 44, 2003.

Ekstrand, M., *Sexual Risk Taking – perceptions of contraceptive use, abortions & sexually transmitted infections among adolescents in Sweden*, Uppsala Universitet, 2008.

Ekstrand M, Engblom C, Larsson M, Tydén T., "Sex education in Swedish schools as described by teenagers and young adults", *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*. (Submitted May 2009)

Engström, A., Ljungqvist, A., *Kvinnlig sterilisering som preventivmetod*, projektarbete, Läkarprogrammet, Umeå universitet, 2008.

Folkhälsoinstitutet, *Sex i Sverige. Om sexuallivet i Sverige 1996, 1998*.

Folkhälsoinstitutet, *Handlingsplan för prevention av oönskade graviditeter för tidsperioden 2002–2007*, 2001.

Folkhälsoinstitutet, *Ungdomar och sexualitet. En forskningsöversikt år 2005, 2006*.

Helström, L. m.fl., "Abortion rate and contraceptive practices in immigrant and native women in Sweden", *Scandinavian Journal of Public Health*, nr 31, 2003.

Helström, L. m.fl., "Abortion rate and contraceptive practices in immigrant and Swedish adolescents", *Journal of Pediatric Adolescent Gynecology*, nr 19, 2006.

Hilden, M. m.fl., "A history of sexual abuse and health: a Nordic multicentre study", *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, Oktober 2004.

Holmberg, L. I., *Health, Risk-Taking Behaviour and Sexuality in Swedish Adolescents*, Uppsala universitet, 2007.

Holmgren, K., "Time of Decision to Undergo a Legal Abortion", *Gynecological and Obstetric Investigation*, nr 26, 1988.

Högdin, S., *Utbildning på (o)lika villkor*, Stockholms universitet, 2007.

Ideström, M., "Ungdomsmottagningarna saknar enhetlig struktur för sitt preventiva arbete", *Läkartidningen* nr 3 2009.

IFAU, *Effekter av att subventionera p-piller för tonåringar på barnafödande, utbildning och arbetsmarknad*, Rapport 2009:6.

Kero, A., "Legal abortion: a painful necessity", *Social Science & Medicine*, nr 53, 2001.

Kero, A. *Paradoxes in Legal Abortion*, Umeå universitet, 2002.

Kero, A. "Abort – en tabubelagd rättighet", *Läkartidningen* nr 48 2005.

Kero, A, Lalos, A, "Reactions and reflections in men, 4 and 12 months post-abortion", *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 2004:25.

Kero, A, Lalos, A., "Increased contraceptive use one year post-abortion", *Human Reproduction*, nr 11, 2005.

Kindeberg, T., *Undervisningens möjligheter att förändra elevernas tänkande om området aids och sex*. Lunds universitet, 1997.

Lafa, *Kunskapens villkor. En studie om invandrade kvinnors kunskaper om kroppen*, 2001.

Lafa, *Sex- och samlevnadsundervisningen i skolan. En kartläggning av sex- och samlevnadsundervisningen på sju högstadieskolor i Stockholms län*, 2005.

Lafa, *Sex- och samlevnadsundervisning på sfi, svenskundervisning för invandrare i Stockholms stad – i regi av Järva mansmottagning*, 2009. (utkast)

Laundry, E. & Ward, V., *Perspectives from Couples on the Vasectomy Decision: A Six-Country Study. Beyond Acceptability*. WHO, 1997.

Larsson, M. m.fl., "Emergency contraceptive pills in Sweden: evaluation of an information campaign", *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, Augusti 2004.

Lingefjärd Hedqvist, S., *Ungdomar hitflyttade från andra länder – får de tillräcklig undervisning i sexuell hälsa?*, examensarbete i sexologi, Göteborgs universitet, 2007/2008.

Läkemedelsverket, *Information från Läkemedelsverket 7:2005*.

Lööf, C., *Det handlar om personer – inte om kulturer! Sex- och samlevnadsundervisningen i mångkulturella skolor*, Folkhälsoinstitutet 1999

Medierådet, *Ungar och medier 2008*, 2009.

Milsom, I. m.fl., "Oroande ökning av antalet aborter", *Läkartidningen* nr 50, 1997.

Myndigheten för skolutveckling, *Hela livet. 50 år med sex- och samlevnadsundervisning*, 2005.

Nilsson, A., "Samlevnad kan vitalisera flera skolämnena", *KRUT*, nr 125, 2007.

Novak, D., *Improving the prevention of sexually transmitted infections (STIs): a study using Chlamydia trachomatis as a model of infection*. Umeå Universitet, 2006.

Prop. 2005:06:60: *Nationell strategi mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar*.

Rahm, V., "Subventionerade p-piller till tonåringar – 1 års försöksverksamhet i Gävle", *Läkartidningen*, nr 25, 1991.

RFSU, *Kondompraktika för män*, RFSU 2004.

RFSU, *Kartläggning av sex- och samlevnadsundervisningen på Sveriges lärarutbildningar*, 2004.

RFSU, *RFSU och SFI, En rapport om RFSU Katrineholms medverkan i svenskundervisning för invandrare (SFI) läsåret 2006/2007*. RFSU, 2007.

SFOG, *Inducerad abort*, Rapport nr 54, 2006.

SFOG, *Mödravård, Sexuell och Reproductiv Hälsa*, Rapport nr 59, 2008.

Skolverket, *Nationella kvalitetsgranskningar 1999 (2000)*, Rapport nr 189.

Socialstyrelsen, *Förslag till abortförebyggande program*, 1990.

Socialstyrelsen, *Minskar tonårsaborter vid subventionering av p-piller?, EpC-rapport 1994:2*.

Socialstyrelsen, *Hälsovård före, under och efter graviditeten*, 1996.

Socialstyrelsen, *Ungdomsmottagningarnas arbete med pojkar*, 2000.

Socialstyrelsen, *Socialstyrelsens riktlinjer för skolhälsovården*, 2004.

Socialstyrelsen, *Skillnader i kostnader för olika typer av preventivmedel*, 2006.

Socialstyrelsen, *Hiv och aids i Sverige. Kunskaper, attityder och beteenden hos allmänheten 1987-2007*, 2007a.

Socialstyrelsen, *Ungdomars sexuella hälsa – internationella kunskapssammanställningar och svenska erfarenheter av förebyggande arbete*, 2007b.

Socialstyrelsen, *Abortverksamheten till och med graviditetsvecka 12*, 2007c.

Socialstyrelsen, *Att förebygga oönskade graviditeter – kartläggning, beskrivning och analys av verksamhetens arbete med unga och unga vuxna*, artikelnummer 2008-131-26, 2008a.

Socialstyrelsen, *Hälsodataregister räddar liv och förbättrar livskvalitet*, 2008b.

Socialstyrelsen, *Aborter 2008*, 2009.

SOU 1983:31 *Familjeplanering och abort – erfarenheter från ny lagstiftning*.

SOU 2003:126 *Förbättrad missbildningsövervakning.*

SOU 2005:90 *Abort i Sverige.*

SOU 2008:109 *En hållbar lärarutbildning.*

Sveriges Kommuner och Landsting, *P-pillersubvention och IVF-avgifter 2009.*

Stockholms stad, *Hedersrelaterat förtryck och våld i Stockholms stad, Rapport 2009.*

Tydén, T., "Trots lättillgängliga akut-p-piller sjunker inte antalet aborter", *Läkartidningen* nr 47, 2002.

UMO, *UMOs slutrapport 20090126*, Love Nordenmark, 2009.

WHO, *Health Behaviour in School-aged Children 2005/2006*, 2008.

#### **Internetbaserade källor**

7 april 2009

Vuxensamtal:

<http://www.vuxensamtal.se/samtalsredskap/kommentarer/>

7 april 2009

Socialstyrelsen:

<http://www.socialstyrelsen.se/Amnesord/folkhalsa/HIV-STI/nyheter/Ungdomsbarometern2008.htm>

23 april 2009

Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar:

<http://www.fsum.org/index.htm>

16 april 2009

Tandvårds- och läkemedelsverket:

<http://www.tlv.se/lakemedel/genomgang-av-lakemedel/pagaende-genomgangar/p-piller-klimakteriebesvar/lfn-inleder-granskning-av-p-piller/>

#### **Internationella förhållanden**

Ketting, E. & Visser, A., "Contraception in the Netherlands: the low abortion rate explained", *Patient Education and Counseling* 23, 1994.

Stakes, *Skolhälsovården 2002. En handbok för skolhälsovårdare, läkare, grundskolor och kommuner*, 2002.

Stakes, *Nordisk abortstatistik 2005*, Statistikmeddelande 1/2007, Stakes, Finland.

Sundhedsstyrelsen, *Sundhedsstyrelsens ramme for prioritering og strategi for forebyggelse af hiv, andre seksuelt overførbare infektioner og uønskede graviditeter i Danmark 2006-9*, Sundhedsstyrelsen, Danmark, 2006.

Sosial og helsedirektoratet, *Handlingsplan for forebygging av uønsket svangerskap og abort 1999-2003. Oppsummering - strategier och resultater på noen sentrale fokusområder*, 2007.

SUSS, *Årsrapport for hjelpetelefonene SUSS-telefonen*, Norge, 2007.

SUSS: [www.suss.no](http://www.suss.no)

Wijsen, C. & Zaagsme, M, “Zwangerschap, anticonceptie en abortus”, *Seksuele Gezondheid in Nederland 2006*, F. Bakker & I. Vanwesenbeeck (Eds.). Eburon, Holland, 2006.



Socialdepartementet

Utdrag

Protokoll

6

vid regeringssammanträde

2007-06-14

S2007/5513/HS

**Arbetsgrupp med uppgift att överväga hur arbetet med att förebygga  
oönskade graviditeter kan utvecklas bland vuxna, unga vuxna och ungdomar**

---

1 bilaga

**Regeringens beslut**

Regeringen beslutar att inom Socialdepartementet tillsätta en arbetsgrupp med uppgift att överväga hur arbetet med att förebygga oönskade graviditeter kan utvecklas bland vuxna, unga vuxna och ungdomar. Uppgifterna för arbetsgruppen finns närmare angivna i *bilagan*. Arbetet ska vara avslutat senast den 15 september 2008.

Chefen för Socialdepartementet, statsrådet Hägglund, skall utse ledamöterna i gruppen och utse en av dem att vara ordförande samt utse sekreterare med uppgift att biträda arbetsgruppen.

Kostnaderna skall belasta anslaget 90:5 Regeringskansliet m.m., budgetramen 5 Socialdepartementet.

Utdrag till

Statsrådsberedningen  
Finansdepartementet/BA  
Justitiedepartementet/GRANSK  
Utbildningsdepartementet  
Regeringskansliets förvaltningsavdelning

**Bilaga**  
till protokoll nr 6  
vid regeringssammanträde  
2007-06-14

Socialdepartementet

## **Utveckling av arbetet med att förebygga oönskade graviditeter bland vuxna, unga vuxna och ungdomar**

---

### **Bakgrund**

Regeringen konstaterar i propositionen Abort för utländska kvinnor och förebyggande av oönskade graviditeter (prop. 2006/07:124) att arbetet med att förebygga oönskade graviditeter bör främjas.

Regeringen aviserar i propositionen sin avsikt att tillsätta en arbetsgrupp med denna uppgift.

Regeringen ger i dag Socialstyrelsen i uppdrag att kartlägga det arbete med att förebygga oönskade graviditeter som pågår vid ungdomsmottagningarna, studenthälsomottagningarna och liknande verksamheter.

### **Uppdrag**

Arbetsgruppen skall överväga hur arbetet med att förebygga oönskade graviditeter kan utvecklas bland vuxna, unga vuxna och ungdomar.

I uppdraget ingår bl. a. att analysera hur informationen och rådgivningen angående preventivmedel kan förbättras. Ökad kunskap krävs om kvinnors och mäns önskemål när det gäller former för och innehåll i preventivmedelsrådgivningen. Förslag skall lämnas på hur tillgängligheten till preventivmedelsrådgivningen skall kunna ökas. I uppdraget ingår, i de fall det bedöms som relevant, även arbetet med att förebygga sexuellt överförda infektioner. Arbetet skall ske med utgångspunkt från uppföljning och utvärdering av den utveckling som redan pågår hos sjukvårdshuvudmännen. Arbetsgruppen skall göra en konsekvensanalys av lämnade förslag.

Övervägandena vad avser unga vuxna och ungdomar bör inte enbart gälla de unga kvinnorna utan även de unga männen. I uppdraget ingår även att

överväga hur IT skall kunna användas för att nå unga vuxna och ungdomar, bl. a. skall möjligheten att komma i kontakt med ungdomsmottagningarna via internet analyseras. Ungas synpunkter och erfarenheter gällande effektiva arbetssätt att sprida och nå målgruppen med relevant information bör tas tillvara.



**P-pillersubventioner 2009<sup>31</sup>**

Bilaga 2

Landsting	P-pillersubvention	T.o.m. år
Stockholm	12 mån. förskrivning av p-piller, p-stav och hormonspiral 60 kr. 3 mån. förskrivning av p-piller och p-spruta 30 kr. 12 mån. förbrukning av p-ring och p-plåster 60 kr och 3 mån. 30 kr. Akut preventivmedel gratis	22 år
Uppsala	100 kr per år	19 år
Sörmland	Kvinnan betalar själv första 3-månadersreceptet. Därefter 100 kr per år.	21 år
Östergötland	25 kr för 3 månaders förbrukning. 100 kr för 1 års förbrukning. 300 kr för implantat som varar över 1 år och upp till 3 år.	19 år
Jönköping	Tonåring betalar själv för 3 månaders provförpackning. Därefter betalar tonåringen: 40 kr för 3 mån förbrukning, 80 kr för 6 mån förbrukning 130 kr för 12 mån förbrukning	20 år
Kronoberg	Kvinnan betalar första 3-månadersreceptet. Därefter 170 kr/år	19 år
Kalmar	120 kr för en hel årsförbrukning. Vid deluttag 10 kr/mån. Gäller samtliga hormonella preventivmedel (fr.o.m. 1 okt 2008)	20 år
Blekinge	Gratis	19 år
Skåne	Gratis	20 år
Halland	3 mån = egenavgift 40 kr 6 mån = egenavgift 80 kr 12 mån = egenavgift 120 kr >12 mån = egenavgift 150 kr	19 år

<sup>31</sup> Uppgifterna kommer från informationsblad på SKLs webbplats *P-pillersubvention och IVF-avgifter 2009*

Västra Götaland	100% minus 25 kr per kvartal	19 år
Värmland	170 kr per år	20 år
Örebro	170 kr per år. alternativt max. engångskostnaden för långtidsverkande Subventionerar alla preventivmedel.	20 år
Västmanland	100% minus 25 kr per kvartal	24 år
Dalarna	100 kr per år	19 år
Gävleborg	100 kr per år	23 år
Västernorrland	Subvention 70% på p-piller förskrivna på recept vid varje expedieringstillfälle	23 år
Jämtland	Kvinnorna betalar 50%	24 år
Västerbotten	Ingen subvention	
Norrbotten	50% per recept subventioneras	21 år
Gotland	Max kostnad är 300 kr per år	19 år

