



Sexuell hälsa i Stockholms län

Ronny Heikki Tikkanen, Kristina Gemzell
Danielsson, Gunilla Neves Ekman
och Elin Jacobsson

Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen
Box 6909, 102 39 Stockholm
Besök: Hantverkargatan 11 B
Tfn 08-123 132 00


Stockholms läns
landsting


Karolinska
Institutet


GÖTEBORGS
UNIVERSITET

Förord

Stockholms läns landsting gör vart fjärde år en omfattande uppföljning av hälsoläget i länet. En folkhälsoenkät genomförs i befolkningen och ett omfattande arbete läggs ner på att värdera de studier och rapporter med information om hälsoläge, livsstil och levnadsvanor som tagits fram under den gångna perioden. Sammantaget utgör dessa källor basen för den folkhälsoberättelse som får sitt främsta uttryck i den s.k. Folkhälsoberättelsen.

Folkhälsoberättelsen 2011 baseras till stora delar på 12 delrapporter. Delrapporterna utgår från de seminarier som genomfördes våren/hösten 2011 i samarbete mellan Hälso- och sjukvårdsförvaltningen och Karolinska Institutet samt i ett fall Äldrecentrum. Varje seminarium behandlade en viss folkhälsofråga. Delrapporterna är författade dokument där författarna själva står för fakta och framförda tolkningar och förslag till åtgärder.

Kapitlet är författat av Ronny Heikki Tikkanen, lektor vid institutionen för socialt arbete vid Göteborgs universitet, Kristina Gemzell Danielsson, professor i obstetrik och gynekolog vid institutionen för kvinnors och barns hälsa, Karolinska Institutet, enhetschef Gunilla Neves Ekman och folkhälsovetare Elin Jacobsson, båda verksamma vid Lafa – enheten för sexualitet och hälsa vid Stockholms läns landsting. Ronny Heikki Tikkanen har haft ett övergripande ansvar när det gäller kapitlet som helhet. Samtliga författare har dock gett synpunkter på texten som helhet. Författarna tackar Marta Hansson Bocangel, Lafa, Rebecka Vyth och Inger Zedenius, Smittskydd Stockholm samt Monica Idestrom, Torsten Berglund och Anna-ChuChu Schindele, Enheten för hiv-prevention och sexuell hälsa vid Smittskyddsinstitutet för faktagranskning.

ISBN: 978-91-979698-3-3

Omslagsillustration: Erica Jacobson

Design: Alenäs Grafisk Form

Sammanfattning

Kapitlet behandlar området *sexuell hälsa*, mer precist två specifika områden: sexuellt risktagande när det gäller sexuellt överförda infektioner (STI) och oönskade graviditeter. Dessa områden beskrivs i detta kapitel i två separata delar även om förebyggande insatser när det gäller sexuell hälsa ofta syftar till att både förebygga sexuellt överförda infektioner och oönskade graviditeter.

Fler än hälften av alla personer i Sverige som lever med hiv bor i Stockholms län. Bland dem som smittats via heterosexuella kontakter har smittotillfället i de flesta fall ägt rum utanför Sverige. En relativt stor andel av dem som lever med hiv i Stockholm är män som har sex med män och många i gruppen har smittas i Sverige. Förekomsten av hiv i MSM-gruppen är betydligt större jämfört med befolkningen som helhet. Personer som lever med hiv är en viktig grupp i det hälsofrämjande arbetet och behöver integreras bättre i preventionen, både som målgrupp och som aktörer.

Klamydia är den anmälningspliktiga sexuellt överförda infektion som är vanligast förekommande i Stockholms län. Antalet nyupptäckta fall av klamydia har under de senaste åren legat mellan 8 500 och 11 000 i länet. Klamydia drabbar främst ungdomar och unga vuxna och smittoöverföringen sker främst i Sverige. Klamydiainfektion kan leda till infertilitet och om den är obehandlad även till ökad risk att smittas av en annan STI, inklusive hiv. Kunskaperna om klamydia och hiv är relativt goda. Attityderna till kondombruk är dessutom relativt positiva bland unga i Stockholms län. Trots kunskap och positiva attityder är kondombruket bland unga i Stockholms län lågt. Detta gäller både med partner man lever i relation med samt med en ny eller tillfällig sexpartner som man inte känner sedan tidigare. En vanligt förekommande förklaring till avsaknaden av kondom är att man använder annat slags preventivmedel, oftast p-piller.

Stockholms län ligger över riksgenomsnittet när det gäller aborter. Det är dock inte aborterna i sig som är problemet utan förekomsten av oönskade graviditeter. Högst frekvens aborter ses i åldersgruppen 20–24 år. Hormonella preventivmedel är ett effektivt skydd mot oönskad graviditet. Om man kombinerar dessa med kondom så skyddar man sig både mot oönskade graviditeter och sexuellt överförda infektioner. Stockholms län ligger lägre jämfört med övriga Sverige när det gäller användning av hormonella preventivmedel.

Det finns grupper i Stockholms län som är särskilt utsatta när det gäller sexuellt risktagande. En sådan grupp är män som har sex med män. Kondombruket i gruppen är högre jämfört med övriga, men förekomsten av hiv och andra STI oproportionerligt stor, vilket gör kondom användning än viktigare. En annan grupp som är viktig att nå är abortsökande kvinnor. De är ofta mo-

tiverade att hitta en effektiv preventivmetod och det är viktigt att de erbjuds individanpassad preventivmedelsrådgivning i samband med genomförd abort. En annan utsatt grupp är de personer som har en hög alkoholkonsumtion, som använder andra slags droger och är drabbade av psykisk ohälsa. Dessa personer har oftare kontakt med samhällets olika hjälpinstanser, som sjukvård och socialtjänst, jämfört med övriga.

I kapitlet identifieras insatser inom sju olika områden som ska främja den sexuella hälsan i Stockholms län: Tillgång till lättillgängliga och målgruppsanpassade mottagningar (1). Subventionering av alla preventivmedel för unga upp till 25 år, inklusive preventivmedel som inte ingår i högkostnadsskyddet (2). Individuellt anpassad rådgivning för att öka användningen av graviditets- och smittskydd (3). Tillgång till kondomer för ungdomar, unga vuxna, MSM och andra riskutsatta grupper (4). Fortsatt stöd till personal inom skolan för att utveckla sex- och samlevnadsundervisningen (5). Brett riktade kommunikationsinsatser för att påverka attityder kring sexuell hälsa (6). Riktade insatser till särskilt riskutsatta grupper för att förebygga hiv, STI och oönskade graviditeter (7).

Sexuell hälsa i Stockholms län

Detta kapitel behandlar området *sexuell hälsa*. Mer precist två specifika områden: sexuellt risktagande när det gäller sexuellt överförda infektioner (STI) samt oönskade graviditeter. Sexuell hälsa är dock mycket mer än frånvaro av sjukdomar och oönskade graviditeter. Världshälsoorganisationen (WHO) definierar sexuell hälsa som: ”*Sexual health is a state of physical, mental and social well-being in relation to sexuality. It requires a positive and respectful approach to sexuality and sexual relationships, as well as the possibility of having pleasurable and safe sexual experiences, free of coercion, discrimination and violence.*”⁽¹⁾. Av definitionen framgår att sexuell hälsa även inkluderar tillgång till en sexualitet och relationer man mår bra av. Med andra ord innebär ett arbete med förbättrad sexuell hälsa att man även arbetar med frågor som indirekt berör oönskade graviditeter och sexuellt överförda infektioner. Ett begrepp som är tätt sammankopplat med sexuell hälsa är *sexuella rättigheter*, även benämnt SRHR (Sexual and Reproductive Health Rights).

Sexuella rättigheter är ett omfattande begrepp som inkluderar allt ifrån rätten att inte bli diskriminerad till rätten att kunna göra fria och ansvarstagande reproduktiva val, rätten att erhålla sexuell information baserad på vetenskaplig grund, rätt till gedigen sexualkunskap samt rätt till sexuell hälsovård. Flera av de insatser som föreslås i kapitlet handlar till viss del om sexuella rättigheter.

Andra viktiga begrepp när man arbetar med sexuell hälsa och sexuella rättigheter är *prevention* och *hälsofrämjande arbete*. Dessa två begrepp kan användas synonymt. Men det finns dock en viss skillnad, där hälsofrämjande arbete är salutogent inriktat mot att stärka det ”friska” samt sätta in sexualiteten i ett större livssammanhang. I slutet av detta kapitel ges förslag på insatser som till stor del är av hälsofrämjande karaktär.

Kapitlet är indelat i tre delar: en första del som behandlar hiv och övriga STI. Därefter kommer en del som fokuserar på preventivmedel och oönskade graviditeter. I den tredje och avslutande delen ges förslag på insatser för att hantera dessa aspekter av sexuell hälsa.¹ Trots att vi delat upp hiv/STI och preventivmedel/oönskade graviditeter i två separata delar i kapitlet kan man oftast arbeta framgångsrikt med både dessa aspekter av sexuell hälsa i en och samma insats.

¹ Den första delen är främst författad av Ronny Heikki Tikkanen, lektor vid institutionen för socialt arbete vid Göteborgs universitet. Den andra delen är främst författad av Kristina Gemzell Danielsson, professor i obstetrik och gynekolog vid institutionen för kvinnors och barns hälsa, Karolinska Institutet. Den tredje delen är författad av de två ovanstående forskarna tillsammans med enhetschef Gunilla Neves Ekman och folkhälsovetare Elin Jacobsson, båda verksamma vid Lafa – enheten för sexualitet och hälsa vid Stockholms läns landsting.

Tabell 1. Översiktlig presentation av studier som ligger som underlag för kapitlet.

	Målgrupp för studien	Svarande i Stockholms län
Folkhälsoenkäten 2010	Boende i Stockholms län i åldrarna 18 till och med 64 år	22 357
UngKAB09	Ungdomar och unga vuxna i åldrarna 15 till och med 29 år.	3 198
The European MSM Internet Survey 2010	Män som har sex med män (MSM) i åldrarna 15 till och med 72 år	1 295
MSM-enkäten 2008	Män som har sex med män (MSM) i åldrarna 15 till och med 77 år	1 437

Kapitlet bygger på flera olika datakällor. Den del som behandlar hiv och STI bygger främst på fyra datakällor: Folkhälsoenkäten 2010, UngKAB09, Kunskap, attityder och beteende bland unga i Sverige (2), EMIS-enkäten 2010, The European MSM Internet Survey (3) samt MSM-enkäten 2008 (4). I tabell 1 finns en översiktlig presentation av de fyra datakällorna. Den del som behandlar oönskade graviditeter och preventivmedelsanvändning bygger dels på olika svenska och internationella studier, inklusive UngKAB09 och Ungdomsbarometern (5), dels på Sveriges officiella statistik när det gäller aborter samt rapportering om reproduktiv hälsa inom europeiska unionen (6, 7). För mer detaljerad information om tillvägagångssätt i de olika studierna och studiernas representativitet hänvisas till de publikationer och hemsidor som beskriver de olika studierna.

Hiv och andra sexuellt överförda infektioner i Stockholms län

En viktig kunskapskälla när det gäller planering av insatser för att öka den sexuella hälsan och minska förekomsten av hiv och andra STI är epidemiologiska data som dels beskriver förekomsten av olika sjukdomar ("sjukdomsbördan") i befolkningen eller inom olika grupper vid en bestämd tidpunkt (prevalens), dels beskriver antalet inträffade sjukdomsfall över en tidsperiod, t.ex. under ett år (incidens). Det senare mäter trendförändringar (ökningar/minskningar) över tiden och kan fånga sjukdomsutbrott. Statens smittskyddsinstitut har ett nationellt ansvar att ta fram sådan statistik. När det gäller Stockholms län har Smittskydd Stockholm ett uppdrag att övervaka och rapportera statistik för sexuellt överförda infektioner på länsnivå. På Smittskydd Stockholms hemsida återfinns aktuell statistik när det gäller incidens av sexuellt överförda infektioner i Stockholms län (8) Nedanstående text bygger på information som samlats in från denna källa.

Bland de STI som är anmälningspliktiga enligt smittskyddslagen har vi valt att fokusera på hiv och klamydia. Övriga STI, som gonorré och syfilis, är generellt relativt ovanligt förekommande i Stockholms län. Dock sker vissa så kallade utbrott inom avgränsade grupper vilket gör att incidensen ökar. Ett exempel på ett sådant utbrott är de fall av gonorré som man upptäckte under hösten 2011 bland unga som främst smittas av andra svenskar under semesterresor. Även bland MSM i Stockholm finns en pågående smittspridning av gonorré och syfilis.

Totalt har drygt 5 000 personer till och med december 2010 rapporterats med hivinfektion i Stockholms län. Andelen nyrapporterade fall med hiv i Stockholms län ligger på drygt 220 personer/år. En ökning skedde runt 2007,

men antalet har sedan dess legat på ungefär samma nivå. De som smittas med hiv inom Sverige tillhör främst gruppen män som har sex med män (MSM). Bland dem som smittats via heterosexuella sexkontakter har smittotillfället främst ägt rum utanför Sverige – innan man invandrat till Sverige eller under resa i utlandet. Smittoöverföringen när det gäller hiv är främst sexuell. Antalet personer smittade via intravenöst narkotikabruk uppgår till cirka tjugo personer per år, de flesta av dessa är smittade i Sverige. Antalet som lever med hiv i Stockholms län idag (2011) uppskattas till cirka 3 000 personer varav 70 procent är män. Andelen självrapporterat hivpositiva MSM, enligt MSM-enkäten 2008 (4), ligger på ca 3 procent i Sverige respektive 5 procent i Stockholms län. Detta skall jämföras med 0,06 % hivprevalens i Sveriges befolkning som helhet (9).

Personer som bär på hiv är en särskilt viktig grupp att nå i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet. De som lever med hiv är en grupp som ofta möter stigma kring hiv såväl i privatliv som i mötet med samhällets olika offentliga instanser. Det är dessutom en grupp som är viktig att arbeta med när det gäller STI-prevention. Om man bär på ytterligare en STI-infektion, förutom hiv, kan detta medföra att hivvirusnivån stiger. Detta innebär att hivviruset lättare överförs vid en oskyddad sexuell kontakt. En annan viktig grupp att nå är personer som inte känner till sin hivinfektion. Internationella studier visar att en stor andel av smittoöverföringen sker av någon som är relativt nysmittad och som ofta inte har kännedom om sin infektion (10).

Klamydia är den anmälningspliktiga sexuellt överförda infektion som är vanligast i Sverige och i Stockholms län. Statistik sammanställd av Smittskydd Stockholm visar att antalet nyupptäckta fall av klamydia under de senaste åren legat mellan 8 500 och 11 000 (8). Klamydia drabbar främst ungdomar och unga vuxna. Anledningen till att klamydia inkluderas i smittskyddslagen är att konsekvenserna kan vara allvarliga. Klamydiainfektion kan leda till infertilitet. Dessutom kan en obehandlad klamydiainfektion leda till ökad risk att smittas av en annan STI, inklusive hiv. Andelen rapporterade kvinnor med klamydia är något större än andelen män, vilket kan förklaras av att fler kvinnor testar sig. Både män och kvinnor kan bära på klamydia utan att ha märkbara symtom. De flesta fall av klamydia i Stockholms län är heterosexuellt överförda och smittotillfället har ägt rum i Sverige.

Kunskap om hiv och andra sexuellt överförda infektioner

En viktig del av hälsofrämjande insatser när det gäller sexuell hälsa är att sprida kunskap om hiv och STI, hur man undviker överföring samt hur man testar sig och får tillgång till effektiv behandling. Kunskapsspridningen sker dels via skola, sjukvård samt andra kanaler där individen möter samhället, dels via frivilligorganisationer som arbetar för att nå särskilda undergrupper (t.ex. unga, personer med utländsk bakgrund eller homo-, bi- och transpersoner). Den kunskap som förmedlas kan dels vara så kallad allmängiltig grundkunskap, som till exempel hur sexuellt överförda infektioner smittas samt hur man minskar risken för överföring, dels mer specifik kunskap som är knuten till den särskilda målgruppens behov.

I UngKAB09 ställdes flera frågor som behandlar kunskap om sexuellt över-

förda infektioner (2). En del av dessa frågor är indikatorer för Nationell handlingsplan för klamydiaprevention (11). När det gäller kunskapsnivån bland unga bosatta i Stockholms län finns inga större skillnader jämfört med övriga riket. I stort sett samtliga svarande (ungefär 90 procent) i Stockholms län vet att man kan ha klamydia utan märkbara symtom samt att man trots detta kan smitta andra.

När det gäller skillnader mellan olika åldersgrupper kan man dock se vissa mindre skillnader; bland dem som är under 20 år är kunskapsluckan nästan dubbelt så stor (men procentuellt fortfarande relativt liten) jämfört med de äldre. Denna skillnad är visserligen inte förvånande eftersom en del av dessa ungdomar fortfarande går i skolan och förhoppningsvis kommer att få fördjupad kunskap om klamydia längre fram i sin skolgång. Att obehandlad klamydiainfektion kan leda till att man inte kan få barn var det fler som inte kände till; ungefär femton procent av de unga i Stockholms län kände inte till detta. Även här är skillnaderna relativt stora mellan åldersgrupperna, där en fjärdedel av ungdomarna under 20 år saknade denna kunskap.

Kunskapen om klamydia är relativt god bland unga i Stockholms län och de allra flesta har grundläggande kunskap om hiv. Till exempel anger endast några få procent att man kan få hiv genom kramar. Något fler, ungefär en tiondel, anger dock felaktigt att man kan få hiv genom kyssar eller genom att dricka ur samma glas som någon som är smittad. Även här är skillnaderna relativt stora mellan åldersgrupperna, där tonåringarna i större omfattning är felinformerade.

Frågorna om klamydia och hiv i UngKAB09 behandlar kunskap på en grundläggande nivå. Det finns anledning att anta att ungdomar och unga vuxna i Stockholms län har kunskapsluckor trots att de har vissa grundkunskaper. I UngKAB09 fick de svarande själva ta ställning till vilka kunskapsluckor de har när det gäller sexualitet och relationer i allmänhet och sexuellt överförda infektioner i synnerhet.

Tabell 2. Kunskapsbehov bland unga i Stockholms län. Källa: UngKAB09.

Kunskapsbehov	Andel som uppger att de har otillräcklig kunskap
Hur man får en relation att fungera bra	50 procent
Hur det är att leva med hiv	38 procent
Hur andra könssjukdomar än hiv smittar	37 procent
Hur hiv smittar	34 procent
Hur man undviker att kondomen går sönder	29 procent
Hur man talar om risker för könssjukdomar med en sexpartner	28 procent
Säkrare sex	19 procent
Hur man undviker oönskade graviditeter	18 procent

Vid en analys framkommer att det allra största kunskapsbehovet ligger inom relationsområdet; ungefär hälften av de unga i Stockholms län har angett att de behöver mer kunskap om hur man får en relation att fungera. Detta kunskapsbehov är lika stort inom alla åldersgrupper. Det näst mest förekommande kunskapsbehovet handlar om hur det är att leva med hiv; 38 procent av de unga har angett detta då de svarade på enkäten. Här är skillnaderna betydligt större mellan åldersgrupperna, där dubbelt så stor andel bland dem under 20 år har angett detta som en kunskapslucka, jämfört med dem som fyllt 25 år (51 procent jämfört med 23 procent).

Ungefär en tredjedel av de svarande uppfattar att de behöver mer kunskap om hur hiv och andra STI smittar. Något färre anger att de behöver mer kunskap om hur man samtalar med en sexpartner om risk samt hur man undviker att kondomen går sönder när man har sex. En femtedel av de svarande anger att de behöver mer kunskap om säkrare sex. Gemensamt för dessa kunskapsbehov är att de är betydligt större bland dem som är 20 år eller yngre.

När man jämför de allra yngsta med dem som är 25 år fyllda, kan man konstatera att kunskapsbehoven är dubbelt så stora. När man jämför utrikesfödda med inrikesfödda finns inga stora skillnader när det gäller kunskapsbehov. Även bland de utrikesfödda är det främst den unga åldern som avgör om man har större kunskapsbehov jämfört med övriga. Det finns inte heller några större skillnader mellan män och kvinnor när det gäller kunskapsbehov. Den enda skillnaden som framträder tydligt är att kvinnor i högre grad än män uppger att de behöver mer kunskap om hur man talar om risker för STI med en sexpartner.

En grupp vars kunskapsbehov är särskilt viktiga att uppmärksamma är män som har sex med män. Som vi tidigare konstaterat är förekomsten av hiv (prevalensen) betydligt större jämfört med populationen i övrigt, vilket gör MSM mer sårbara. Kunskapsbehoven hos MSM har mätts i två relativt omfattande studier: MSM-enkäten 2008 samt EMIS-enkäten 2010 (4, 3). Resultaten visar att kunskapen om hiv och aids är stor bland männen som svarat på enkäterna. I stort sett samtliga män vet att man inte kan bedöma någons hivstatus utifrån utseende. Man känner även till att det finns bromsmediciner. Däremot skiljer sig kunskapen åt när det gäller tidpunkten för ett tillförlitligt hivtestsvar samt att effektiv behandling med bromsmediciner även minskar risken att hiv överförs. Skillnaden finns främst mellan dem som är under 20 år och övriga män, där kunskapen är betydligt lägre bland de yngsta männen. Något som de yngsta männen har mindre kunskap om är att hiv lättare överförs om någon av parterna har en annan sexuellt överförd infektion. Något som tydligt framträder i EMIS-enkäten är att kunskapen om andra STI är relativt låg bland männen oberoende av ålder. En stor andel av männen känner inte till att de flesta sexuellt överförda infektioner smittar betydligt lättare än hiv.

Liksom i UngKAB09 fick de svarande på MSM-enkäten 2008 själva ta ställning till vilka kunskapsluckor de har när det gäller sexualitet och relationer i allmänhet och sexuellt överförda infektioner i synnerhet.

Tabell 3. Kunskapsbehov bland MSM i Stockholms län. Källa: MSM-enkäten 2008.

Kunskapsbehov	Andel som uppger att de har otillräcklig kunskap
Hur det är att leva med hiv	52 procent
Om andra STI	36 procent
Hur man får en relation att fungera bra	34 procent
Om hiv	32 procent
Hur man frågar en sexpartner om hans/hennes hivstatus	32 procent
Hur man undviker att kondomen går sönder	23 procent
Säkrare sex	13 procent

Det finns likheter med det som vi ser i UngKAB09. Det som de allra flesta uppger att de har otillräckliga kunskaper om är hur det är att leva med hiv. Denna kunskapslucka är stor oberoende av ålder hos den som svarat. Att kunskapen om STI är relativt låg bland MSM i Stockholms län ger MSM-enkäten 2008 indikationer på. Något mer än en tredjedel av männen uppger att de har otillräckliga kunskaper om andra STI än hiv. Detta kunskapsbehov är som störst bland de yngsta männen som är 25 år eller yngre (45 procent) jämfört med övriga. Liksom i UngKAB09 är kunskapsbehovet om relationer relativt stort. Mer än en tredjedel av männen säger sig ha otillräckliga kunskaper inom detta område; behovet är i stort sett detsamma oberoende av hur gamla männen är. Något som också kommer högt upp på listan över behov är kunskap om hur man frågar sin sexpartner om hans/hennes hivstatus. Kondombruk och säkrare sex verkar dock de flesta verkar ha tillräckliga kunskaper om. Man kan dock urskilja något större kunskapsbehov bland dem som är 25 år eller yngre.

Kondomanvändning – attityder och praktik

Det räcker inte med kunskap för att kondom ska användas vid samlag. Kunskap måste kompletteras med insatser som stärker positiva attityder till kondomanvändning. Flera teorier som ligger till grund för beteendeförändringar inkluderar delar som handlar om attityder (till exempel *social cognitive theory*). I UngKAB09 ställdes en fråga om attityder till kondom. De svarande ställdes inför en hypotetisk situation där de möter en ny sexpartner som föreslår kondom vid penetrerande samlag. De svarande fick utifrån fasta svarsalternativ uppge hur de tror att de skulle reagera i denna situation.

Tabell 4. Hur man tror att man skulle reagera då en ny sexpartner föreslår kondom. Svarande i Stockholms län. Källa: UngKAB09.

Tycker att hon/han verkar omtänksam/ansvarsfull	88 procent
Tycker det är bra, slipper oro efteråt	64 procent
Bra att hon/han föreslår eftersom jag själv vill använda kondom	58 procent
Tycker kondomer är avtändande	17 procent
Bra, enklare att ha sex med kondom	9 procent
Får mig att tänka på STI och känna obehag	8 procent
Tycker kondomer kan vara upphetsande	5 procent
Vill ej använda, blir störd om hon/han föreslår	3 procent

De allra flesta, ungefär nio av tio, anger att de skulle uppfatta personen som omtänksam och ansvarsfull. Det näst mest förekommande svaret är att man skulle uppfatta kondomförslaget som positivt eftersom man slipper oro efteråt. Något mer än hälften av de svarande uppger detta. Därefter är det ett relativt stort hopp procentuellt sett till nästa svarsalternativ. Knappt en femtedel tycker att kondomer är avtändande. En tiondel upplever att det är enklare att ha sex med kondom. Mindre än en tiondel av dem som svarat förknippar ett kondomkrav med något negativt, d.v.s. att det skulle förknippas med STI eller att det framkallar obehag. Däremot förknippar man inte kondom med något som är sexuellt upphetsande; endast några få procent av de svarande anger att kondomer kan vara upphetsande – inga skillnader mellan olika åldersgrupper. Vi kan alltså konstatera att attityderna till kondomanvändning är positiva. De flesta förknippar detta med positiva egenskaper som ansvarsfullhet och omtanke. Dessutom är kondomer bra på så sätt att man slipper oroa sig efteråt.

När det gäller de övriga studierna som detta kapitel bygger på finns inga direkta frågor som berör attityder till kondom. Däremot inkluderar samtliga studier (förutom Folkhälsoenkäten 2010) frågor om kondombruk. I UngKAB09 ställdes frågor om kondombruk i samband med två specifika tillfällen: vid den sexuella debuten samt vid det senaste tillfället man hade sex med en (eller flera) andra person/er. Medelåldern för den sexuella debuten är ungefär 16 år. De flesta hade ett vaginalt samlag då man debuterade. Det är vanligt förekommande att man använde något slags skydd då man första gången hade ett samlag, i de flesta fall kondom. Sammanfattningsvis kan man säga att unga personer i Stockholms län är relativt goda kondomanvändare vid debuten. Detta är dock något som förändras i och med att man skaffar sig ytterligare sexuella erfarenheter.

I UngKAB09-enkäten ställdes också frågor kring det senaste sextillfället. Denna tvärsnittsbelysning ger en bild av kondomanvändning med olika slags partnertyper. Tvärsnittsbilden visar att de allra flesta, ungefär 60 procent, hade sex med person som de lever i en relation med. Ungefär en tiondel hade sex med en ny/tillfällig partner som de inte kände sedan tidigare – vi återkommer till detta längre fram då vi diskuterar sexuellt risktagande bland unga i Stockholms län. Som vi tidigare konstaterat använder färre kondom vid det senaste sextillfället jämfört med vid debuten. Mer precist använde knappt tre av tio kondom vid detta tillfälle; kondombruket är något högre bland dem som är under tjugo år.²

Att de flesta inte använde kondom kan förklaras med att de hade sex med en person som de hade en relation med. I de fall denna relation är heterosexuell använde man i många fall ett annat preventivmedel än kondom. Anledningarna till att man inte använde kondom var att man använde annat graviditetskydd (58 procent), att det är skönare utan kondom (45 procent) samt att det är mer intimt att ha samlag utan kondom (35 procent). Om man gör en jämförelse mellan olika åldersgrupper kan man se den tydligaste skillnaden när det gäller dem som svarat att man inte hade någon kondom till hands; ungefär 16 procent av dem som är över 20 år har angett detta, bland dem som inte fyllt 20 år är andelen 25 procent.

² De allra flesta hade ett penetrerande samlag (vaginalt eller analt) vid sitt senaste sextillfälle.

Vi har konstaterat att kondombruket generellt sett är relativt lågt bland unga. Inom MSM-gruppen är det än viktigare att konsekvent använda kondom eftersom förekomsten av hiv är så mycket större i den gruppen. I MSM-enkäten 2008 samt i EMIS-enkäten 2010 ställdes frågor till männen om deras erfarenheter av att använda kondom vid anala samlag. Ungefär hälften av männen som svarat på enkäten använde inte kondom vid sitt senaste anala samlag, andelen är något större bland de yngre männen (under 25 år) jämfört med de äldre. Liknande siffror, och skillnader mellan yngre och äldre, finner vi i MSM-enkäten 2008. Precis som i UngKAB09, kan man se skillnader i partnertyp när det gäller kondomanvändning. I MSM-enkäten 2008 skiljer sig kondombruket betydligt beroende på om man lever i en relation eller om det är en tillfällig partner som man inte känner sedan tidigare. Bland dem som lever i en relation är kondombruket endast 30 procent. Vid anala samlag med en tillfällig partner som man inte kände sen tidigare användes kondom i 70 procent av fallen. Samma resultat när det gäller kondomanvändning framkommer i EMIS-enkäten 2010.

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att inställningen till kondombruk är relativt positiv bland unga i Stockholms län. Trots detta är kondombruket relativt lågt. Förklaringarna är att man oftare har oskyddat sex, i detta fall samlag utan kondom, med den som man lever i en relation med samt att man upplever det skönare och mer intimt att ha samlag utan kondom. Om parrelationen är heterosexuell väljer man ofta att använda andra slags preventivmetoder än kondom då man har samlag. Kan man utifrån detta tala om oskyddat sex inom parrelationer som ett risktagande? Svaret är inte enkelt. Andra studier har visat att inom en relation finns förmodligen större möjligheter att tala om sexuellt risktagande med partnern, jämfört med en tillfällig sexuell kontakt (12). Man kan testa sig – tillsammans eller enskilt – för att säkerställa att någon inte bär på en STI. Mot bakgrund av detta blir det svårt att dra slutsatser om sexuellt risktagande eftersom vi inte känner till hur man hanterat dessa frågor inom relationen.

Särskilt utsatta grupper när det gäller sexuellt risktagande

I detta avsnitt tittar vi närmare på personer som i högre grad än andra utsätter sig själva och andra för risk. I UngKAB09 handlar det om personer som vid det senaste sextillfället hade ett oskyddat vaginalt/analt samlag med ny/tillfällig partner som man inte kände sedan tidigare samt om dem som under de senaste tolv månaderna haft en STI. I Folkhälsoenkäten 2010 handlar det om personer som under de senaste tolv månaderna haft en STI. I EMIS- och MSM-enkäterna handlar det om personer som haft oskyddade anala samlag samt de personer som haft en STI (förutom hiv) under de senaste tolv månaderna.

Vid analysen av riskerfarenheter bland unga i Stockholms län kan man utgå från två olika slags erfarenheter: kondomanvändning med en ny/tillfällig partner som man inte känner sedan tidigare samt om man haft en STI under de senaste 12 månaderna. Enligt UngKAB09 hade en tiondel vid sitt senaste sextillfälle en ny/tillfällig partner som man inte kände sedan tidigare. Vid ungefär hälften av dessa sexuella möten användes kondom; kondombruket är något högre bland dem som är 25 år fyllda, jämfört med de yngre. Då man närmare granskar dem som inte använde kondom med denna typ av partner kan man se att de är något överrepresenterade när det gäller högkonsumtion av alkohol samt att de i större utsträckning debuterat sexuellt innan de fyllt femton år.

Man kan dessutom se att de i högre utsträckning än andra uppfattar sig själva vara i riskzonen för att få klamydia samt att de bedömer en sådan infektion som mindre allvarlig. Liknande resultat kan man se när man betraktar dem som under de senaste tolv månaderna haft en STI (klamydia eller gonorré). Det är något vanligare förekommande med en STI bland dem som har haft sex mot ersättning, som debuterat sexuellt innan man fyllt femton år, som har haft 6 eller fler sexpartner under senaste året, är högkonsumenter av alkohol dem som har varit utsatta för sexuella handlingar mot sin vilja. Dessutom bedömer unga i denna grupp klamydia som mindre allvarligt jämfört med övriga.

Folkhälsoenkäten 2010 innehöll en fråga om man har haft en STI under de senaste tolv månaderna. Mer exakt ställdes frågan om man har diagnostiserats med någon/några av följande STI: klamydia, gonorré, könsherpes eller kondylom. Två procent av dem som svarat på Folkhälsoenkäten har under de senaste tolv månaderna haft en STI. Erfarenheterna skiljer sig åt mellan olika åldersgrupper; bland 20–24-åringarna har sju procent haft en STI och bland dem som är över 29 år en procent.

Då man närmare betraktar dem som har haft en STI så framkommer fler faktorer som tyder på en viss utsatthet. De har under det senaste året något mer än andra upplevt oro/nedstämdhet/ängslan/ångest och har i något högre grad erfarenhet av att ha diagnostiserats som deprimerade. De beskriver, något mer än andra, att de under senaste veckorna upplevt sig som värdelösa samt att de förlorat tron på sig själva. De använder mer alkohol och oftare cannabis än andra. De har också, i något högre grad än andra, haft svårt att klara den löpande ekonomin. Detta kan delvis förklaras av att man i något högre grad är arbetsökande eller placerad i någon form av arbetsmarknadspolitisk åtgärd.

Att MSM är överrepresenterade när det gäller STI bekräftas av Folkhälsoenkäten 2010. Bland de män som betraktar sig själva som homosexuella är andelen som har haft en STI under de senaste 12 månaderna åtta procent. Motsvarande siffra bland heterosexuellt definierade män är två procent.

Vi har i föregående avsnitt sett att kondombruket bland MSM är betydligt högre jämfört med det resultat vi kan se bland unga generellt i UngKAB09. Trots detta finns goda skäl att intensifiera arbetet med att öka kondomanvändningen bland MSM. Ett starkt argument är att förekomsten av hiv är oproportionerligt stor inom gruppen. Rent konkret innebär det att risken att exponeras för hivvirus vid oskyddat samlag är betydligt större bland MSM jämfört med befolkningen i övrigt. Detta gör MSM till en särskilt riskutsatt grupp som är i behov av hälsofrämjande och preventiva insatser.

Både MSM-enkäten 2008 och EMIS-enkäten 2010 pekar mot att unga MSM, d.v.s. under 25 år är en särskilt riskutsatt grupp. Förekomsten av oskyddade samlag där en av parternas hivstatus är okänd är större inom denna grupp. EMIS-enkäten visar att bland unga under 25 år som haft oskyddat samlag med en icke-stadig partner, är det något mer förekommande, jämfört med de äldre, att man inte kände till parternas hivstatus. Ovanstående ska inte tolkas som att äldre MSM saknar erfarenhet av sexuella riskhandlingar. Skillnaderna mellan de unga och de äldre är relativt små. Dessutom kan vi utifrån MSM- och EMIS-enkäten konstatera att förekomsten av STI är större bland ”äldre” MSM (över 30 år), om man jämför dem med samma åldersgrupp i den svenska befolkningen som helhet. Ett annat viktigt skäl att särskilt

uppmärksamma unga MSM är att de tillhör en generation vars erfarenheter av hivpidemin skiljer sig åt från äldre män som var sexuellt aktiva före introduceringen av mer effektiva bromsmediciner. Det bör tilläggas att hivpositiva MSM är överrepresenterade när det gäller STI. Kondomanvändningen när hivpositiva har sex med andra hivpositiva är inte alltid självklar och därmed ökar sårbarheten för STI inom gruppen.

Oönskade graviditeter och preventivmedelsanvändning i Stockholms län

Aktuell statistik visar att kvinnor i Sverige har fler oönskade graviditeter jämfört med både övriga EU och USA. Sverige har också det högsta antalet oönskade graviditeter i Norden. Mycket tyder på att detta hänger samman med att Sverige också särskiljer sig som ett av de EU-länder där förskrivningen av p-piller och användningen av andra effektiva preventivmetoder är allra lägst.

Även om det är brister i tillgång till prevention i form av kunskap och preventivmedelsanvändning med oönskad graviditet som följd, är det oönskade graviditeter som är problemet och inte aborterna i sig. En abort är för många en lösning på problemet. Antalet aborter liksom antalet genomförda tonårsgraviditeter kan dock vara ett tecken på bristande kunskaper och beteenden i befolkningen som kan medföra risker för den sexuella hälsan.

Sammanlagt utfördes 37 693 aborter i Sverige under 2010 (20,9 aborter per 1 000 kvinnor 15–44 år). Under perioden 2007–2010 har aborttalet (antalet aborter per tusen kvinnor) i Sverige legat relativt konstant. Stockholms län ligger över riksgenomsnittet med 24,2 aborter per 1 000 kvinnor i åldern 15–44 år jämfört med 20,9 för riket för år 2010.

Andelen tonåringar i Sverige som valde att avsluta sin graviditet med en abort ökade kontinuerligt från 1995 till 2008, därefter har det skett en minskning. År 2007 var aborttalet i Sverige 24,5 per 1 000 kvinnor i åldersgruppen 15–19 år. Under de senaste tre åren har aborttalet i tonårsgruppen minskat kontinuerligt och var 2010 20,9 aborter per tusen kvinnor. Även det totala aborttalet har minskat i Sverige från 21,3 2008 till 20,9 2010.

De geografiska skillnaderna under 2010 är stora och antalet tonårsaborter varierar betydligt mer mellan olika delar i landet än det totala antalet aborter. I tonårsgruppen spänner siffrorna från 14,7 till 32,1 aborter per 1 000 kvinnor. Den högsta frekvensen tonårsaborter per 1 000 kvinnor hade Gotland samt Värmlands och Stockholms län. I Stockholms län har dock antalet tonårsaborter minskat under perioden 2007 till 2010 från 29 aborter per tusen kvinnor till 24,6.

Det är också skillnader mellan åldersgrupperna när det gäller aborter. Högst frekvens aborter ses i åldersgruppen 20–24 år (38,7 aborter per 1 000 kvinnor i Stockholms län jämfört med 33,3 aborter per 1 000 kvinnor i Sverige). Tendensen med ett relativt stort antal oönskade graviditeter strax efter tonåren är inte unik för Sverige.

I Västeuropa inklusive Sverige är medelåldern för förstföderskor 29 år och i Stockholms län 30,4 år. Detta innebär att de flesta kvinnor inte föder barn under den period i livet då de är som mest fertila – mellan 20 och 24 år – vilket ställer höga krav på att hitta ett effektivt preventivmedel som passar individen. Näst högst abortfrekvens ses i åldersgruppen 25–29 år (29,7 aborter per 1 000 kvinnor i Stockholms län jämfört med 26,7 aborter per 1 000 kvinnor i Sverige).

Medicinsk abort godkändes i Sverige 1992. Den innebär behandling med tabletter vilket framkallar ett missfall. Många kvinnor upplever en medicinsk abort som en enklare behandling än en kirurgisk abort som innebär en operation. Till skillnad från kirurgisk abort kan behandlingen utföras tidigare i graviditeten, vilket minskar risken för komplikationer. Medicinsk abort medför större tillgänglighet i och med att kvinnan utför abortbehandlingen själv. Detta leder till att mindre sjukhusresurser tas i anspråk, antal sjukvårdsbesök minskar och väntetiderna kan kortas.

Under 2010 genomfördes drygt 78 procent av alla aborter före utgången av nionde graviditetsveckan, det vill säga tidigt i graviditeten. Av dessa var 87,5 procent medicinska aborter. I några landsting och regioner är nästan alla aborter före utgången av nionde graviditetsveckan medicinska, jämfört med 80,7 procent i Stockholm. Återigen ses de största geografiska skillnaderna när det gäller tonårsaborter.

Andelen tonåringar i Stockholms län som genomgår medicinsk abort ligger långt under genomsnittet för riket och har dessutom minskat ytterligare något under 2010 (77,4 procent) jämfört med 2009 (79,1 procent). Orsaken till detta är oklar men kan eventuellt kopplas till hög belastning på ungdomsmottagningarna. Detta kan medföra att tonåringarna inte får abortrådgivning i ett tidigt skede och därigenom får tid för abort först när det är för sent för medicinsk abort. En annan möjlig förklaring till den låga andelen medicinska aborter är att ersättningssystemet till och med 2011 ger vårdgivare högre ersättning för kirurgiska aborter.

Kunskap och attityder när det gäller preventivmedel

När p-piller kom ut på marknaden på 1960-talet var de något av en revolution. Tillgången till p-piller var ett viktigt steg i kvinnlig frigörelse; en preventivmetod som kvinnorna kunde sköta själva och därmed ta eget ansvar för sin sexualitet. Betydelsen av detta för kvinnans möjligheter att själv ta kontrollen över sitt liv kan inte överskattas.

I dag ser vi något av en backlash; många kvinnor och män utgår från att ansvaret för prevention är helt och hållet kvinnans. Resultatet blir att fler utsätter sig för risken att bli oönskat gravid och missar möjligheten att använda något av de olika hormonella preventivmetoder som finns idag. Istället för att se det som en möjlighet att kunna ta ansvar över sin sexualitet många kvinnor detta ansvar som något oönskat och som en börda.

Samtidigt sprids en negativ bild av preventivmedel bland allmänheten. Ofarliga hormonella biverkningar eller effekter av samma typ som de flesta kvinnor känner av under menscykeln presenteras som "onaturliga" eller farliga. Medierapporteringen om p-piller i Sverige fokuserar, jämfört med andra länder, nästan uteslutande på risker och hot. När media rapporterar om unga flickor som har drabbats av negativa biverkningar av p-piller kan man i vården notera en minskning i användning och förskrivningen av p-piller vilket leder till en ökning av antalet aborter.

Samtidigt som rädslan för hormonella preventivmedel är vanlig glöms riskerna med en graviditet bort (13). Hormonpåverkan och hormonella biverkningar liksom andra risker ökar med graviditetslängden. Idag ses en oönskad graviditet och abort som något oproblematiskt av många kvinnor och trots att det skett en utveckling av säkra abortmetoder innebär aborten, oavsett metod,

en medicinsk behandling som kan innebära risk för biverkningar.

P-piller är ett effektivt skydd mot oönskad graviditet som för de allra flesta fungerar bra. P-piller har dessutom flera positiva hälsoeffekter vilka överväger den relativt låga risk som finns för allvarliga biverkningar. Dessa positiva hälsoeffekter inkluderar skydd mot allvarliga sjukdomar som livmodercancer och äggstockscancer samt skydd mot äggledarinflammation, vilket innebär bevarad framtida fertilitet (14).

P-piller är idag den mest använda preventivmetoden. Sedan det allra första pillret kom på 1960-talet har flera piller med lägre hormondoser och bättre biverkningsprofil utvecklats. Samtidigt har utvecklingen av andra preventivmedel skett. Idag finns flera alternativ till p-piller som i praktiken är mer effektiva eftersom de är lättare att komma ihåg och att använda på rätt sätt.

P-ring ger samma fördelar som p-piller men blir mer effektiv eftersom den inte kräver att man kommer ihåg att ta en tablett varje dag utan använder en ring per månad. P-stav, hormon- och kopparspiral är alla effektiva metoder som saknar allvarliga hormonella bieffekter och som inte heller bygger på att man tar en tablett varje dag. Alla dessa metoder kan med fördel kombineras med kondom. Spiral används i mycket högre utsträckning i både Norge och Finland jämfört med Sverige. I Danmark har användningen av hormonspiral ökat vilket framgår av försäljningssiffrorna, medan användningen i Sverige har minskat, troligen på grund av skepsis mot hormonanvändning (13).

Vill man ha ett fullgott skydd mot både oönskad graviditet och könssjukdomar så är kombinationen av hormonellt preventivmedel och kondom att föredra. Kondom är det enda skyddet mot sexuellt överförda infektioner och är dessutom den enda icke permanenta preventivmetoden för män. Kondomen är dock inte ensam ett 100 procentigt effektivt preventivmedel eftersom den ställer höga krav på användaren och är en relativt ömtålig produkt och måste användas på rätt sätt. Risken att bli gravid med kondom är mycket högre än om man skyddar sig med kombinerade p-piller (Pearl Index (PI) 3–14), moderna spiraler eller p-stav (PI 0.2–<0.5) (15).³

Ungdomsbarometern 2009/2010 visade att svenska ungdomar överlag är mer oroade över en graviditet än en sexuellt överförd infektion, vilket också resultat från UngKAB09 visar (5,2). Uppenbart är att ungdomar är angelägna om att skydda sig mot oönskade graviditeter och använder metoder som kondom och framför allt p-piller under långa perioder (16,17). Avbrott på grund av oro för biverkningar eller framtida skador är dock ganska vanliga (18). Rapporter i media om olika risker kan leda till avbrott eller övergång till mindre säkra metoder (19).

I en intervjustudie bland gymnasieungdomar uppgav de flesta att de, trots att de var medvetna om risker i form av sexuellt överförda infektioner och oönskade graviditeter, underskattade eller ignorerade riskerna med oskyddat sex. I ”stundens hetta”, särskilt då alkohol varit inblandat, var det lättare att strunta i risker, än att vara den som tar upp frågan om preventivmedel (20). Återkommande var ett slags ”det händer inte mig”-attityd.

Både tjejer och killar som intervjuades hade en genomgående öppen och libe-

³ Pearl Index används för att mäta preventivmetodernas effektivitet och är ett mått som anger hur många graviditeter som inträffar per 100 kvinnoår vid användning av preventivmetoden. Pearl Index tar hänsyn till metod- och användarfel.

ral inställning till sex i allmänhet, till sex med tillfälliga partner och till oskyddat sex. Samtidigt uttryckte många, både killar och tjejer, en negativ inställning till preventivmedel. Kondom ansågs generellt som dyrt, oskönt, bökigt och avtändande. Ett flertal av tjejerna hade en skeptisk och misstänksam inställning till hormonella preventivmedel. Det framkom åsikter kring att hormoner inte var bra för kroppen samt att de kan orsaka blodproppar, cancer och viktuppgång.

Tjejer ansågs ha det största ansvaret för preventivmedel. Killar tyckte inte det fanns stora risker med oskyddat sex. Man antog att partnern skulle berätta om den var smittad eller inte använde hormonella preventivmedel. Man tyckte vidare att det var svårt att ta upp frågan om preventivmedel i samband med sex, särskilt med en ny partner. Det fanns ett flertal anledningar till dessa svårigheter. Orsakerna kunde vara osäkerhet, oro för förlorad intimitet och att detta skulle leda till tankar om sjukdomar och smitta. Kompisars inställning till preventivmedel visade sig även ha stor påverkan. Mestadels gjordes en subjektiv riskbedömning av behovet att skydda sig.

Skolans sex- och samlevnadsundervisning är en viktig del i det preventiva arbetet kring sexuell hälsa. I en studie vid en ungdomsmottagning i Stockholm menade ungdomarna att skolundervisningen var för teoretisk (21). Man saknade också diskussion och kunskap kring önskad graviditet och abort. En studie från Uppsala Universitet visar också begränsade kunskaper om sexuell och reproduktiv hälsa bland skolungdomar, till exempel saknades grundläggande kunskaper om menstruationscykeln, abort och fosterutveckling. I Ungdomsbarometern 2009/2010 är det bara en av fem som bedömer skolans sex- och samlevnadsundervisning som bra. Detta är oroande eftersom ungdomar anger skolan och kompisar som främsta informationskällorna om preventivmedel och sexuellt överförda infektioner följt av internet (vanligare bland killar) eller ungdomsmottagningen (vanligare bland tjejer). Internet har vuxit kraftigt de senaste åren, både som huvudsaklig källa och som den källa som anses ge den bästa informationen.

Preventivmedelsanvändningen i Stockholms län

Användningen av hormonella preventivmedel bland kvinnor i Stockholms län ligger under riksgenomsnittet och har minskat något sedan 2007. Störst minskning ses i tonårsgruppen. En uppskattning av användningen av hormonella preventivmedel kan göras med hjälp av statistik över antal uttagna recept per 1000 invånare. Nedanstående tabell visar antal kvinnor som tagit ut minst ett recept på hormonella preventivmedel (22). Tabellen visar att Stockholms län ligger lägre jämfört med övriga Sverige när det gäller hormonella preventivmedel. Anledningen till detta är inte känd och skulle behöva analyseras närmare.

Tabell 5. Antal kvinnor per 1 000 invånare, åldersgrupp och år som tagit ut minst ett recept på hormonella preventivmedel i Sverige och i Stockholms län

	15–19 år Riket/Stockholms län	20–24 år Riket/Stockholms län	15–44 år Riket/Stockholms län
2007	389/331	487/444	317/278
2010	387/312	483/443	313/272

Enligt UngKAB09 använde knappt tre av tio unga i Stockholms län kondom vid det senaste sexuella tillfället. De flesta hade ett oskyddat samlag inom en parrelation. Fem av tio använde kondom vid senaste sexuella tillfället med en ny eller tillfällig partner. 15 procent använde p-piller vid senaste vaginalsexet, spiral användes av två procent. Förekomsten av dessa olika preventivmedel varierar betydligt beroende på partnertyp; kondom används mer vid kontakter som är av ny och/eller tillfällig karaktär, medan p-piller används inom relationer.

Studier bland abortsökande kvinnor visar att en stor andel har försökt skydda sig. Bland abortsökande i svenska studier uppgav ca 60 procent att de använt preventivmedel (23, 13). Bland tonåringarna hade 50 procent försökt undvika en graviditet. Bland dem som inte skyddat sig svarade många att de inte trott sig kunna bli gravida, att de använt sig av "säkra perioder" eller att de "tog risken". Studier visar också att många abortsökande kvinnor avstår från preventivmetoder på grund av oro för biverkningar eller hade erfarenhet av biverkningar då de tidigare använt preventivmedel. I UngKAB09 uppgav en tredjedel av dem med erfarenhet av graviditet att de använt en preventivmetod som misslyckats. Majoriteten använde dock ingen preventivmetod alls. Hälften av de tillfrågade kvinnorna hade någon gång använt akut p-piller. Bland männen var det färre som kände till denna möjlighet.

Särskilt riskutsatta grupper när det gäller önskad graviditeter

Omkring 40 procent av de kvinnor i Sverige som har gjort en abort gör ytterligare en eller flera aborter. Studier och klinisk erfarenhet visar att motivationen att påbörja användning av preventivmedel är stor i anslutning till en abort (23, 13). Dessa studier har också visat att preventivmedelsanvändning efter aborten minskar med tiden. Vid uppföljning något år efter aborten har många slutat med en högeffektiv metod. Detta kan tolkas som att kvinnan ofta är starkt motiverad att påbörja preventivmedelsanvändning, men att biverkningar, oro för eventuell infertilitet, missnöje med metoden eller minskad motivation tar överhand när viss tid förflutit efter aborten. De som väljer att vänta med att bestämma preventivmetod eller väljer kondom eller p-piller har störst risk för en ny önskad graviditet inom fem år efter aborten jämfört med de kvinnor som väljer spiral efter aborten (24).

Olika kulturers syn på sexualitet och äktenskap kan göra unga kvinnor med utländsk bakgrund speciellt sårbara. Tonårsgraviditeter är en indikator, dels på kulturella, sociala och ekonomiska förändringar, dels på ett samhälles förmåga att förebygga och ta hand om reproduktiva hälsoproblem. En undersökning i Stockholm visade att immigrantstatus utgjorde en oberoende riskfaktor för att göra abort (25). En undersökning i Malmö 1998 visade att områden med hög andel invandrare också hade hög andel aborter (26). Båda dessa undersökningar påpekar dock att ingen specifik grupp utmärker sig och att andra socioekonomiska faktorer samvarierar med immigrantstatus och med aborttal.

Tidigare studier har visat att andelen som utsatts för sexuella övergrepp är högre bland tonårsflickor som söker abort (23). Detta visar att det är viktigt att man även möjliggör samtal om andra frågor än själva aborten då den abortsökande möter sjukvården.

Åtgärder för att främja sexuell hälsa och förebygga hiv, andra sexuellt överförda infektioner och oönskade graviditeter

I detta avsnitt ges några förslag på hälsofrämjande och preventiva insatser som syftar till att öka den sexuella hälsan i Stockholms län. Det konkreta målet är att minska förekomsten av oönskade graviditeter samt hiv/STI. Utgångspunkten är att det preventiva och hälsofrämjande arbetet måste möta de behov som finns inom målgrupperna för att vara effektivt. Nedanstående förslag på åtgärder är inte presenterade i prioritetsordning utan alla utgör viktiga komponenter för ett effektivt förebyggande arbete.

- ◆ **Tillgång till lättillgängliga och målgruppsanpassade mottagningar.** Ett viktigt mål med det preventiva arbetet är att minska tiden dels mellan smittöverföring av STI och diagnos och dels erbjuda snabbt omhändertagande vid oönskade graviditeter. För ett effektivt preventionsarbete krävs också att man blir bra bemött utifrån individuella behov. Detta ställer krav bland annat på hbt-kompetens och kunskap om personer med funktionsnedsättning hos mottagningspersonal. Sexuellt överförda infektioner och oönskade graviditeter är vanligast i åldersgruppen 20–30 år. Det är därför viktigt att denna målgrupp vet vart de ska vända sig för att få preventivmedelsrådgivning, hiv/STI-testning, rådgivning och behandling. Information måste ges till ungdomar över 23 år som passerat åldersgränsen för ungdomsmottagningen. Förutom ungdomsmottagningar behövs mottagningar som är anpassade för unga vuxnas, MSM:s och andra målgruppers behov som till exempel Sesam City, Venhälsan och Järva mansmottagning. För att öka andelen medicinska aborter bland ungdomar och unga vuxna krävs kapacitet att ta emot unga kvinnor utan långa väntetider. Abortmottagningar, ungdomsmottagningar och mottagningar för unga vuxna och MSM måste ha resurser så att de kan erbjuda öppettider anpassade efter målgruppernas behov, till exempel drop-in och kvällsöppet. Under sommaren är det viktigt att en god täckning av öppna mottagningar i länet säkerställs.
- ◆ **Subventionering av alla preventivmedel för unga upp till 25 år, inklusive preventivmedel som inte ingår i högkostnads-skyddet.** Målet är att alla ska hitta en metod som fungerar och därför måste utbudet av preventivmetoder vara så brett som möjligt. Kostnader för preventivmedel har betydelse för användningen och valet av preventivmetod. Åldersgruppen 20–24 år som dominerar abortstatistiken är en ekonomiskt känslig grupp som behöver ha tillgång till ett brett utbud av subventionerade preventivmedel.
- ◆ **Individuellt anpassad rådgivning är nödvändig för att öka användningen av graviditets- och smittskydd.** För att förebygga oönskade graviditeter behövs en preventivmetod som passar individen vilket kräver en god preventivmedelsrådgivning. Tiden för preventivmedelsrådgivningen måste vara tillräcklig för att hinna informera om och diskutera olika preventivmetoder samt motivera till preventivmedelsanvändning. Särskilt viktigt är att erbjuda god preventivmedelsrådgivning i anslutning till en genomförd abort. Rådgivningen måste ta hänsyn till

individens behov av både graviditets- och smittskydd. Det är viktigt att alla ungdomsmottagningar har tillgång till medicinsk kompetens i form av specialistläkare för att kunna erbjuda alla typer av hormonella preventivmetoder. Rådgivning som berör sexuellt risktagande när det gäller sexuellt överförda infektioner måste utgå från det behov som finns hos individen. Rådgivningen ska stödja individen att finna strategier för ökad sexuell hälsa. Utifrån målgruppens behov bör nya webbaserade former för rådgivning användas.

- ◆ **Tillgång till kondomer för ungdomar, unga vuxna, MSM och andra riskutsatta grupper.** Kondomer bör finnas på platser där ungdomar, unga vuxna, MSM och andra målgrupper finns. Skolor, mottagningar och andra nyckelarenor bör erbjuda gratis kondomer.
- ◆ **Fortsatt stöd till personal inom skolan för att utveckla sex- och samlevnadsundervisningen.** Skolan är en av de viktigaste arenorna för att ge ungdomar kunskap och arbeta med attityder kring sexualitet och hälsa. Personal inom skolan bör fortsatt erbjudas utbildning och metodstöd för att kunna bidra till det förebyggande arbetet kring sexuellt överförda infektioner och oönskade graviditeter.
- ◆ **Riktade insatser till särskilt riskutsatta grupper för att förebygga hiv, STI och oönskade graviditeter.** Kompetenshöjande insatser för personal inom psykiatri, barn- och ungdomspsykiatri och socialtjänsten bör genomföras för uppmärksamma sexuellt risktagande hos socialt utsatta ungdomar och unga vuxna, som till exempel lider av psykisk ohälsa eller har ett riskbruk av alkohol och droger. Primärvården behöver stärkas och utvecklas för att kunna fånga upp asylsökande, anhöriginvandrare och nyanlända i syfte att erbjuda hiv/STI-testning. Kompetenshöjande insatser för personal inom hälso- och sjukvården behöver genomföras för att man ska kunna fånga upp ungdomar och unga vuxna, både män och kvinnor, som haft sex mot ersättning. Även hivpositiva personer behöver integreras bättre i preventionen, både som målgrupp och som aktörer. Hivpositiva MSM är överrepresenterade när det gäller STI och deras hälsorelaterade livskvalitet och sexuella hälsa behöver förbättras.
- ◆ **Brett riktade kommunikationsinsatser för att påverka attityder kring sexuell hälsa.** Regelbundet återkommande attityd- och beteendepåverkande kampanjer för att öka kondom användning, testning och preventivmedelsanvändning behövs. Internet är idag en av de viktigaste informationskällorna för ungdomar och unga vuxna. Fortsatt utveckling av målgruppsanpassad webbkommunikation behövs liksom tillgång till e-tjänster, som till exempel klamydiatest via nätet.

Referenser

- 1** Världshälsoorganisationen (WHO) (Elektronisk) (2011) Tillgänglig: www.who.int/topics/sexual_health/en. 2011-09-27.
- 2** Tikkanen, R., Abellsson, J., Forsberg, M. UngKAB09 – Kunskap, attityder och sexuella handlingar bland unga. Skriftserien 2011:1 Göteborgs universitet. Institutionen för socialt arbete. Göteborg: Intellecta Infolog 2011
- 3** The European MSM Internet Survey (EMIS) (Elektronisk) (2011) Tillgänglig: www.emis-project.eu. 2011-09-27.
- 4** Tikkanen, R. MSM-enkäten – riskhandlingar, hivtest och preventiva behov bland män som har sex med män. FOU-rapport. Malmö Högskola. Hälsa och samhälle. Malmö: Holmbergs 2010
- 5** Ungdomsbarometern. (Elektronisk) (2010) Tillgänglig: www.ungdomsbarometern.se. 2011-09-27.
- 6** Sveriges officiella statistik. Aborter 2010. (Elektronisk) (2011) Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011>. 2011-09-27.
- 7** The Reproductive Health Report, The state of sexual and reproductive health within the European Union (Elektronisk) (2011) Tillgänglig: www.reprostat3.eu. 2011-09-27.
- 8** Smittskydd Stockholm (Elektronisk) (2011) Tillgänglig: www.smittskyddstockholm.se. 2011-09-27.
- 9** UNGASS – Lägesrapport om det förebyggande arbetet mot hiv i Sverig (Elektronisk)(2010) Tillgänglig <http://www.smittskyddsinstitutet.se/publikationer/hivprevention-och-sexuell-halsa>. 2011-09-27.
- 10** Brenner, B.G., Roger, M., Routy, J.P., Moisi, D., Ntemgwa, M., Matte, C., Baril, J.G., Thomas, R., Rouleau, D., Bruneau, J., Leblanc, R., Legault, M., Tremblay, C., Charest, H., Wainberg, M.A. High rates of forward transmission events after acute/early HIV-1 infection. *Journal of Infectious Diseases*, 2007; 195:951–9.
- 11** Smittskyddsinstitutet. Nationell handlingsplan för klamydia prevention med fokus på ungdomar och unga vuxna 2009–2014. (Elektronisk)(2010) Tillgänglig <http://www.smittskyddsinstitutet.se/publikationer/hivprevention-och-sexuell-halsa>. 2011-09-27.
- 12** Tikkanen, R. Risky Business? En sociosexuell studie av män som har sex med män. Doktorsavhandling. Institutionen för socialt arbete, Göteborgs universitet. Göteborg: Intellecta DocuSys 2003.
- 13** Larsson, M., Aneblom, G., Odling, V., Tydén, T. Reasons for pregnancy termination, contraceptive habits and contraceptive failure among Swedish women requesting an early pregnancy termination. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2002;81(1):64-71.

- 14 Hannaford, PC., Selvaraj, S., Elliott, AM., Angus, V., Iversen, L., Lee, AJ. Cancer risk among users of oral contraceptives: cohort data from the Royal College of General Practitioner's oral contraception study. *British Medical Journal* 2007;335:651.
- 15 Läkemedelsverket (Elektronisk)(2006)
Tillgänglig: <http://www.lakemedelsverket.se/malgrupp/Allmanhet/Att-anvanda-lakemedel/>. 2011-09-27.
- 16 Forsberg, M. Ungdomar och sexualitet : en kunskapsöversikt år 2000. FHI 2000:15. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut, 2000.
- 17 Sundström K. (red) Hur gör dom andra? Om sexualitet och samlevnad på 1990-talet. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut. Rapport 2000:8, 2008.
- 18 Larsson G., Milsom I., Andersch B., Blohm F. A comparison of contraceptive habits and pregnancy outcome at 19 years of age in two cohorts of Swedish women born 1962 and 1972. *Contraception* 1996;53:259–65.
- 19 Tydén T., Bingefors K., Od lind V. Oral contraception and compliance: reaction to cardiovascular alarm among users. *Contraception* 1999;15:133–9.
- 20 Ekstrand, M. Sexual Risk Taking – perceptions of contraceptive use, abortion, and sexually transmitted infections among adolescents in Sweden. *Acta Universitatis Upsaliensis Uppsala*, 2008.
- 21 Thorsén C., Aneblom G., Gemzell-Danielsson, K. Perception on contraception and induced abortion among Swedish teenage girls – a qualitative study. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*. 2006 Dec;11(4):302–9.
- 22 Socialstyrelsen Statistikdatabas läkemedel (Elektronisk) Tillgänglig: <http://192.137.163.49/sdb/lak/val.aspx>. 2011-09-02
- 23 Kero A., Högberg, U., Lalos, A. Contraceptive risk-taking in women and men facing legal abortion. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*. 2001;6(4):205–18.
- 24 Heikinheimo O., Gissler M., Suhonen, S. Can the outcome of the next pregnancy be predicted at the time of induced abortion? *Hum Reprod*. 2009;24(4):820–6.
- 25 Helström, L., Od lind, V., Zätterström, C., Johansson, M., Granath, F., Correia, N., Ek bom, A. Abortion rate and contraceptive practices in immigrant and native women in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health* 2003; 31(6):405–10.
- 26 Söderberg, H. Urban women applying for induced abortion. Studies of epidemiology, attitudes and emotional reactions. Doktorsavhandling. Lunds universitet, Obstetrics and Gynaecology. Malmö: Team offset&media 1998.



Stockholms läns landsting
Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen
Box 6909, 102 39 Stockholm
Telefon: 08-123 132 00 vx

Beställning av rapporten:
informationsmaterial.lsf@sll.se
Tfn 08-123 132 99

