

Preventivmedelsanvändning i Stockholms län

En kartläggning bland flickor och kvinnor i åldern 15–49 år



Citera gärna Centrum för epidemiologi och samhällsmedicins rapporter, men glöm inte att uppge källan. Bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten. Det innebär att du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Referera till rapporten enligt: Valtonen S, Nielsen A, Brandén G, Lichtenstein D. Preventivmedelsanvändning i Stockholms län. En kartläggning bland flickor och kvinnor i åldern 15–49 år. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm; 2025. Rapport 2025:4.

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin

Box 45436, 104 31 Stockholm

ces.slso@regionstockholm.se

Rapport 2025:4

ISBN 978-91-988022-7-6

Författare: Sanna Valtonen, Anna Nielsen, Gunnar Brandén, Désirée Lichtenstein

Språkgranskning: Mika Gårdinger

Layout: Viktoria Jonze

Omslagsfoto: Yanan Li

Stockholm juni 2025

Rapporten kan laddas ner från Folkhälsoguiden,
www.folkhalsoguiden.se

Förord

Preventivmedel är avgörande för att förebygga oplanerade graviditeter. Tillgång till preventivmedelstjänster utgör därför en central del i arbetet med att främja en god, jämlik och jämställd sexuell och reproduktiv hälsa i befolkningen. För att stärka det förebyggande arbetet har Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES) genomfört en kartläggning av preventivmedelsanvändningen i Stockholms län under åren 2018–2022.

I denna rapport visar vi att preventivmedelsanvändningen varierar kraftigt mellan olika inkomstgrupper, bostadsområden och födelseländer. En fjärdedel av befolkningen i fertil ålder har fått hormonella preventivmedel utskrivet eller en kopparspiral insatt varje år. Ur ett jämlikhetsperspektiv är det därför viktigt att säkerställa att preventivmedelstjänster är tillgängliga för alla i samhället, oavsett faktorer såsom ålder, inkomst, geografiskt bostadsområde eller födelseregion.

Rapporten riktar sig till tjänstemän och yrkesverksamma inom primärvården, inklusive ungdomsmottagningar, barnmorskemottagningar samt mottagningar för sexuell hälsa. Vi hoppas även att rapporten kan fungera som underlag för att utveckla insatser och åtgärder som stärker den sexuella och reproduktiva hälsan i Stockholms län.



Henna Hasson

Verksamhetschef

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning.....	5
Begrepp och definitioner	6
Bakgrund	8
Syfte.....	11
Metod	12
Resultat	16
Preventivmedelsanvändning i populationen	16
Preventivmedel och ålder	17
Socioekonomi och preventivmedelsanvändning.....	20
Preventivmedel och inkomst.....	20
Preventivmedel och utbildning	21
Födelseregion och preventivmedelsanvändning.....	23
Skillnader baserat på födelseregion.....	23
Bostadsort och preventivmedelsanvändning	25
Civilstånd och preventivmedelsanvändning.....	27
Diskussion	30
Preventivmedelsanvändning i populationen	30
Unga använder mest preventivmedel	30
Skillnader i preventivmedelsanvändningen mellan olika inkomstgrupper.....	31
Stora skillnader mellan svenskfödda och migranter.....	32
Stora skillnader mellan områden	32
Preventivmedelstyp skiljer sig mellan sociodemografiska grupper	32
Öppfyllda behov av preventivmedel?.....	33
Slutsatser och rekommendationer	34
Stärk kunskapen om fertilitet och preventivmedel	34
Säkerställ primärvårdens arbete för att ge säkert skydd efter behov.....	35
Utred behovet av riktade insatser	36
Referenser	37
Bilagor	42
Bilaga 1. Preventivmedel och inkomst	42
Bilaga 2. Preventivmedel och utbildning	43
Bilaga 3. Preventivmedel och födelseregion	44
Bilaga 4. Preventivmedel och stadsdel/kommun.....	45

Sammanfattning

Ungefär en av fem flickor och kvinnor i fertil ålder hämtade årligen ut receptbelagda, hormonella preventivmedel eller skaffade kopparspiral mellan år 2018 och 2022 i Stockholms län. Det motsvarar cirka 160 dygnsdoser per flicka eller kvinna som expedierades varje år.

Det totala antalet expedierade dygnsdoser ökade marginellt under studieperioden. Samtidigt minskade andelen kvinnor som årligen hämtade ut preventivmedel – sannolikt till följd av en ökad användning av långtidsverkande preventivmetoder (LARC), som ger skydd i flera år utan behov av årliga uttag.

Preventivmedelsanvändningen varierade beroende på ålder. Andelen var högst bland kvinnor i åldern 20–24 år, följt av 15–19 år och 25–29 år.

Generellt ser vi en trend där flickor och kvinnor under 30 år oftare använde korttidsverkande preventivmedel (SARC), medan de över 30 år oftare använde LARC. Till exempel utgjorde LARC fyra femtedelar av de expedierade dygnsdoserna för kvinnor i åldern 45–49 år, medan över hälften av expedieringarna av dygnsdoser för kvinnor i åldern 15–19 år utgjordes av SARC. Även valet av preventivmedel skiljde sig åt mellan grupper. Vanligast var kombinerade korttidsverkande preventivmetoder (SARC), såsom p-piller, vaginalring och p-plåster, följt av gestagena metoder som mini-piller och p-spruta. LARC – hormonspiral, kopparspiral och p-stav – användes i lägre utsträckning totalt.

Ett av de mest framträdande resultaten i kartläggningen är de tydliga skillnaderna i preventivmedelsanvändningen mellan olika grupper i befolkningen. Kvinnor med lägst inkomst, de födda utanför Sverige, samt de som bor i socioekonomiskt svaga områden som Järva, Skärholmen och Botkyrka hämtade ut preventivmedel i betydligt lägre utsträckning än övriga kvinnor. De hade även färre expedierade dygnsdoser. Dessa skillnader i preventivmedelsanvändning är viktiga att beakta i det fortsatta arbetet med att främja en god och jämlik sexuell och reproduktiv hälsa i befolkningen.

Rekommendationer baserade på dessa resultat presenteras i slutet av rapporten.

Begrepp och definitioner

Preventivmetoder kan delas in i moderna och icke-moderna metoder. Moderna metoder är säkra och effektiva sätt att förhindra graviditet, och kan vara hormonella (t.ex. p-piller, hormonspiral) eller icke-hormonella (t.ex. kopparspiral, kondom). Icke-moderna metoder, som avbrutet samlag och kalendermetoden, är generellt mindre effektiva och osäkra.

Begreppet preventivmedel syftar oftast på de moderna metoderna. De icke-moderna räknas inte alltid som preventivmedel, men omfattas av det bredare begreppet preventivmetoder. Bland de hormonella preventivmedlen ingår p-piller, plåster, vaginalring, hormonspiral, p-stav och spruta. Dessa kan delas in i två kategorier beroende på hormoninnehåll. Hormonspiral, p-stav och spruta innehåller endast gestagen och räknas till de gestagena preventivmedlen. Gestagen verkar genom att, i varierande grad, hämma ägglossningen samt påverka livmoderslemhinnan och sekretet i livmoderhalsen. Detta gör att spermier hindras från att nå livmodern och därmed motverkas en graviditet (1). P-piller, plåster och vaginalring innehåller både gestagen och östrogen och kallas därför kombinerade preventivmedel.

Icke-hormonella preventivmedel, såsom barriärmetoder (kondom, kopparspiral och pessar), verkar genom att hindra spermier från att komma i kontakt med och befrukta ägget. Bland icke-hormonella preventivmedel ingår även sterilisering, dock är sterilisering inte reversibelt till skillnad från andra preventivmedel.

Långtidsverkande preventivmedel

Ett annat sätt att dela in preventivmedel är i lång- och korttidsverkande preventivmedel. Långtidsverkande preventivmedel (förkortat LARC efter engelskans "long acting reversible contraceptives") innefattar hormonspiral, p-stav och kopparspiral. Dessa ger mycket effektivt skydd mot oplanerade graviditeter.

LARC sätts in för att verka i tre till åtta år och kräver minimal användarnoggrannhet, vilket bidrar till den höga effektiviteten.

Korttidsverkande preventivmedel

Korttidsverkande preventivmedel (förkortat SARC efter engelskans "short acting reversible contraceptives") innefattar kombinerade p-piller, gestagena mellandos p-piller, mini-piller, p-plåster, vaginalring och p-spruta.

I motsats till LARC, kräver SARC regelbunden och noggrann användning för att hindra oplanerade graviditeter.

Klassificering av preventivmedel

Preventivmedlens effektivitet mäts med måttet Pearl Index (PI). PI anger andelen kvinnor som blir oönskat gravida under det första året de använder metoden, och mäts i antal graviditeter per 100 kvinnor och år för ett specifikt preventivmedel eller preventivmetod (2) (3).

PI indikerar ett effektivitetsmått både för perfekt användning, det vill säga när preventivmetoden används enligt rådande föreskrifter, och för typisk användning som tar hänsyn till exempelvis bortglömda p-piller eller att kondomen inte används under hela samlaget. Internationella studier har visat att LARC, som inte är beroende av

användarens noggrannhet, är mer effektiva för att förebygga oönskade och oplanerade graviditeter i jämförelse med SARC som är beroende av användarens följsamhet (4-6).

SARC har ett genomsnittligt PI på 9 graviditeter per 100 kvinnoår, motsvarande siffra för LARC är 0,05–0,8 graviditeter per 100 kvinnoår vid typisk användning (7). Kondom har ett PI på 2 graviditeter respektive 18 graviditeter per 100 kvinnoår vid perfekt respektive typisk användning (se figur 1).



Figur 1. Pearl Index (PI), det vill säga antal graviditeter per 100 kvinnoår vid typiskt användning av olika slags preventivmedel.

Oplanerad graviditet

En oplanerad graviditet är en graviditet som sker hos en individ som inte planerar att ha (fler) barn eller en graviditet som inträffar tidigare än planerat. Preventivmedel minskar oplanerade graviditeter, och oönskade graviditeter kan avslutas med abort. En oplanerad graviditet kan vara både önskad och oönskad.

Flickor och kvinnor

Begreppet *flickor och kvinnor* omfattar alla individer med det juridiska könet kvinna, även om gruppen inkluderar icke-binära personer och transpersoner. Eftersom denna rapport bygger på registerdata, kan det självupplevda könet skilja sig från det juridiska könet som våra data bygger på. Begreppet *flickor* avser 15–17-åringar, det vill säga de minderåriga.

Bakgrund

Preventivmedelsanvändning

Preventivmedel används för att minska oplanerade graviditeter. Trots god tillgänglighet till preventivmedel genom kostnadsfri rådgivning och subventionerade priser, har Sverige högre aborttal än övriga nordiska länder (8). Högre aborttal indikerar att det kan finnas ett ouppfyllt behov av rådgivning, förskrivning eller preventivmedelsanvändning bland fertila flickor och kvinnor.

Beräkningar av preventivmedelsanvändningen i Sverige baseras på registerdata över expedierade hormonella preventivmedel samt enkätundersökningar (9-13). Uppgifter om antal expedierade hormonella preventivmedel i Sverige finns tillgängliga via Socialstyrelsens statistikdatabas för läkemedel, och redovisas utifrån ålder och förskrivande region (10). Årligen expedieras cirka 1 400 000 unika recept på hormonella preventivmedel i Sverige. Cirka 300 000 av dessa expedieras i Region Stockholm (10). Från registerstudier beräknas att cirka 41 procent av svenska kvinnor och flickor i åldern 15–49 år använde någon form av preventivmedel under år 2010–2013 (14). I de nordiska länderna rapporteras liknande siffror i Danmark (41 procent) och Finland (40 procent), medan preventivmedelsanvändningen är något lägre i Norge (34 procent) och Island (30 procent) (14).

I registerstudier återfinns dock inga uppgifter för användning av icke-hormonella preventivmedel (förutom kopparspiral). Resultat från en svensk tvärsnittsstudie genomförd år 2018 i Västra Götaland, där kvinnor som besökte primärvårdskliniker och inte använde förskrivna preventivmedel deltog, visade att två tredjedelar (432 av totalt 648 deltagande kvinnor) använde en kombination av kondom, säkra perioder och avbrutet samlag (15). I en nyligen genomförd svensk enkätstudie med 1 000 flickor och kvinnor (16–49 år), rapporterade 62 procent att de använde någon form av preventivmetod, inklusive både moderna metoder och icke-moderna metoder (16). De vanligaste anledningarna till att inte använda preventivmedel rapporterades i samma studie vara barnönskan, sexuell inaktivitet, sparsam sexuell aktivitet eller i övrigt inte ha behov för preventivmedel (16). Variationer i studierna kan bero på skillnader i urval, inkluderade preventivmetod och/eller valt definition av preventivmedelsanvändningen.

Trots relativt hög preventivmedelsanvändning i Sverige, beräknas cirka 15–17 procent av fertila kvinnor ha ett ouppfyllt behov av preventivmedel. Dessa siffror baseras på självrapporterade enkätdata från två nationella undersökningar (9, 16), där sexuell aktiva kvinnor som inte använder någon preventivmetod – trots att de inte önskar bli gravida – definieras som att ha ett ouppfyllt behov. Det innebär att ungefär 1 av 6 kvinnor i fertil ålder som inte vill bli gravid ändå inte använder något preventivmedel (9, 16).

Preventivmedelsrådgivning och -förskrivning

I Sverige förskrivs preventivmedel framför allt av yrkesgruppen barnmorskor, följt av gynekologer (17). Preventivmedelsrådgivning och -förskrivning är främst tillgänglig via mottagningar och kliniker specialiserade på sexuell och reproduktiv hälsa, såsom ungdomsmottagningar, barnmorskemottagningar och gynekologiska mottagningar och kliniker. Dessa tjänster kan även erbjudas via husläkarmottagningar och digitala privata vårdalternativ (18). De senaste årens digitalisering av vården, samt den påskyndade omställningen till digitala alternativ under covid-19-pandemin, har lett till ökad förskrivning av preventivmedel digitalt (19).

Preventivmedelsrådgivning erbjuds kostnadsfritt till alla flickor och kvinnor i Sverige (20). Vidare är preventivmedel gratis för flickor och kvinnor upp till 21 års ålder. Från 21 års ålder till och med 25 års ålder är priset på preventivmedel subventionerat till 100 kronor per år, 30 kronor per 3 månader eller 100 kronor per recept för LARC såsom hormonspiral och p-stav i Stockholms län (21). Kopparspiral är kostnadsfritt oavsett ålder. En rapport från Myndigheten för vård och omsorgsanalys som utvärderade kostnadsfria preventivmedel till ungdomar, fastställer att andelen flickor och kvinnor i åldern 15–20 år som hämtat ut ett receptbelagt preventivmedel har ökat sedan kostnadsfriheten infördes (18).

Användning och rekommendation LARC och SARC

Eftersom LARC är de överlägset mest effektiva preventivmedlen (4-6) förespråkas de som förstahandsval för fertila flickor och kvinnor i Sverige som inte vill bli gravida (22). LARC kan med fördel rekommenderas till flera av de prioriterade grupper som definierats i Sveriges nationella strategi för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) (23), såsom unga kvinnor, kvinnor och flickor med migrationserfarenhet och kvinnor och flickor med funktionsnedsättning (4, 24, 25). En svensk registerstudie som analyserar trender i preventivmedelsanvändning, konstaterar att Sverige hade den högsta uppskattade användningen av LARC bland fertila flickor och kvinnor i jämförelse med övriga nordiska länder under studieperioden (2010–2013) (14). Andelen kvinnor och flickor som använde LARC ökade från 16 procent till 19 procent i Sverige under studieperioden.

Kombinerade p-piller, följt av gestagena p-piller, är de vanligast förskrivna hormonella preventivmedlen i Sverige enligt Socialstyrelsens statistikdatabas för läkemedel (10). Kombinerade p-piller är även det vanligaste preventivmedlet bland flickor och kvinnor under 30 år, medan användningen av gestagena p-piller och LARC ökar med åldern (13).

Kombinerade SARC rekommenderas inte till kvinnor över 40 år på grund av den ökande trombosrisken (17). Kvinnor är generellt mest fertila mellan 20 och 25 års ålder, och från 35 år minskar fertiliteten kraftigt (26). Detta innebär att de mest fertila kvinnorna (under 30 år) använder mindre effektiva preventivmedel jämfört med de något äldre och mindre fertila kvinnorna. Användningen av LARC bland yngre flickor och kvinnor (16–29 år) har dock ökat stabilt under de senaste tio åren (9, 10). Samtidigt har antalet utförda aborter minskat i samma åldersgrupp, vilket delvis antas kunna förklaras av den ökade LARC-användningen (24, 27).

Preventivmedelsanvändning i olika grupper

I dag finns god kunskap om hur preventivmedelsförskrivning och preventivmedelsanvändning ser ut i olika åldersgrupper (10). Däremot är kunskapen om hur andra socioekonomiska-och demografiska faktorer såsom födelseland, utbildning, inkomst och geografiskt bostadsområde påverkar val av preventivmedel och preventivmedelsanvändning begränsad. En longitudinell studie från Sverige indikerar att kvinnor i socioekonomiskt svaga områden använder preventivmedel i lägre utsträckning än kvinnor i socioekonomiskt starkare områden (28).

Vidare finns en begränsad mängd svensk forskning som fokuserar på preventivmedelsanvändning och preventivmedelsrådgivning bland flickor och kvinnor med migrationserfarenhet (29, 30). I en studie som genomfördes på abortkliniker i Region Stockholm använde kvinnor med migrationserfarenhet och andra generationens migrantkvinnor preventivmedel i lägre utsträckning än svenskfödda kvinnor med svenskfödda föräldrar (29). I en kvalitativ studie där migrantkvinnor från Asien, Mellanöstern och Afrika intervjuades, framkom att upplevda hinder, såsom lågt

förtroende för yrkesgruppen barnmorskor och ovilja att diskutera privata frågor med främmande personer, minskade preventivmedelsanvändningen bland dessa grupper (31). En rapport från Folkhälsomyndigheten om preventivmedelsanvändning bland kvinnor med migrationserfarenhet beskriver att migrantkvinnors första kontakt med vård för sexuell och reproduktiv hälsa vanligtvis sker i samband med en graviditet (32). Det kan innebära att tillgången till preventivmedel för denna grupp är mer begränsad jämfört med flickor och kvinnor födda i Sverige.

Vidare har en svensk kartläggande litteraturöversikt lyft fram att den information som finns i dagsläget om kvinnor med migrationserfarenhet fokuserar mycket på individnivå, medan strukturella och organisatoriska hinder inom vårdsystemet, såsom bristande förståelse för underlättande faktorer eller omständigheter, kulturell anpassning och ekonomiska barriärer, är underutforskade (33).

För att kunna förbättra och rikta preventivmedelsinsatser till specifika grupper av flickor och kvinnor i reproduktiv ålder, och på så sätt minska oplanerade och oönskade graviditeter, krävs en ökad förståelse för hur preventivmedelsförskrivningen till olika grupper ser ut.

Syfte

Syftet med rapporten är att kartlägga preventivmedelsanvändningen bland flickor och kvinnor i åldern 15–49 år i Stockholms län årligen under perioden 2018–2022. Syftet är också att beskriva skillnader i expedierade preventivmedel och insättning av kopparspiraler utifrån ålder och andra sociodemografiska faktorer.

De här övergripande frågeställningarna besvaras i rapporten:

- Hur har preventivmedelsanvändningen utvecklats under perioden 2018–2022?
- Hur skiljer sig användningen av LARC jämfört med SARC under perioden 2018–2022?
- Hur skiljer sig användningen av preventivmedel mellan olika sociodemografiska grupper?

Metod

Data och studiepopulation

Denna rapport baseras på data från Region Stockholms vårdanalysdatabaser (VAL) och Statistikmyndigheten Statistiska centralbyrån (SCB). VAL-databaserna innehåller information om diagnoser och åtgärder för all öppenvård och slutenvård som finansierats av Region Stockholm. VAL-databaserna innehåller också information om den expediering som sker i Region Stockholm av de läkemedel som omfattas av statens högkostnadsskydd för läkemedel och förbrukningsvaror, samt insättningar av kopparspiraler. SCB:s register innehåller sociodemografiska data, exempelvis ålder, inkomst, utbildningsnivå, födelseland och bostadsområde.

Informationen i VAL-databaserna och i SCB:s register är pseudonymiserad och inga enskilda personer kan identifieras. Alla kvinnor och flickor i fertil ålder (15–49 år) som var folkbokförda i Stockholms län mellan 2018 och 2022 har inkluderats i denna rapport. Populationen består av cirka 580 000 kvinnor och flickor per studieår.

Utfallsmått

Gruppering och klassificering av preventivmedel

I den här rapporten är preventivmedel grupperade i två huvudkategorier: LARC (långtidsverkande reversibla preventivmedel) och SARC (korttidsverkande reversibla preventivmedel). LARC inkluderar alla hormonspiraler, p-stavar och kopparspiraler. SARC omfattar övriga hormonella preventivmedel (exkl. akut p-piller).

För att ytterligare specificera typ av preventivmedel i vissa analyser, är SARC indelat i kombinerade SARC (kombinerade p-piller, vaginalring och plåster) och gestagena SARC (gestagena p-piller, mini-piller, p-spruta).

Kategorin ”något preventivmedel” inkluderar alla flickor och kvinnor som hämtat ut en eller flera typer av preventivmedel under året.

Uppgifter om vilka hormonella preventivmedel som expedierats under 2018 till 2022 i Stockholms län identifierades via klassificeringssystemet för läkemedel ATC (Anatomical Therapeutic Chemical Classification System) och har hämtats från VAL-databaserna. Följande ATC-koder har använts för att identifiera expedierade preventivmedel:

- kombinerade p-piller (G03A, G03AA, G03AA07, G03AA09, G03AA11, G03AA12, G03AA14, G03AA16, G03AA18, G03AB, G03AB08),
- gestagena mellandos p-piller (G03AC09, G03AC10),
- mini-piller (G03AC01, G03AC02)
- vaginalring (G02BB, G02BB01)
- plåster (G03AA13)
- p-spruta (G03AC06)
- p-stav (G03AC08)
- hormonspiral (G02BA03).

Uppgifter om insättningar av kopparspiral har identifierats i VAL-databaserna via åtgärds kod TLC00 (inläggning av intrauterint preventivmedel) i kombination med avsaknad av expedierat recept för hormonspiral (G02BA03) inom tre månader innan

insättning. Detta är gjort eftersom man inte hämtar ut kopparspiraler på apoteket, utan får den gratis hos primärvården. Slutligen ingår inte akuta p-piller i denna rapport eftersom en övervägande majoritet av dessa säljs utan recept.

Andel kvinnor och flickor med ett uthämtat receptbelagt preventivmedel eller spiralinsättning och definierade dygnsdoser (DDD)

För att beskriva preventivmedelsanvändning i befolkningen har vi använt två utfallsmått: andelen kvinnor och flickor med ett uthämtat receptbelagt preventivmedel eller insatt kopparspiral samt definierade dagliga doser (DDD).

- **Andel kvinnor och flickor med ett uthämtat receptbelagt preventivmedel eller spiralinsättning** definieras som andelen flickor och kvinnor (i procent) i åldern 15–49 år i Stockholms län med minst ett expedierat recept av en viss typ av preventivmedel och/eller insättning av kopparspiral per år.
- **Definierade dagliga doser (DDD)** definieras som antalet dagliga doser som ett förskrivet preventivmedel innehåller och beräknas i dygnsdoser per kvinnoår. I figurerna presenteras definierade dygnsdoser som 100-talsdygnsdoser per år. Antal dygnsdoser beräknas genom att multiplicera preventivmedlets förpackningsstorlek (det vill säga antal dagar som förpackningen täcker) med antal uthämtade förpackningar vid varje expedieringstillfälle. Ett fullgott skydd för ett år motsvarar 365 definierade dygnsdoser per kvinnoår, där varje dygnsdos representerar en dag då preventivmedlet ger skydd. Till exempel beräknas ett paket med 90 p-piller ge skydd i cirka tre månader. En kopparspiral beräknas användas som skydd i genomsnittligen tre år (dock är det möjligt att använda den som säkert skydd längre än så), vilket motsvarar 1 095 dygnsdoser.

Andelen uthämtade preventivmedel samt spiralinsättningar ger en indikation av hur många som får ett visst preventivmedel förskrivet, vilket i sin tur kan spegla förskrivningsmönster hos vårdgivare. Definierade dygnsdoser ger oss däremot en indikation av den totala mängden preventivmedel som är tillgänglig för användning hos en individ under en viss period, även om det inte nödvändigtvis speglar den faktiska användningen.

Eftersom antal dygnsdoser generellt är färre för SARC (ca. 3–12 månader) än för LARC (3–5 år), sker expedieringen av SARC oftare, vilket medför en högre expedieringsandel. Denna skillnad i antal dygnsdoser mellan LARC och SARC medför också en högre risk för överskattning av användningen av LARC jämfört med SARC. Till exempel kan en hormonspiral, som ger skydd i 3–8 år, tas ut efter en mycket kort period om användaren till exempel får svåra biverkningar. En begränsning är alltså att vi inte kan säkerställa att de expedierade preventivmedlen används enligt ordination.

Kvinnoår

Kvinnoår används för att beskriva definierade dagliga doser (antal DDD per kvinnoår) och representerar det totala antalet år som individer har observerats under en viss tidsperiod. I denna undersökning är hela tidsperioden fem år, om samma kvinna är skriven i Stockholms län alla dessa år så bidrar hon med fem kvinnoår till det totala antalet kvinnoår. Detta gör det möjligt att beräkna hur många DDD som förbrukas per kvinnoår, vilket ger en standardiserad måttstock för preventivmedelsanvändning över tid.

Sociodemografiska variabler

Ålder har grupperats enligt: 15–19 år, 20–24 år, 25–29 år, 30–34 år, 35–39 år, 40–44 år och 45–49 år.

Inkomstnivå mäts årsvis genom disponibel familjeinkomst per konsumtionsenhet och är grupperad i kvintiler (dvs. femtedelar) av inkomstfördelningen i Stockholms län. Den första kvintilen representerar den femtedel av hushållen i länet med lägst inkomst under innevarande år, medan den femte kvintilen representerar den femtedel med högst inkomst. Variabeln inkluderar hela hushållets inkomst och tar hänsyn till familjens storlek.

Utbildningsnivå delas in i tre kategorier: förgymnasial, gymnasial och eftergymnasial utbildning. Personer med förgymnasial utbildning har inte slutfört gymnasiet eller motsvarande utbildning. Gymnasial utbildning omfattar de som har avslutat gymnasiet men inte har fullgjort en treårig eller längre eftergymnasial utbildning. Eftergymnasial utbildning omfattar personer som har fullföljt minst tre års studier efter gymnasiet, inklusive högskoleutbildning eller yrkesutbildning.

Födelseregion beskriver den region där individen föddes och har indelats i följande regioner: Sverige, Europa, Afrika, Asien/Oceanien samt Amerika (inkl. Nord- och Sydamerika).

Bostadsområde baseras på den stadsdel eller kommun där individen är folkbokförd.

Civilstånd rapporteras utifrån om individen är gift eller inte och grupperas enligt följande: gift/registrerad partner och gift (ogift, skild eller änka).

Data kring civilstånd inkluderar enbart kvinnor som är 20–49 år, eftersom minderåriga ej får gifta sig i Sverige. När det gäller utbildning har vi valt att inkludera kvinnor från 25 års ålder och uppåt, eftersom de flesta har avslutat sin grundutbildning samt de första tre åren i sin högre utbildning vid denna tidpunkt.

Samtliga variabler baseras på årsdata och speglar situationen i slutet av varje kalenderår.

Begränsningar i dataunderlaget

Det finns ett antal begränsningar i det dataunderlag som använts i rapporten. Vi har endast information om expediering av preventivmedel och insättning av spiraler, inte om användning. Detta innebär att vi inte kan veta om läkemedlet förbrukas i enlighet med ordineringsen, utan måste förlita oss på antaganden om att så är fallet för att kunna säga något om användningen.

Vi saknar också information om huruvida kvinnorna och flickorna i studien önskar att bli gravida, eller inte riskerar att bli gravida (p.g.a. infertilitet eller endast samkönat sex till exempel), och därför inte använder preventivmedel. Dessutom saknar vi information om användning av preventivmedel på grund av annan indikation än förebyggande av oplanerad graviditet, till exempel som behandling av dysmenorré eller endometrios (17).

Vidare bygger kartläggningen på information om expedierade preventivmedel och insättning av spiraler, men fångar därmed inte in annan typ av prevention – såsom kvinnlig sterilisering, vasektomi, kondom, säkra perioder, avbrutet samlag eller p-appar – vilket ytterligare begränsar möjligheterna att få en heltäckande bild av preventivmedelsanvändningen.

I VAL-databaserna ingår endast individer som är folkbokförda i Stockholms län. Det innebär att individer som uppehåller sig i länet men som ej är folkbokförda här, inte ingår. Vidare ingår inte individer som saknar personnummer i analyserna, exempelvis asylsökande, eftersom dessa inte går att koppla till de nationella registren.

För disponibel familjeinkomst saknas data för år 2022 på grund av eftersläpningar i uppdateringen av de nationella registren. För vissa individer saknas även uppgifter om

andra sociodemografiska variabler, såsom utbildningsnivå och födelseland. I de analyser där sådan information saknas har de berörda individerna exkluderats.

Omfattande registrering av spiralinsättning, med ATC-koden TLC00 (inläggning av intrauterint preventivmedel), har utförts vid barnmorskemottagningarna sedan 2020 och är vid ungdomsmottagningarna obligatoriskt sedan 2021. Vid dessa tidpunkter infördes extra ersättning för spiralinsättning. Detta medförde sannolikt en förbättring av registreringsarbetet på mottagningarna, vilket innebär att antalet insatta kopparspiraler på barnmorskemottagningar förmodligen är något underskattat under studieperiodens första två år, och under de första tre åren för insättningarna på ungdomsmottagningar.

Statistiska analyser

Denna rapport bygger på deskriptiva och ojusterade data från VAL-databaserna och SCB:s register. Vi har undersökt hur expedieringen av preventivmedel är fördelad mellan åldersgrupper, inkomst- och utbildningsgrupper, födelseregioner, bostadsorter samt civilstånd, årligen under 2018–2022.

Vi har valt att dela upp våra data i åldersstrata för att analysera varje åldersgrupp separat, och vi har valt att inte justera för hur faktorer såsom inkomst, utbildningsnivå eller sysselsättning skiljer sig mellan grupperna. Detta påverkar förstås tolkningen av resultaten, och det är viktigt att understryka att de samband som presenteras är deskriptiva och inte kausala.

Resultat

Preventivmedelsanvändning i populationen

Nästan en fjärdedel av den kvinnliga fertila befolkningen (15–49 år) i Stockholms län hämtade årligen ut minst ett receptbelagt preventivmedel under år 2018 till 2022. Det motsvarar cirka 130 000 kvinnor och flickor. Under samma tidsperiod skedde en marginell minskning i andelen som hämtade ut preventivmedel samt spiralinsättning, från 22,9 procent till 22,3 procent (se tabell 1).

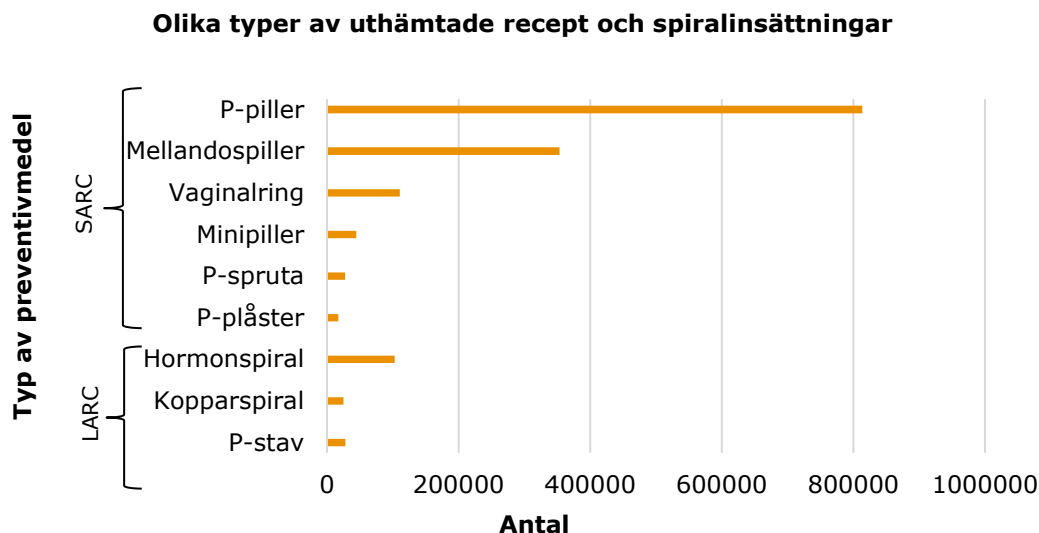
Kombinerade SARC var de vanligaste preventivmedlen. Mellan 12,0 och 13,3 procent av den kvinnliga befolkningen hämtade ut minst ett recept på kombinerade p-piller, p-ring eller p-plåster per år från 2018 till 2022. Runt 6 procent av flickorna och kvinnorna hade minst ett expedierat recept på gestagent SARC och runt 5 procent minst ett expedierat recept samt spiralinsättning av LARC (spiral eller p-stav) per år.

Tabell 1. Antal och andel (%) flickor och kvinnor i åldern 15–49 år med minst ett uthämtat preventivmedel eller en kopparspiralinsättning, i Stockholms län år 2018–2022.

År	Antal kvinnor	Något preventivmedel	LARC	SARC (kombinerade)	SARC (gestagena)
2018	571 290	130 663 (22,9%)	27 676 (4,8%)	75 458 (13,2%)	34 710 (6,1%)
2019	577 840	133 310 (23,1%)	28 855 (5,0%)	76 820 (13,3%)	35 070 (6,1%)
2020	581 400	133 423 (22,9%)	29 892 (5,1%)	75 641 (13,0%)	35 419 (6,1%)
2021	585 683	132 460 (22,6%)	30 990 (5,3%)	73 102 (12,5%)	36 169 (6,2%)
2022	589 980	131 728 (22,3%)	30 901 (5,2%)	71 049 (12,0%)	37 116 (6,3%)

Källa: VAL-databaserna.

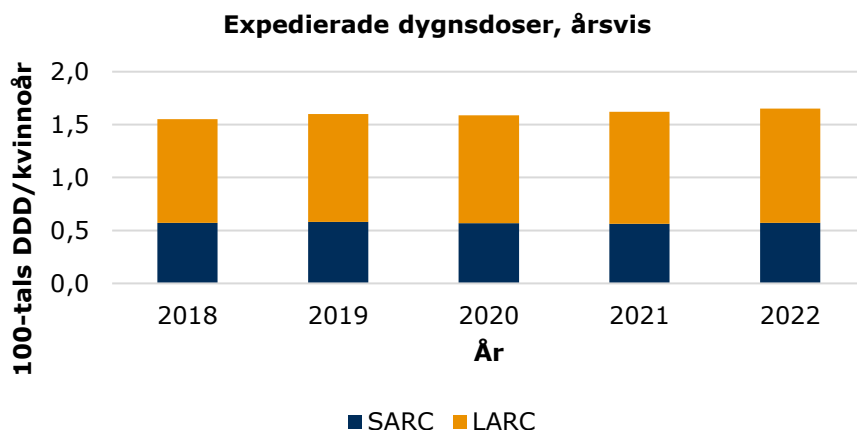
P-piller var den vanligaste typen av uthämtade preventivmedel, följt av mellandospiller (se figur 2). Bland LARC var hormonspiral det mest uthämtade preventivmedlet, med cirka 108 000 expedieringar under 2018 till 2022.



Figur 2. Antal av olika typer av uthämtade preventivmedel eller kopparspiralinsättning, i Stockholms län år 2018–2022.

Källa: VAL-databaserna.

Antal expedierade dygnsdoser ökade marginellt i Stockholms län årligen, från 155 definierade dygnsdoser per kvinnoår år 2018 till 165 definierade dygnsdoser per kvinnoår år 2022 (se figur 3). Medan andelen av SARC låg stabilt runt 60 dygnsdoser per kvinnoår, såg vi en ökning i andelen expedierade dygnsdoser av LARC, från 100 dygnsdoser per år till 110 dygnsdoser per kvinnoår.



Figur 3. Expedierade definierade 100-tals dygnsdoser av preventivmedel bland kvinnor och flickor i åldern 15–49 år, uppdelat efter årtal, i Stockholms län år 2018–2022.

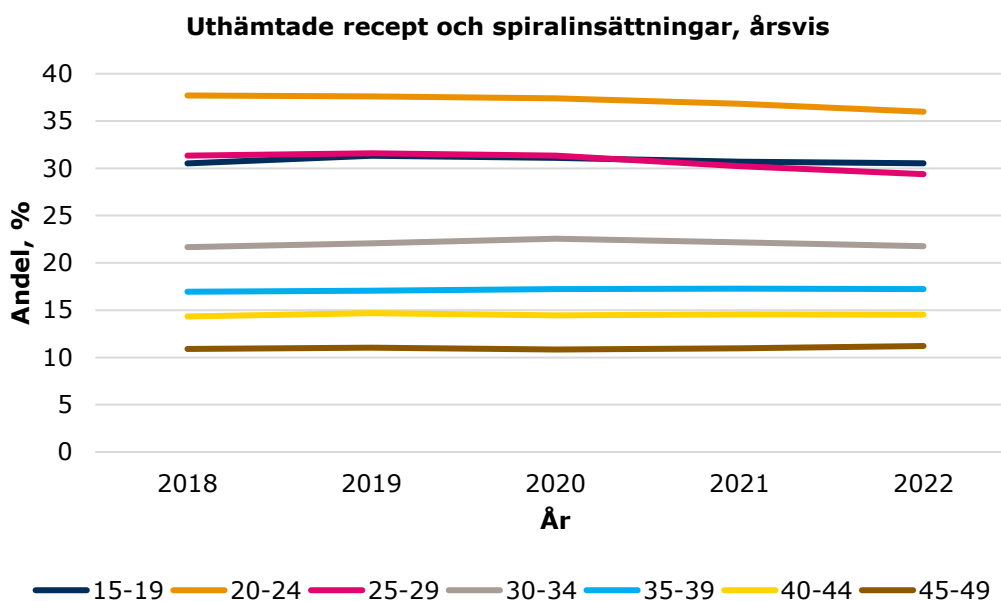
Källa: VAL-databaserna och SCB.

Preventivmedel och ålder

Kvinnor i åldern 20–24 år var den grupp där störst andel hämtat ut minst ett receptbelagt preventivmedel eller fick kopparspiral insatt. Bland dem har mer än var tredje individ, mellan 36,0 och 37,7 procent, hämtat ut minst ett preventivmedel eller fått insättning av spiral årligen (se figur 4).

För åldersgrupperna 15–19 år samt 25–29 år var andelen något lägre men stabil. Mellan 31,5 procent och 30,5 procent för 15–19-åringarna respektive mellan 31,3 procent och 29,3 procent för 25–29-åringar.

Efter 30 års ålder sjönk andelen kvinnor med minst ett expedierat preventivmedel eller spiralinsättning årligen till under 25 procent per år. För kvinnor i åldern 30–34 år var andelen cirka 22 procent, för kvinnor 35–39 år 16 procent och för kvinnor 40–44 år 15 procent. Bland 45–49-åringar, hade 11 procent hämtat ut minst ett preventivmedel eller fått en spiralinsättning årligen under studietiden. Bland de flesta grupper sågs inga stora skillnader i användningen under studietiden, förutom bland 20–29 åringar där en marginell minskning skedde.

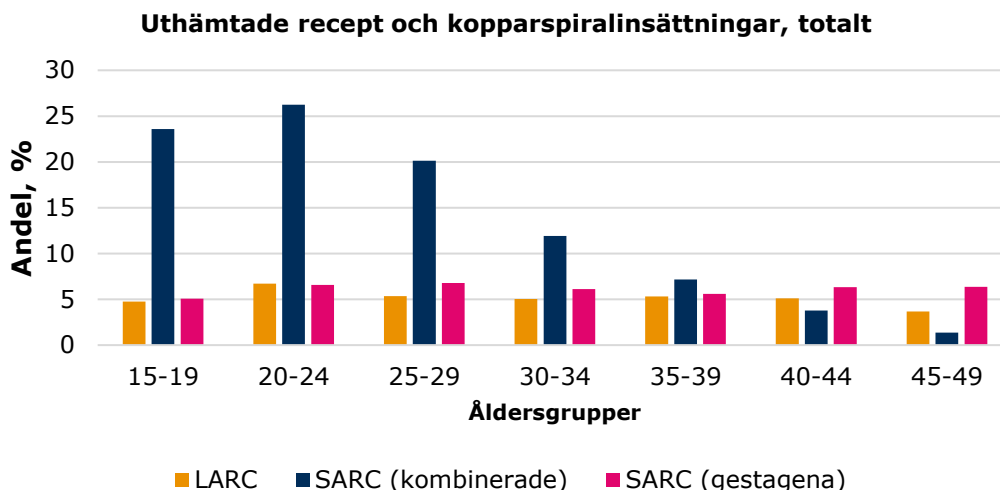


Figur 4. Andel (%) flickor och kvinnor i åldern 15–49 år med minst ett uthämtat preventivmedel eller en kopparspiralinsättning, uppdelat efter ålder, i Stockholms län år 2018–2022.

Källa: VAL-databaserna och SCB.

SARC var det vanligaste uthämtade preventivmedlet bland flickor och kvinnor i åldern 15–49 år under 2018 till 2022 (se figur 5). Kombinerade SARC var vanligast i alla åldersgrupper upp till 39 år, och särskilt vanligt bland yngre. Cirka 23 procent av 15–19-åringarna, 27 procent av 20–24-åringarna samt 21 procent av 25–29-åringarna hämtade årligen ut minst ett recept på kombinerade SARC.

Andelen uthämtade LARC, inklusive kopparspiralinsättning, var högst bland 20–24-åringarna. Gestagent SARC var populäraste bland 25–29-åringarna. Hos kvinnor över 40 år var gestagena SARC det vanligaste preventivmedlet: 6 procent av 40–49-åringarna hämtade ut det per år under studieperioden.

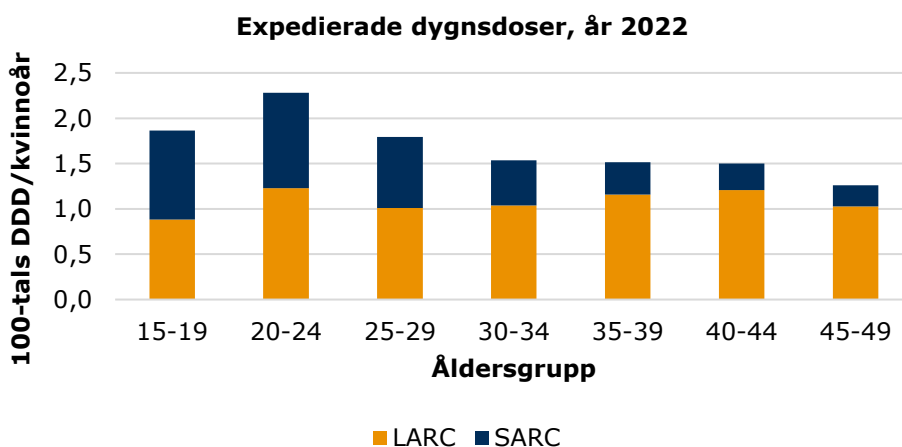


Figur 5. Andel (%) flickor och kvinnor i åldern 15–49 år med minst ett uthämtat preventivmedel eller kopparspiralinsättning, uppdelat efter ålder, i Stockholms län år 2018–2022.

Källa: VAL-databaserna och SCB.

Kvinnor i åldern 20–24 år hade flest expedierade dygnsdoser i befolkningen: 228 stycken per kvinnoår (se figur 6). De i åldern 15–19 år hade 190 dygnsdoser och 25–29-åringarna hade 180 dygnsdoser per kvinnoår. I alla dessa åldersgrupper (upp till 29 år) var ungefär hälften av de expedierade dygnsdoserna SARC-preventivmedel och andra hälften var LARC.

Kvinnor i åldern 30–44 år hade ungefär 150 expedierade dygnsdoser per kvinnoår. Av dessa var LARC dubbelt så vanliga som SARC. Lägst antal dygnsdoser expedieras av kvinnor i åldern 45–49 år: cirka 120 dygnsdoser per kvinnoår, där LARC motsvarade fyra femtedelar av de expedierade dygnsdoserna.



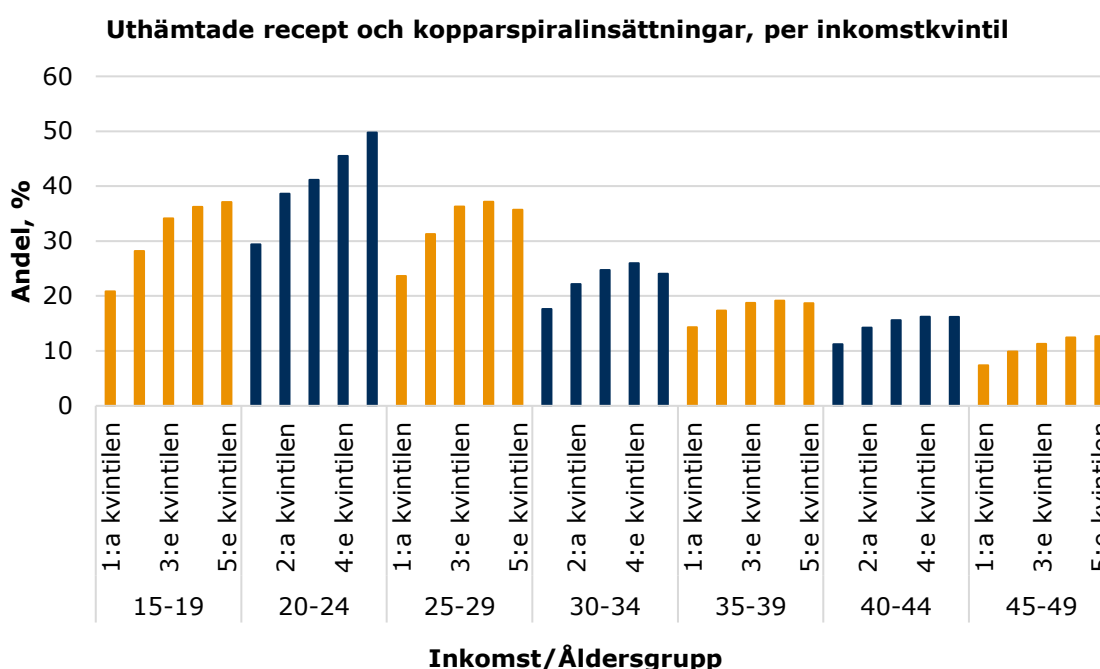
Figur 6. Antal expedierade definierade 100-tals dygnsdoser av preventivmedel bland flickor och kvinnor i åldern 15–49 år, uppdelat efter ålder, i Stockholms län år 2018–2022.

Källa: VAL-databaserna och SCB.

Socioekonomi och preventivmedelsanvändning

Preventivmedel och inkomst

Det finns tydliga skillnader i preventivmedelsuthämtning eller kopparspiralinsättning mellan olika inkomstgrupper i länet. Flickorna och kvinnorna i gruppen med lägst inkomst hämtade ut minst ett preventivmedel eller fick en kopparspiral insatt mer sällan än de med högst inkomst (se figur 7). Den skillnaden är störst bland yngre flickor och kvinnor (15–29 år). Bland 15–19-åringarna hade 21 procent i gruppen med lägst inkomst hämtat ut preventivmedel eller fått en kopparspiral insatt, jämfört med 38 procent av de i gruppen med högst inkomst. Det motsvarar en relativ skillnad på 80 procent. Skillnaderna kvarstod i alla åldrar men jämnades ut något med stigande ålder.



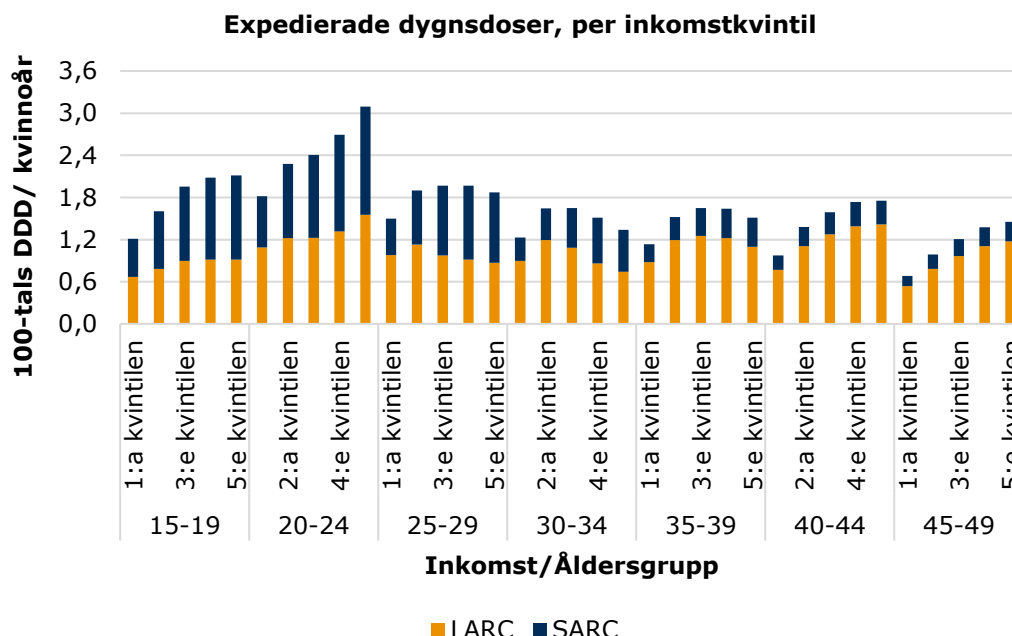
Figur 7. Andel (%) flickor och kvinnor i åldern 15–49 år med minst ett uthämtat preventivmedel eller kopparspiralinsättning, uppdelat efter inkomstgrupp och ålder, i Stockholms län år 2018–2022.

Källa: VAL-databaserna och SCB.

Störst skillnad mellan inkomstgrupperna ses i uthämtningen av kombinerade SARC (se bilaga 1, Figur A). Exempelvis hade 19,8 procent av 20–24-åringar i den lägsta inkomstgruppen hämtat ut kombinerade SARC årligen, medan motsvarande siffra var 37,1 procent i den högsta inkomstgruppen. Det motsvarar en absolut skillnad på 17,3 procent. Skillnaderna i uthämtning samt spiralinsättning av LARC och gestagena SARC mellan inkomstgrupperna var mycket små.

Även beräkningar baserade på expedierade dygnsdoser per år under studietiden, visade skillnader mellan inkomstgrupper (se figur 8). I samtliga åldersgrupper finns skillnader mellan grupperna med lägst respektive högst inkomst, men de var störst bland 20–24-åringarna. Bland dem ser vi en betydlig skillnad i antal dygnsdoser: 182 dygnsdoser per kvinnoår för de i gruppen med lägst inkomst, jämfört med 310 dygnsdoser i gruppen med högst inkomst. Det motsvarar en relativ skillnad på 70 procent. Bland 30–39-åringarna var skillnaderna mellan inkomstgrupper minst, och där hade dessutom grupperna som ligger närmast medelinkomst, det vill säga inkomstgrupperna 2–4, flest expedierade dygnsdoser.

Trots skillnader i expedierade dygnsdoser av preventivmedel mellan olika grupper var andelen LARC respektive SARC i stort sett samma mellan de fem olika inkomstgrupperna (dock finns absoluta skillnader där det expedieras fler dygnsdoser av både LARC och SARC hos höginkomsttagare jämfört med låginkomsttagare). Bland 25–34-åringarna ökade dock SARC-andelen med ökad inkomst.

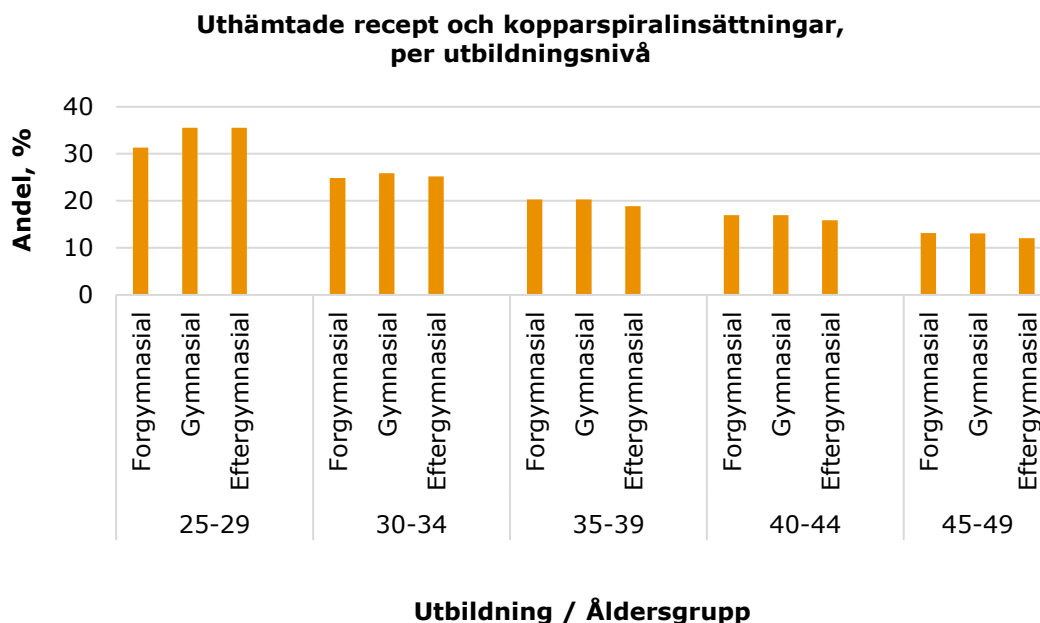


Figur 8. Antal expedierade definierade 100-tals dygnsdoser av preventivmedel bland flickor och kvinnor i åldern 15–49 år, uppdelat efter inkomstgrupp och ålder, i Stockholms län år 2018–2022.

Källa: VAL-databaserna och SCB.

Preventivmedel och utbildning

Generellt fanns inga stora skillnader i uthämtning av preventivmedel och spiralinsättning kopplade till utbildningsnivå (se figur 9). Vi ser små skillnader bland 25–29-åringarna, men efter 30 års ålder jämnas skillnaderna ut. Bland kvinnor i åldern 25–29 år hämtade 31,4 procent av de med förgymnasial utbildning ut minst ett preventivmedelsrecept eller fick en kopparspiral insatt under studietiden. Bland kvinnorna i samma ålder, men med eftergymnasial utbildning, var motsvarande andel 35,6 procent.

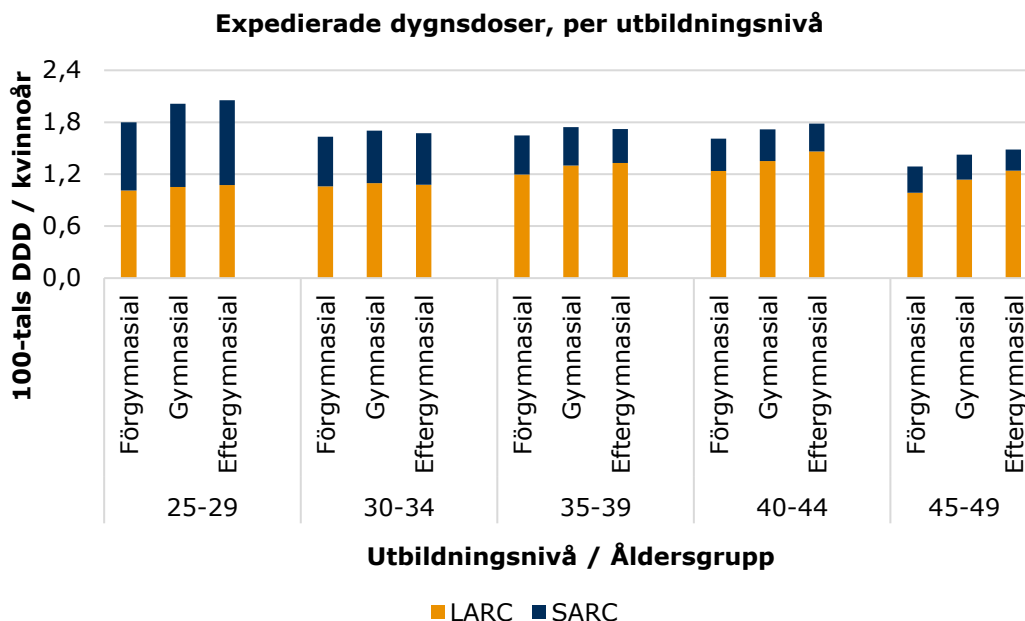


Figur 9. Andel (%) kvinnor i åldern 25–49 år* med minst ett uthämtat preventivmedel eller en kopparspiralinsättning, uppdelat efter utbildningsnivå och ålder, i Stockholms län år 2018–2022.

Källa: VAL-databaserna och SCB. * Flickor och kvinnor under 25 år har uteslutits ur analysen.

Vid granskning av preventivmedelstyp ser vi framför allt skillnader i uthämtningen av kombinerade SARC baserat på utbildningsgrupp (se bilaga 2, figur B). Skillnaderna var störst bland 25–34-åringarna, men kvarstod i alla åldersgrupper. Det var alltså vanligare att ha expedierat SARC-preventivmedel bland kvinnor med minst gymnasial utbildning. Förekomsten av uthämtning av LARC eller kopparspiralinsättning låg relativt stabilt mellan utbildningsgrupperna bland kvinnor under 40 år. Efter 40 år ökade LARC i samband med utbildningsnivån.

Det fanns marginella skillnader i antalet expedierade dygnsdoser per kvinnoår mellan olika utbildningsgrupper. Skillnaderna var störst bland kvinnor i åldern 25–29 år och 40–49 år (se figur 10). Till exempel hade kvinnor i åldern 25–29 år med förgymnasial utbildning i genomsnitt 180 dygnsdoser per kvinnoår, jämfört med 201 dygnsdoser för de med gymnasial utbildning och 205 dygnsdoser för de med eftergymnasial utbildning. Bland kvinnor i åldern 45–49 år hade de med förgymnasial utbildning i genomsnitt 129 dygnsdoser per kvinnoår, jämfört med 143 dygnsdoser bland de med gymnasial utbildning och 149 dygnsdoser bland de med eftergymnasial utbildning. Andelen SARC respektive LARC skiljde sig väldigt lite mellan olika utbildningsnivåer.



Figur 10. Antal expedierade definierade 100-tals dygnsdoser av preventivmedel bland kvinnor i åldern 25–49 år*, uppdelat efter utbildningsnivå och ålder, i Stockholms län år 2018–2022. Källa: VAL-databaserna och SCB.

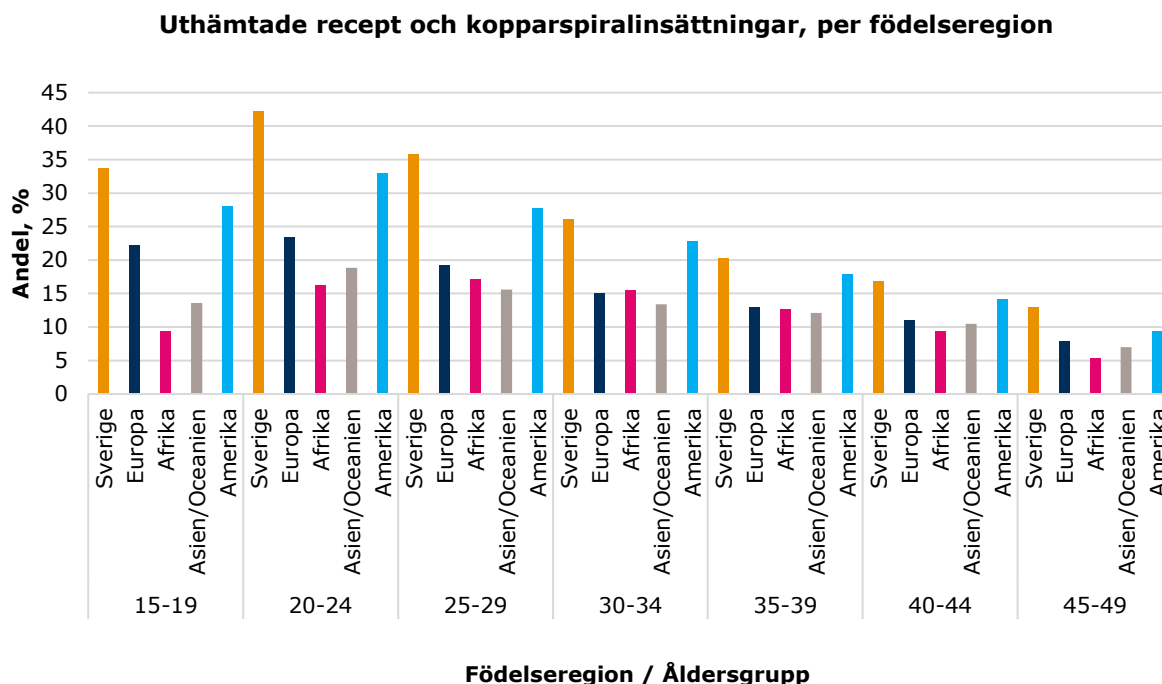
* Kvinnor och flickor under 25 har uteslutits från den här analysen.

Födelseregion och preventivmedelsanvändning

Skillnader baserat på födelseregion

Totalt sett var andelen uthämtade recept samt kopparspiralinsättningar per år, högre bland flickor och kvinnor födda i Sverige jämfört med de födda utanför Sverige (se figur 11). Bland 15–19-åringarna var det nästan fyra gånger vanligare att svenskfödda flickor och kvinnor hade hämtat ut minst ett recept på preventivmedel eller fått en kopparspiral insatt jämfört med flickor och kvinnor födda i Afrika (33,6 procent jämfört med 9,4 procent).

I samtliga åldersgrupper var andelen kvinnor och flickor som hämtade ut minst ett preventivmedel eller fick en kopparspiral insatt under studietiden högst hos svenskfödda, och lägst hos kvinnor och flickor födda i Afrika och Asien/Oceanien.



Figur 11. Andel (%) flickor och kvinnor i åldern 15–49 år med minst ett uthämtat preventivmedel eller en kopparspiralinsättning, uppdelat efter födelseregion och ålder, i Stockholms län år 2018–2022.

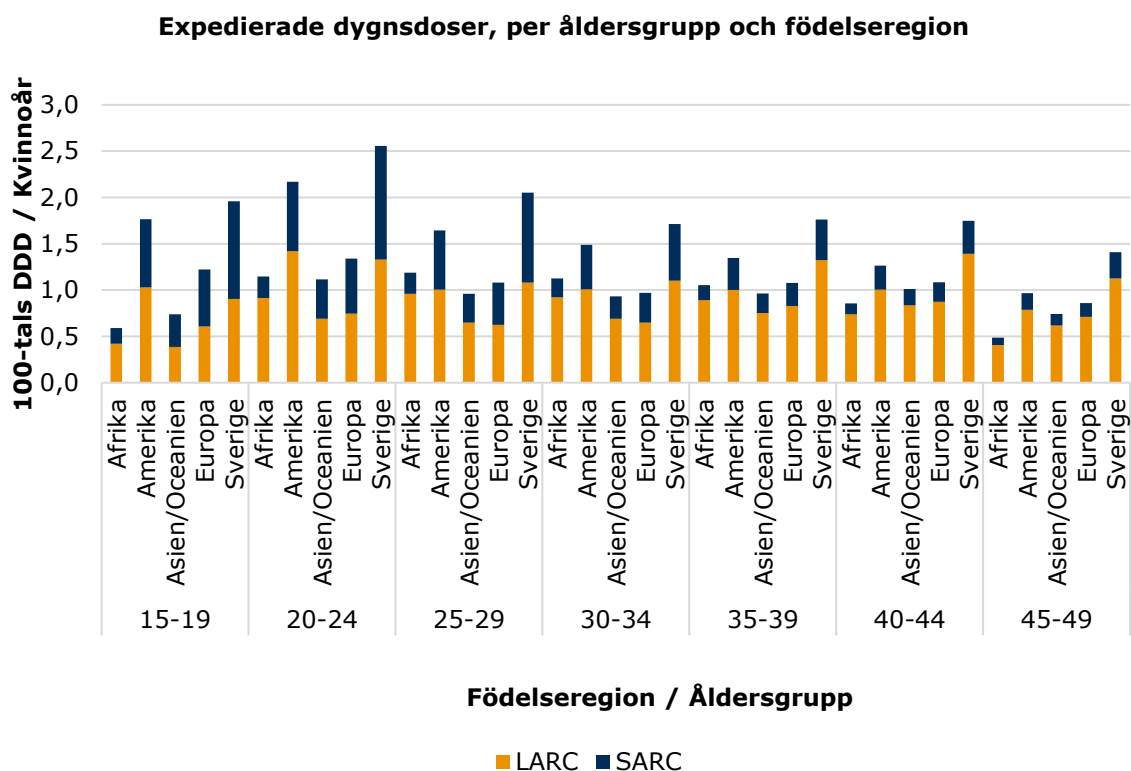
Källa: VAL-databaserna och SCB.

Resultaten visar även skillnader i förekomst av LARC respektive SARC mellan flickor och kvinnor födda olika födelseregioner. Kvinnor och flickor (under 35 år) födda i Amerika, Sverige och Afrika hade högsta andelen LARC (se bilaga 3, figur C).

Bland de yngsta (15–19 år), hade 6,7 procent av flickorna födda i Amerika hämtat ut minst ett recept på LARC eller fått en spiralinsättning årligen, jämfört med till exempel 2,4 procent av de jämnåriga flickorna födda i Asien/Oceanien. Skillnader i användningen sågs även i uthämtning av kombinerade SARC, trots att skillnaderna minskade till marginella skillnader i de högsta åldrarna inom alla födelseregioner. Den största skillnaden sågs i andelen flickor (15–19 år) som är födda i Sverige med minst ett uthämtat kombinerat SARC-recept (25,8 procent) jämfört med jämnåriga flickor födda i Afrika (5,6 procent).

Totalt sett hade kvinnor och flickor födda i Sverige även fler expedierade dygnsdoser jämfört med kvinnor och flickor födda utanför Sverige (se figur 12). Skillnaderna mellan grupper minskade något med åldern, men kvarstod i alla åldersgrupper. Generellt hade kvinnorna och flickorna födda i Afrika, övriga Europa samt Asien/Oceanien betydligt färre dygnsdoser jämfört med kvinnorna och flickorna födda i Sverige samt i Amerika.

Bland kvinnorna med högst antal expedierade preventivmedel (20–24-åringarna) såg vi att svenskfödda kvinnor, som i genomsnitt tagit ut 256 dygnsdoser per kvinnoår, expedierade mer än dubbelt så många doser än kvinnor födda i Afrika (115 dygnsdoser per kvinnoår) och Asien/Oceanien (111 dygnsdoser per kvinnoår), och nästan dubbelt så många som kvinnor födda i övriga Europa (134 dygnsdoser per kvinnoår). Även kvinnor födda i Amerika hade ett lägre genomsnittligt uttag än svenskfödda (217 dygnsdoser per kvinnoår).



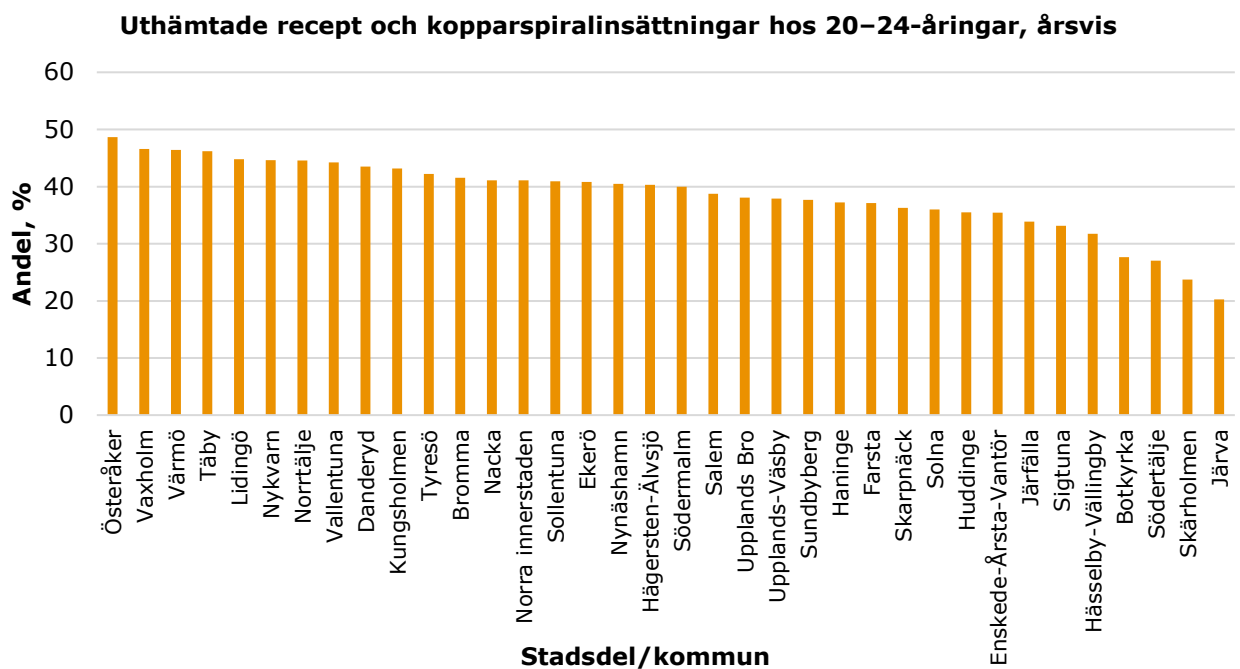
Figur 12. Antal expedierade definierade 100-tals dygnsdoser av preventivmedel bland flickor och kvinnor i åldern 15–49 år, uppdelat efter födelseregion och ålder, i Stockholms län år 2018–2022.

Källa: VAL-databaserna och SCB.

Bostadsort och preventivmedelsanvändning

Det fanns även geografiska skillnader bland flickorna och kvinnorna i Stockholms län som hämtade ut preventivmedel eller fick en kopparspiral insatt årligen under 2018–2022.

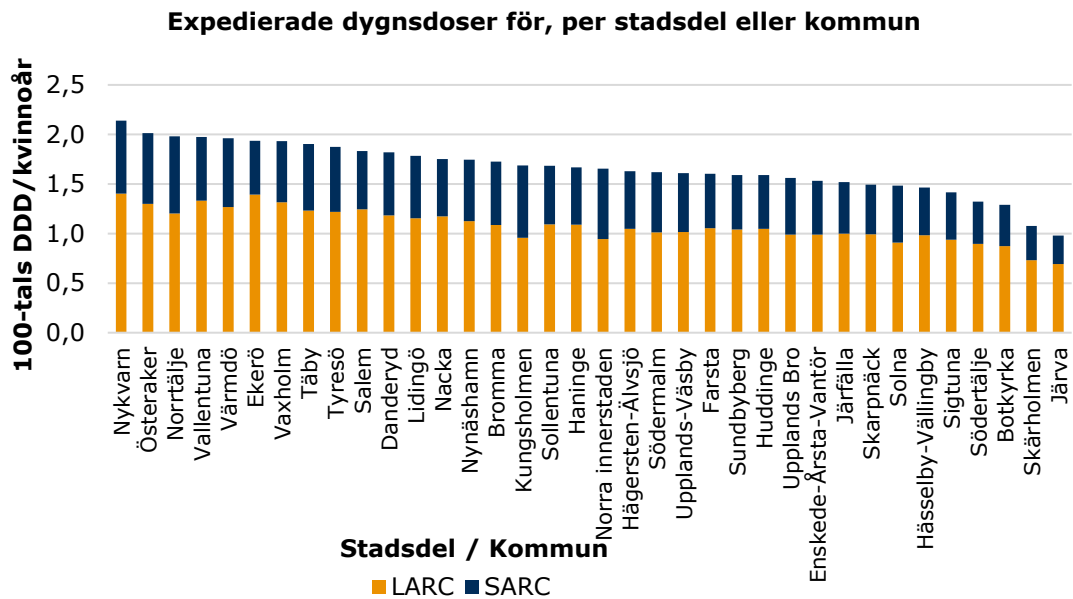
Bland 20–24-åriga kvinnor och flickor (gruppen med högst preventivmedelsanvändning) var andelen med minst ett uthämtat recept eller spiralinsättning högst i bostadsområdena Österåker (49 procent), Vaxholm (47 procent), Värmdö (46 procent) och Täby (46 procent). Motsvarande andel var lägst i Järva (20 procent), Skärholmen (24 procent), Södertälje (27 procent) och Botkyrka (28 procent) (se figur 13). För förekomst i samtliga åldersgrupper, se bilaga 4.



Figur 13. Andel (%) kvinnor i åldern 20–24 år med minst ett uthämtat preventivmedel eller en kopparspiralinsättning, uppdelat efter stadsdelar och kommuner, i Stockholms län år 2018–2022.

Källa: VAL-databaserna och SCB.

Baserat på beräkningar utifrån expedierade dygnsdoser såg vi även skillnader mellan geografiska boendeyröden i antal definierade dygnsdoser per kvinnoår (se figur 14). Det genomsnittliga antalet definierade dygnsdoser per kvinnoår var högst bland kvinnor och flickor bosatta i Nykvarn (214 st.), Österåker (201 st.), Vallentuna (198 st.), Norrtälje (198 st.) samt Ekerö (194 st.). Och lägst var antalet hos kvinnor och flickor bosatta i Järva (98 st.), Skärholmen (108 st.), Botkyrka (129 st.) samt Södertälje (132 st.).

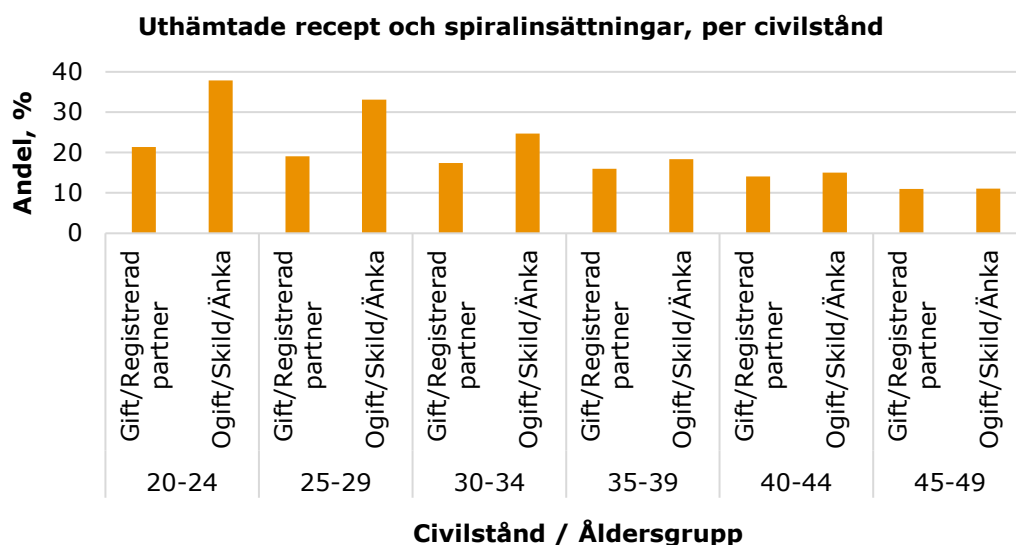


Figur 14. Antal expedierade definierade 100-tals dygnsdoser av preventivmedel bland flickor och kvinnor i åldern 15–49 år, uppdelat efter stadsdelar och kommuner, i Stockholms län år 2018–2022.

Källa: VAL-databaserna och SCB.

Civilstånd och preventivmedelsanvändning

Andelen kvinnor som under studietiden fått minst ett expedierat recept på preventivmedel eller en kopparspiralinsättning varierade baserat på civilstånd (se figur 15). Det var en lägre andel gifta kvinnor som använde preventivmedel jämfört med ogifta. Bland 20–24-åringarna var det nästan dubbelt så vanligt att ha hämtat ut minst ett recept på preventivmedel eller fått en spiralinsättning hos ogifta jämfört med gifta kvinnor. Skillnaderna minskade med åldern och för 40–49 åringar fanns inga skillnader.

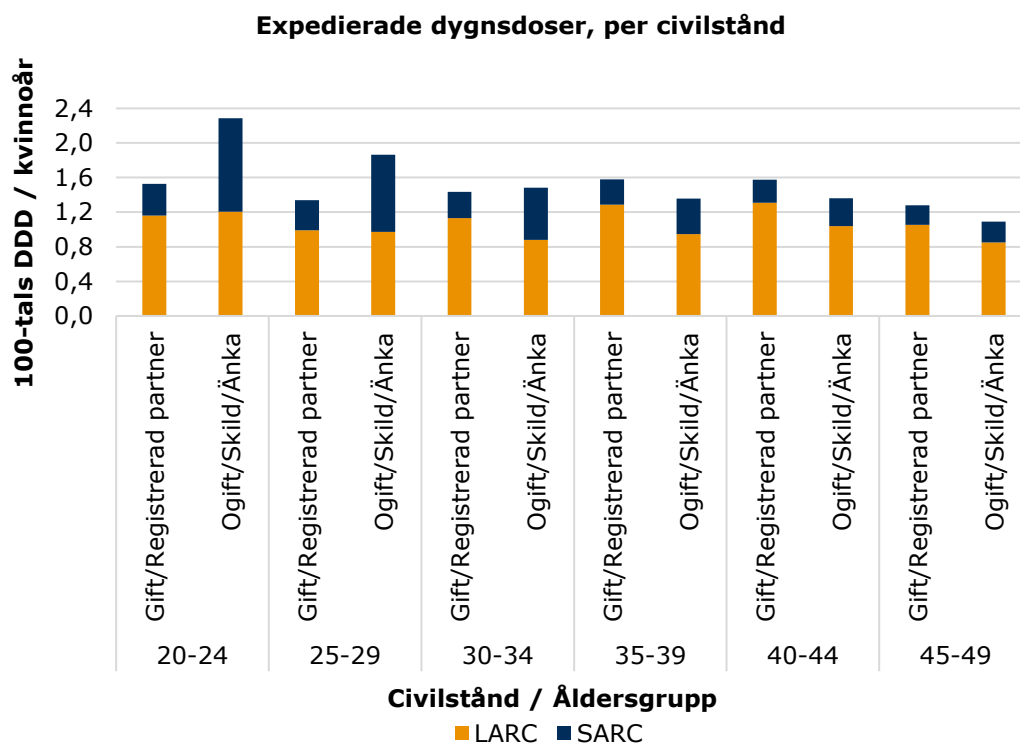


Figur 15. Andel (%) kvinnor i åldern 20–49 år* med minst ett uthämtat preventivmedel eller en spiralinsättning, uppdelat efter civilstånd och ålder, i Stockholms län år 2018–2022.

Källa: VAL-databaserna och SCB. * Kvinnor och flickor under 20 år har uteslutits ur analysen.

Det fanns även skillnader i expedierade dygnsdoser mellan gifta och ogifta kvinnor (se figur 16). Ogifta kvinnor under 30 år hade fler expedierade dygnsdoser än gifta kvinnor, 30–34-åringarna hade ungefär lika många expedierade dygnsdoser oavsett civilstånd och bland kvinnor över 35 år hade gifta kvinnor fler expedierade dygnsdoser av preventivmedel än ogifta.

För kvinnor under 30 år bestod skillnaderna i expedieringen av SARC. Det innebär att ogifta kvinnor expedierade mer SARC-preventivmedel. För kvinnor över 30 år, däremot, såga skillnaderna i stället i LARC-expediering, där de gifta kvinnorna expedierade fler dygnsdoser LARC än de ogifta.



Figur 16. Expedierade definierade 100-tals dygnsdoser av preventivmedel bland kvinnor i åldern 20–49 år*, uppdelat efter civilstånd och ålder, i Stockholms län år 2018–2022.

Källa: VAL-databaserna och SCB. * Kvinnor och flickor under 20 år har uteslutits ur analysen.

Diskussion

Preventivmedelsanvändning i populationen

Nästan en fjärdedel av den fertila kvinnliga befolkningen (15–49 år) i Stockholms län hämtade årligen ut minst ett receptbelagt preventivmedel eller fick en kopparspiral insatt under studietiden. En liten minskning sågs i andelen flickor och kvinnor som hämtade ut recept, vilket sannolikt kan förklaras av en ökad användning av LARC (baserat på båda utfallsmåtten). Totalt expedierades cirka 160 dygnsdoser per år i Stockholms län. Det motsvarar två års doser för den fjärdedel som hämtat ut preventivmedel – vilket förklaras av att LARC innefattar mellan tre och fem års doser vid en uthämtning. Andelen expedierade dygnsdoser ökade marginellt under studieperioden, från 155 till 165 stycken. Dock saknar vi information om hur många av dessa dygnsdoser som faktiskt används enligt recept.

En tidigare svensk studie uppskattade att preventivmedel används av 41 procent av flickorna och kvinnorna i åldern 15–49 år i Sverige (14). Denna uppskattning baserades på beräkningar utifrån uthämtade dygnsdoser av preventivmedel. Det stämmer väl överens med resultaten i denna rapport, där våra genomsnittliga dygnsdoser uppgår till 43,8 procent, motsvarande 160 dygnsdoser per 365 dagar. I en annan svensk studie, som baseras på en e-enkät, svarade 62,4 procent att de för närvarande använde någon form av preventivmedel (16). Där inkluderades dock andra preventivmetoder som inte kräver recept såsom kondomer, sterilisering, avbrutet samlag, dagen efter-piller samt olika p-appar (t.ex. Natural Cycles). Om man räknar bort dessa andra metoder beräknas användningen av hormonella preparat och kopparspiral vara runt 42 procent (16). Det är dock viktigt att notera att rekryteringsstrategin skiljer sig åt mellan studierna. E-enkätstudien (16) baserades på självselektion, där endast de som själva valde att svara online deltog, vilket påverkar urval och kan påverka resultaten. Skillnaderna mellan e-enkätstudien och vår skulle också kunna bero på att kvinnor och flickor använder andra metoder än hormonella preventivmedel och kopparspiral, såsom barriärmetoder, avbrutet samlag, sterilisering, naturlig familjeplanering, och pessar, som vi inte har undersökt i den här rapporten.

Utöver ovanstående studier finns data om användning av preventivmetoder som kondomer och avbrutet samlag i nationella enkäter som UngKAB23 (16–29 år) och SRHR17 (16–84 år). I UngKAB23 rapporterade 22 procent att de använt kondom vid sitt senaste sextillfälle (34), men detta ger ingen indikation på kontinuerlig användning. Eftersom kondom även skyddar mot könssjukdomar kan den kombineras med andra metoder. I SRHR2017 uppgav nästan en femtedel av kvinnor, flickor, män och pojkar (16–44 år) att de använt avbrutet samlag och säkra perioder det senaste året (36). Detta tyder på att fler preventivmetoder används i studiepopulationen. Dock är varken kondom användning vid enstaka tillfällen eller avbrutet samlag effektiva skydd mot önskad graviditet.

Unga använder mest preventivmedel

Resultaten i vår rapport visar att preventivmedelsanvändningen varierar mellan åldersgrupper. Andelen som använder preventivmedel är högst bland 20–24-åringarna, följt av 15–19- och 25–29-åringarna, medan 45–49-åringar har den lägsta andelen uthämtade preventivmedel samt spiralinsättningar. För de flesta åldersgrupper ligger nivåerna stabila under studietiden, men en viss minskning skedde bland 20–29-åringarna. Den minskningen kan möjligen kopplas till en marginell ökning i insättning av LARC i denna grupp. Socialstyrelsen har tidigare lyft att andelen flickor och kvinnor

(15–49 år) som använder LARC ökade med över 60 procent mellan år 2011 och 2019 (37).

Ungefär en femtedel av kvinnorna i åldern 30–34 år hämtade ut något receptbelagt preventivmedel årligen eller fick en kopparspiral insatt under studieperioden. För kvinnorna 35–39 år är motsvarande siffra 16 procent, medan för 40–44-åringarna ligger den på ungefär 15 procent. I gruppen 45–49 år hämtade ungefär 1 av 10 kvinnor ut minst ett preventivmedel per år under studietiden eller fick en kopparspiral insatt. Samtidigt ser vi de högsta aborttalen år 2022 i gruppen 30–34-åringar, och aborter görs i alla åldersgrupper mellan 15 och 49 år.

Sedan januari 2015 har flickor och kvinnor under 21 år i Stockholms län fått tillgång till kostnadsfria preventivmedel (18), medan kvinnor till och med 25 får subventionerade preventivmedel (38). Tidigare studier tyder på att subventioner kan bidra till ökad preventivmedelsanvändning bland yngre kvinnor och flickor (39–41), men att det finns skillnader i användningen mellan grupper (18). Till exempel har kvinnor och flickor i socioekonomiskt svagare områden med hög andel personer med utländsk bakgrund, lägre preventivmedelsanvändning än de i andra områden (18). Det är oklart vad dessa skillnader beror på. Det har bland annat tidigare lyfts att familjen och sociala nätverk spelar större roll för individens preventivmedelsanvändning än insatser från medicinska professioner eller kampanjer (28). Skillnaderna skulle också kunna bero på olika behov, och eftersom vi saknar information om graviditetsönskan i respektive grupp kan vi inte dra slutsatser om det otillfredsställda behovet av preventivmedel varierar mellan dem.

Skillnader i preventivmedelsanvändningen mellan olika inkomstgrupper

Vår rapport visar tydliga skillnader mellan olika inkomstgrupper vad gäller preventivmedelsanvändningen. Skillnader ses i alla åldersgrupper – både i andelen uthämtade preventivmedel samt insättningar av kopparspiraler och i expedierade dygnsdoser. Generellt var det mindre vanligt att personerna i gruppen med lägst inkomst hämtade ut minst ett preventivmedel eller fick en spiralinsättning jämfört med de med högst inkomst. Till exempel hämtade 60 procent fler 20–24-åringar i gruppen med högst inkomst ut preventivmedel årligen eller fick en kopparspiral insatt jämfört med de i gruppen med lägst inkomst. I respektive åldersgrupp finns dock inga eller marginella skillnader relaterade till utbildning.

Det kan finnas flera förklaringar till de socioekonomiska skillnader som vi ser. En möjlig förklaring kan vara skillnader i hälsolitteracitet. Hälsolitteracitet kan definieras som en individs förmåga att ta till sig information och använda hälsorelaterad kunskap för att främja sin egen hälsa (42). Studier pekar på att personer i socioekonomiskt svaga områden samt kvinnor och flickor med migrationserfarenhet kan ha sämre hälsolitteracitet än den övriga befolkningen (43), vilket kan påverka deras möjligheter att söka vård och göra informerade val kring preventivmedel (44). Till exempel är det vanligare att utrikesfödda personer använder osäkra preventivmetoder jämfört med personer födda i Sverige (18). Tidigare forskning pekar också på en minskning av preventivmedelsanvändningen över tid i socioekonomiskt svagare områden bland unga kvinnor (28).

Det är också viktigt att beakta att det finns andra kostnader och barriärer för vissa grupper (förutom direkta ekonomiska kostnader för preventivmedel), såsom indirekta kostnader för att ta ledigt från arbete för att besöka vården, eller resekostnader till vårdinrättningar (33). Dessa faktorer kan påverka individers faktiska tillgång till preventivmedelstjänster, särskilt för personer i socioekonomiskt utsatta situationer.

Stora skillnader mellan svenskfödda och migranter

I alla åldersgrupper var andelen uthämtade preventivmedel och spiralinsättningar högst bland kvinnor och flickor födda i Sverige, jämfört med de födda utanför Sverige. Till exempel var det nästan fyra gånger vanligare att svenskfödda flickor i åldern 15–19 år använde preventivmedel jämfört med jämnåriga födda i Afrika. Svenskfödda kvinnor i åldern 20–24 år hade dubbelt eller mer än dubbelt så många expedierade dygnsdoser per kvinnoår än kvinnor födda i övriga födelseregioner.

Flera tidigare studier har uppmärksammat migrantkvinnors hinder att få preventivmedelsrådgivning och individanpassade preventivmedel i Sverige. I en svensk kvalitativ studie där 19 kvinnor (19–49 år) intervjuades, identifierades tillit till både sjukvården och tolken som avgörande faktorer för lyckad preventivmedelsrådgivning bland migrantkvinnor (31). Preventivmedelsrådgivning sågs som en privat angelägenhet som helst inte delades med barnmorskor eller tolkar. Vidare har språkliga hinder samt utmaningar kopplade till navigering i det svenska vårdsystemet belysts som barriärer till preventivmedelstjänster bland migrantkvinnor i Sverige (45). Folkhälsomyndighetens kartläggning om unga migranternas sexuella och reproduktiva hälsa och rättigheter (16–29 år) visade att 12 procent i åldern 26–29 år hade upplevt kränkningar eller diskriminering av sjukvården, respektive 6 procent i åldern 16–19 år (46). I samma rapport framgick även att 10 procent av migrantkvinnorna i Sverige hade fått barn utan att vilja det, samt att 19 procent var osäkra på var man kan få tag på preventivmedel (46). Detta ger en tydlig indikation att det finns brister i att säkerställa tillgänglighet av preventivmedel till alla efter behov.

Generellt har migranternas vistelsetid i landet framhållits som en viktig faktor för tillgången till hälso- och sjukvård – ju längre man har bott i landet, desto högre är nyttjandet av välfärdstjänster (46). Dock har alla, oavsett vistelsetid, rätt till adekvat och personcentrerad vård (47). En rapport från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL, nuvarande Sveriges Kommuner och Regioner) har till exempel rapporterat att personer födda utomlands avstår att söka vård dubbelt så ofta som svenskfödda (48). Upplevd rasism och diskriminering inom sjukvården har i tidigare studier kopplats till fördröjt hälsosökande beteende och misstro för sjukvården (49, 50).

Stora skillnader mellan områden

Resultaten visar stora geografiska skillnader i Stockholms län bland flickor och kvinnor som hämtat ut preventivmedel. Bland 20–24-åringarna var andelen kvinnor som hämtat ut preventivmedel minst dubbelt så hög i Österåker, Vaxholm, Värmdö och Täby jämfört med Järva och Skärholmen – där andelarna expedierade dygnsdoser var som lägst. Till exempel hade flickor och kvinnor (15–49 år) bosatta i Järva cirka 100 definierade dygnsdoser per kvinnoår, medan de i Nykvarn hade cirka 210 stycken. Områdena med de lägsta andelarna flickor och kvinnor i alla åldersgrupper som hämtat ut preventivmedel (Järva, Skärholmen och Botkyrka) kännetecknas också av en hög andel invånare med utländsk bakgrund och lägre socioekonomisk status (51).

Preventivmedelstyp skiljer sig mellan sociodemografiska grupper

Utöver skillnaden i användning, ser vi även skillnader i vilket typ av preventivmedel som används (LARC eller SARC) mellan olika grupper av flickor och kvinnor i Stockholms län. Hos de under 30 år bestod ungefär hälften av de expedierade dygnsdoserna SARC och andra hälften av LARC, medan för kvinnor i åldrarna 30–44 år var andelen LARC

dubbelt så stor som SARC. Detta betyder att de mest fertila flickorna kvinnorna (under 30 år) använder mindre effektiva preventivmedel jämfört med de äldre (och generellt mindre fertila) kvinnorna. Liknande mönster har setts i tidigare svenska studier, där det till exempel konstaterades att kombinerade p-piller var det vanligaste preventivmedlet bland flickor och kvinnor under 30 år, medan användningen av LARC ökade med åldern (13). Det fanns marginella skillnader i expedieringen av LARC jämfört med SARC baserat på socioekonomi, där SARC-andelen ökade med inkomst bland 25–34-åringarna.

Trots rekommendationer att undvika kombinerade SARC för kvinnor över 40 år (17) var ungefär en femtedel av alla expedierade recept bland kvinnor i åldern 40–44 år just kombinerade SARC. Detta kan förmodligen förklaras av att recept på kombinerade SARC förnyas (av läkare) för kvinnor över 40 år som inte röker, samt saknar andra kontraindikationer för användningen (17).

Ouppfyllda behov av preventivmedel?

Preventivmedel används för att skydda sig mot en oplanerad graviditet. I denna rapport undersöker vi användningen av preventivmedel genom att analysera data över uthämtning, spiralinsättning samt expediering. Vi har däremot ingen data över graviditetsintention eller sexuell aktivitet, och inte heller över önskan om att använda preventivmedel. Det är därför inte möjligt att uppskatta hur stort det omättade behovet av preventivmedel är. Tidigare studier har dock uppskattat det ouppfyllda behovet i Sverige till 15,2–17,2 procent, vilket innebär att var sjunde flicka eller kvinna inte använder ett preventivmedel trots behov (9, 16).

Därtill framgår det att nästan en femtedel av kvinnor och män (16–44 år) förlitar sig på metoder som säkra perioder och avbrutet samlag, enligt SRHR17 (36). Detta tillsammans med Stockholms abortfrekvens och att det finns stora socioekonomiska skillnader i abortfrekvensen mellan grupper (52), indikerar att det finns ett ouppfyllt behov av preventivmedel.

Det finns flera anledningar till att individer med ett ouppfyllt behov av preventivmedel ändå inte använder dem, där rädslan för biverkningar framträder som en central faktor.

Flera svenska studier har identifierat avsaknaden av biverkan som avgörande vid val av preventivmedel (29, 33, 53). I UngKAB15 angav nästan en fjärdedel av 16–29-åringarna att de undvek hormonella preventivmedel på grund av oro för biverkningar, (35) och i SRHR17 var motsvarande andel 17 procent (36). Det är även noterbart att denna rädsla dessutom har rapporterats öka. En nationell studie visade att rädslan för hormoner och biverkningar av hormonella preventivmedel steg mellan 2013 och 2017 i alla åldersgrupper (16–49 år) (9).

Slutsatser och rekommendationer

Denna kartläggning visar att cirka en fjärdedel av den fertila kvinnliga befolkningen i Stockholms län årligen hämtade ut preventivmedel eller fick kopparspiral insatt under studieperioden 2018–2022. Preventivmedelsanvändningen var högst bland 20–24-åringarna, följt av 15–19-åringarna och 25–29-åringarna. Generellt expedierades cirka 160 dygnsdoser årligen, och en marginell ökning sågs i expedieringen baserat på dygnsdoser under studieperioden.

Ungefär hälften av expedierade dygnsdoser stod för SARC och andra hälften för LARC hos den yngre (<29 år) befolkningen. Lägst antal dygnsdoser expedieras till kvinnor i åldern 45–49 år, där LARC utgjorde fyra femtedelar av dessa.

Betydande skillnader noterades mellan socioekonomiska grupper, födelseregioner och geografiska områden. Flickorna och kvinnorna med lägst inkomst samt de födda utanför Sverige använde preventivmedel i betydligt lägre utsträckning än de med högre inkomst och födda i Sverige. Användningen var även lägre bland de som bodde i socioekonomiskt svagare områden, såsom Järva, Skärholmen och Botkyrka, jämfört med de bosatta i socioekonomiskt starkare områden.

Det är viktigt att notera att vi inte har data om det otillfredsställda behovet av preventivmedel eller information om varför preventivmedel inte används. För att säkerställa jämlik tillgång till individanpassade preventivmedel och preventivmedelstjänster krävs insatser på flera nivåer – både inom vården och skolan – för att säkerställa en god och jämlik sexuell och reproduktiv hälsa.

Stärk kunskapen om fertilitet och preventivmedel

Tidigare studier har visat att det finns skillnader i tillgången till kunskap om preventivmedel i Sverige. Personer med svagare socioekonomiska förutsättningar har generellt sett lägre kunskaper om olika preventivmedel- och metoder (28, 54), vilket kan förhindra deras möjligheter att fatta informerade beslut om sin reproduktiva hälsa. Till exempel har en svensk översiktsstudie nyligen rapporterat att migrantkvinnors begränsade kunskap och rädsla för biverkningar, särskilt från hormonella preventivmedel, är ett betydande hinder för deras preventivmedelsanvändning (33). Samma studie lyfter också att fokus borde flyttas från individen till strukturella ojämlikheter både inom hälso- och sjukvårdssystemet och i samhället stort. Detta är i linje med tidigare identifierade brister i kunskap bland yrkesverksamma inom skolor och svenska för invandrare (sfi) (46).

Trots att preventivmedelstjänster är kostnadsfria eller kraftigt subventionerade för flickor och yngre kvinnor, varierar användningen bland de under 25 år med inkomst. Enligt en rapport från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys finns det grupper av kvinnor och flickor som inte är medvetna om subventionen (18). De som har haft samlag har dock generellt sett mer kunskap om kostnadsfriheten jämfört med de som inte är sexuellt aktiva. Det är viktigt att information om preventivmedel, subventioner och hur man nyttjar preventivmedelstjänster når alla som är i behov av dem.

Det är även viktigt att säkerställa tillgången till evidensbaserad information om olika preventivmedel inklusive deras biverkningar. Det kan bland annat minska obefogad oro för hormonella preventivmedel, vilket flera vetenskapliga studier (9, 29, 33, 53) och kartläggningar (35, 36) har identifierat som en barriär för användning. Det kan också stärka individer i att själva fatta informerade beslut. I dag finns målgruppsanpassad information relativt lättillgänglig, exempelvis via skolor, ungdomsmottagningar och digitala plattformar såsom 1177.se, umo.se, youmo.se och preventivguiden.se (55-58).

Det är även viktigt att preventivmedelsmetoder riktade mot män och pojkar lyfts. Enligt resultat från Ungdomsbarometern förlitar sig en fjärdedel av unga män (15–24 år) som haft samlag, på att deras partner tar ansvar för preventivmedel (18). Detta tyder på att det finns behov av ytterligare informationsinsatser, både mot kvinnor och flickor men också mot män och pojkar.

Vidare har Skolinspektionen också påpekat att kvaliteten på sex- och samlevnadsundervisningen varierar över landet. Det beror främst på begränsade och varierande kunskaper bland lärare och skolledning (59). I UngKAB23 svarade 69% av respondenterna att de har fått lära sig om hormonella preventivmedel i skolans undervisning (34), medan 49% av unga i den tidigare undersökningen i UngKAB15 rapporterade att skolan har gett dem adekvata kunskaper för att ta hand om sin sexuella hälsa (35).

Väl genomförd skolundervisning i ämnet ”sex, samtycke och relationer” har potential att bidra till ökad hälsolitteracitet bland ungdomar, stärka deras kunskaper och självkänsla inom området samt påverka attityder och värderingar på ett positivt sätt (60). Skolundervisningen är också en naturlig plats att inkludera pojkar och män i diskussionen om preventivmedel, och skapa en mer jämlik fördelning av ansvaret för reproduktiv hälsa.

Säkerställ primärvårdens arbete för att ge säkert skydd efter behov

I Sverige har primärvården, inklusive barnmorskemottagningar, ungdomsmottagningar, mödravården, sexuell hälsa mottagningar och vårdcentralen, ett centralt ansvar för att ge preventivmedelsrådgivning och skriva recept på preventivmedel. Rådgivning och receptförskrivning sker även i specialistsjukvården, då främst av gynekologer. Samtidigt visar denna rapport att preventivmedelsanvändningen varierar mellan olika socioekonomiska och demografiska grupper i Stockholms län, med särskilt stora skillnader kopplade till inkomst, födelseland och geografiskt område. Vården har en unik möjlighet att bidra till ökad jämlikhet, där preventivmedel anpassas efter individens behov.

Tid och kunskap är viktiga resurser för vårdpersonal att kunna bemöta och stödja flickor och kvinnor att välja ett passande preventivmedel. Enligt Världshälsoorganisationen (WHO) är det avgörande att preventivmedelsrådgivningen fokuserar på individen och anpassas efter dennes unika behov och önskemål (61). Rådgivningen bör ta hänsyn till individens tidigare erfarenheter och eventuella oro kring preventivmedel. Även eventuella tolktjänster bör ha bra kunskap inom SRHR-området (62). Region Stockholm erbjuder tolktjänster inom talade språk samt teckenskapstolk, dövblindtolk, skrivtolk och/eller tecken som stöd (TSS) (63).

Vidare bör man säkerställa att alla som behöver preventivmedel får tillgång till vård inom rimliga tidsramar (18). En tidigare studie har till exempel visat att avsaknaden av möjlighet till spiralinsättning i samband med en abort kan leda till att färre väljer att använda spiral som preventivmedel (64). Svensk förening för obstetrik och gynekologi, SFOG, rekommenderar att 60 procent av abortsökande i Sverige bör förskrivas LARC (65), för att säkerställa ett effektivt preventivmedel efter en abort. Flera studier har rapporterat att även om abortfrekvensen i Norden minskar, förekommer upprepade aborter hos samma individer (52, 66-68).

Generellt har SFOG ett kvalitetsmål att 40 procent av besökarna i öppenvården ska välja LARC i samband med preventivmedelsrådgivning (69). Detta eftersom LARC är betydligt mer effektiva än SARC för att förebygga oönskade och oplanerade graviditeter.

I dagsläget ser vi dock att många yngre kvinnor och flickor fortfarande väljer SARC, medan användningen av LARC ökar med stigande ålder. För att motverka att flickor och unga kvinnor väljer mindre effektiva preventivmedel, behövs åtgärder från hälso- och sjukvården för att främja LARC, dock med hänsyn till individens egna val.

Resultat från en svensk klusterrandomiserad studie visar till exempel att strukturerad preventivmedelsrådgivning ökade användningen av LARC på samtliga mottagningar och minskade signifikant antalet oönskade graviditeter på abortmottagningar vid uppföljning efter tolv månader (11). Liknande resultat har även rapporterats i andra svenska studier (70). Det tyder på att kvinnor i högre utsträckning väljer LARC om de fått evidensbaserad information om dess effektivitet och användning. Givet LARC:s högre effektivitet och lägre risk för användarfel (4-6), finns det potential att ytterligare främja dess användning.

Det är också viktigt att inkludera möjliga partners i preventivmedelsrådgivningen (61, 71). I dagsläget saknas en naturlig plats för att inkludera pojkar och män i preventivmedelstjänster samt sexuell hälsa (18, 35, 36). Dock är det även viktigt att pojkar och män har möjlighet att också få egen relevant preventivmedelsrådgivning, med till exempel kondomer och sterilisering, så att ansvaret att förebygga oönskade och oplanerade graviditeter delas.

Utred behovet av riktade insatser

Det är viktigt att fortsätta ett gott preventivt arbete för att minska oplanerade graviditeter i Stockholms län. Att vi ser skillnader mellan socioekonomiska grupper i både preventivmedelsexpediering och abortfrekvens (52), indikerar att preventivmedelstjänster når olika grupper i ojäm utsträckning. Att bättre förstå olika gruppers behov och vilka barriärer de möter, skulle kunna hjälpa oss att utveckla insatser som säkerställer mer jämlik användning av vården.

Subventionen av preventivmedel för unga syftar till att eliminera ekonomiska barriärer för preventivmedel. Dock visar den nationella utvärderingen av subventionen att skillnaderna innan och efter införandet inte skiljde sig betydligt i områden med många migranter (18). En effektutvärdering med fokus på jämlikhet har dock inte gjorts. Det är särskilt viktigt att nå alla grupper som är i behov av preventivmedel, såsom personer med migrationsbakgrund och socioekonomiskt svagare grupper. Om det finns grupper som inte gynnas i samma utsträckning som andra av subventionen, bör detta utredas vidare för att förstå varför och reducera potentiella andra barriärer.

Det kan vara relevant att vidare utvärdera subventioneringen av preventivmedel för kvinnor över 25 år, särskilt för att identifiera om detta skulle kunna minska barriärer för preventivmedelsanvändning i socioekonomiskt utsatta grupper. Eftersom kostnad endast har rapporterats vara ett hinder för en liten andel av den fertila befolkningen (36), är det dock viktigt att potentiella effekter av en sådan insats utreds, tillsammans med en hälsoekonomisk analys.

Referenser

1. 1177. Skydd mot graviditet. Region Stockholm. <https://www.1177.se/Stockholm/liv--halsa/sexuell-halsa/skydd-mot-graviditet/>.
2. United Nations Department of Economic and Social Affairs: Population Division. Contraceptive Use by Method 2019: Data Booklet 2019. Available from: https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2020/Jan/un_2019_contraceptiveusebymethod_databooklet.pdf.
3. World Health Organization Department of Reproductive Health and Research (WHO/RHR), Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (CCP), Knowledge SUCCESS. Family Planning - A global handbook for providers (2022 update). Baltimore and Geneva: CCP and WHO; 2022.
4. Winner B, Peipert JF, Zhao Q, Buckel C, Madden T, Allsworth JE, et al. Effectiveness of long-acting reversible contraception. *N Engl J Med*. 2012;366(21):1998-2007.
5. Hubacher D, Spector H, Monteith C, Chen PL. Not seeking yet trying long-acting reversible contraception: a 24-month randomized trial on continuation, unintended pregnancy and satisfaction. *Contraception*. 2018;97(6):524-32.
6. Cameron ST, Glasier A, Chen ZE, Johnstone A, Dunlop C, Heller R. Effect of contraception provided at termination of pregnancy and incidence of subsequent termination of pregnancy. *BJOG*. 2012;119(9):1074-80.
7. Trussell J. Contraceptive failure in the United States. *Contraception*. 2011;83(5):397-404.
8. Heino A, Gissler M. Aborter i Norden 2019. Institutet för hälsa och välfärd; 2021.
9. Hellström A, Gemzell Danielsson K, Kopp Kallner H. Trends in use and attitudes towards contraception in Sweden: results of a nationwide survey. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2019;24(2):154-60.
10. Socialstyrelsen, Statistikdatabas, <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/statistikdatabasen/>.
11. Emtell Iwarsson K, Envall N, Bizjak I, Bring J, Kopp Kallner H, Gemzell-Danielsson K. Increasing uptake of long-acting reversible contraception with structured contraceptive counselling: cluster randomised controlled trial (the LOWE trial). *BJOG*. 2021;128(9):1546-54.
12. Hognert H, Skjeldestad FE, Gemzell-Danielsson K, Heikinheimo O, Milsom I, Lidegaard O, et al. High birth rates despite easy access to contraception and abortion: a cross-sectional study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2017;96(12):1414-22.
13. Kopp Kallner H, Thunell L, Brynhildsen J, Lindeberg M, Gemzell Danielsson K. Use of Contraception and Attitudes towards Contraceptive Use in Swedish Women--A Nationwide Survey. *PLoS One*. 2015;10(5):e0125990.
14. Lindh I, Skjeldestad FE, Gemzell-Danielsson K, Heikinheimo O, Hognert H, Milsom I, et al. Contraceptive use in the Nordic countries. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2017;96(1):19-28.
15. Nilsson A, Ahlborg T, Bernhardsson S. Use of non-medical contraceptive methods: a survey of women in western Sweden. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2018;23(6):400-6.

16. Envall N, Wallström T, Gemzell Danielsson K, Kopp Kallner H. Use of contraception and attitudes towards contraceptive use in Swedish women: an internet-based nationwide survey. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2022;27(5):409-17.
17. Kunskapsstöd för vårdgivare- Antikonception [Internet]. Region Stockholm; 2024. [cited 2024 Aug 30] Available from: <https://kunskapsstodforvardgivare.se/omraden/kvinnosjukdomar-och-forlossning/riktlinjer-for-bmm/barnmorskemottagning/antikonception/riktlinjer/antikonception>
18. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Kostnadsfria preventivmedel till unga - En uppföljning av satsningen på kvinnors hälsa. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2020. .
19. Årsrapport Barnmorskemottagningarna i Stockholms län 2021 Ansvarig utgivare: Mödrahälsovårdsenheten Region Stockholm <https://kunskapsstodforvardgivare.se/download/18.7be5b7f4182e91609ae11962/1663323868711/Arssrapport%20modrahalsovard%202022.pdf>.
20. Region Stockholm, Vårdgivarguiden, Regelverk för rapportering av vårdkontakter 2023, Diarienummer: HSN 2022-1521, <https://vardgivarguiden.se/globalassets/administration/verksamhetsadministration/rapportera/vardinformatik/regelverk/regelverk-for-rapportering-av-varldkontakter-2023.pdf>
21. Region Stockholm, Vårdgivarguiden, Preventivmedelssubventioner till ungdomar, Diarienummer: HSN 2022-0865, <https://vardgivarguiden.se/globalassets/administration/verksamhetsadministration/lakemedel/lakemedelssubventioner/apoteksaktorer/preventivmedelssubvention-ungdomar.pdf>.
22. Läke-medelsverket, Antikonception - behandlingsrekommendation, 2014, <https://www.lakemedelsverket.se/globalassets/dokument/behandling-och-forskrivning/behandlingsrekommendationer/behandlingsrekommendation/behandlingsrekommendation-antikonception.pdf>.
23. Folkhälsomyndigheten. Nationell strategi för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) – En god, jämlik och jämställd sexuell och reproduktiv hälsa i hela befolkningen. Stockholm; 2020.
24. Hognert H, Skjeldestad FE, Gemzell-Danielsson K, Heikinheimo O, Milsom I, Lidegaard O, et al. Ecological study on the use of hormonal contraception, abortions and births among teenagers in the Nordic countries. *BMJ Open*. 2018;8(10):e022473.
25. Skoglund C, Kopp Kallner H, Skalkidou A, Wikström AK, Lundin C, Hesselman S, et al. Association of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder With Teenage Birth Among Women and Girls in Sweden. *JAMA Netw Open*. 2019;2(10):e1912463.
26. 1177. Befruktning. Region Stockholm. <https://www.1177.se/Stockholm/barn--gravid/graviditet/om-graviditeten/befruktning/>.
27. The National Board of Health and Welfare. Statistik om aborter, Art.nr: 2020-6-6806. 2020.
28. Lindh I, Hognert H, Milsom I. The changing pattern of contraceptive use and pregnancies in four generations of young women. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2016;95(11):1264-72.
29. Emtell Iwarsson K, Larsson EC, Gemzell-Danielsson K, Essén B, Klingberg-Allvin M. Contraceptive use among migrant, second-generation migrant and non-migrant

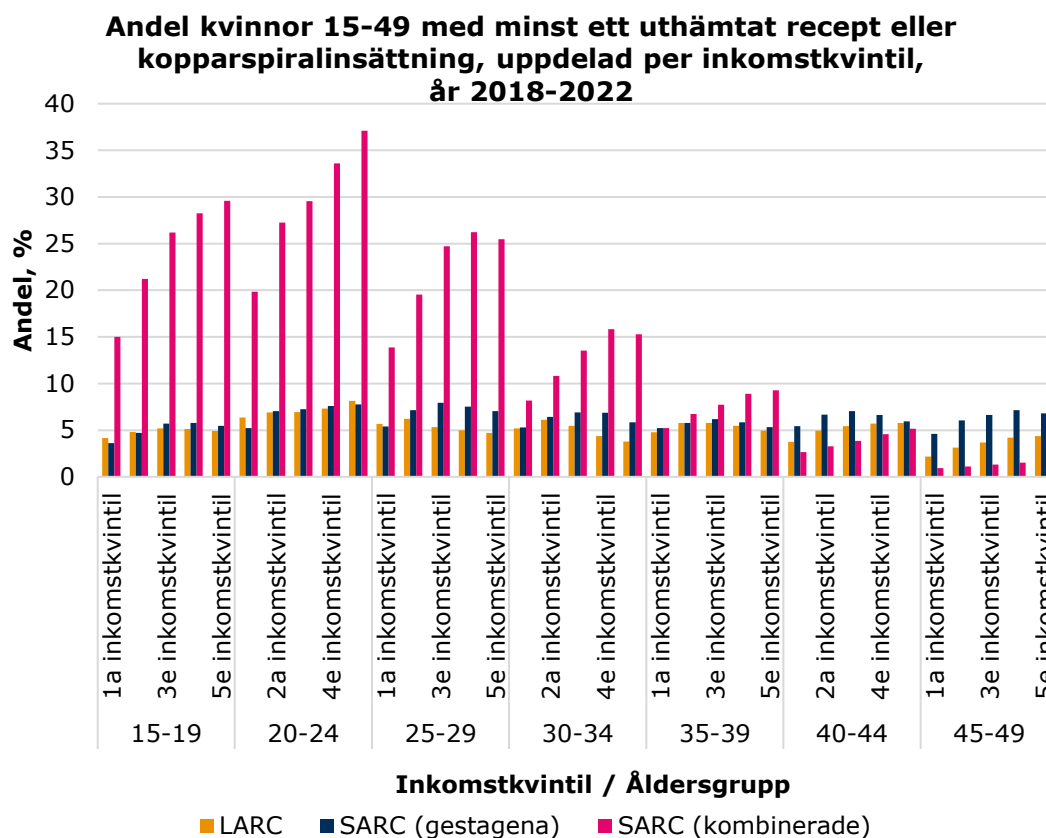
- women seeking abortion care: a descriptive cross-sectional study conducted in Sweden. *BMJ Sex Reprod Health*. 2019.
30. Emtell Iwarsson K, Larsson EC, Bizjak I, Envall N, Kopp Kallner H, Gemzell-Danielsson K. Long-acting reversible contraception and satisfaction with structured contraceptive counselling among non-migrant, foreign-born migrant and second-generation migrant women: evidence from a cluster randomised controlled trial (the LOWE trial) in Sweden. *BMJ Sex Reprod Health*. 2022;48(2):128-36.
 31. Kolak M, Löfgren C, Hansson SR, Rubertsson C, Agardh A. Immigrant women's perspectives on contraceptive counselling provided by midwives in Sweden - a qualitative study. *Sex Reprod Health Matters*. 2022;30(1):2111796.
 32. The Public Health Agency of Sweden. Contraceptive use among women with migration experience, Article number 23200, <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/p/preventivmedelsanvandning-bland-kvinnor-med-migrationserfarenhet-/?pub=127794>. 2023.
 33. Gozzi P, Persson M, Nielsen A, Kilander H, Kågesten AE, Iwarsson KE, et al. Contraceptive access and use among women with migratory experience living in high-income countries: a scoping review. *BMC Public Health*. 2024;24(1):2569.
 34. Folkhälsomyndigheten. Ungas hälsa, relationer och sexliv- Resultat från UngKAB23. En enkätstudie om ungas sexuella och reproduktiva hälsa och rättigheter. Stockholm: Folkhälsomyndigheten (FoHM); 2025.
 35. Folkhälsomyndigheten. Sexualitet och hälsa bland unga i Sverige: UngKAB15 – en studie om kunskap, attityder och beteende bland unga 16-29 år. Stockholm: Folkhälsomyndigheten (FoHM); 2017.
 36. Folkhälsomyndigheten. Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) i Sverige 2017– Resultat från befolkningsundersökningen SRHR2017. Stockholm: Folkhälsomyndigheten (FoHM); 2019.
 37. Socialstyrelsen. Statistik om läkemedel 2019. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020 Apr 2. Report No.: 2020-4-6707.
 38. Region Stockholm. Vårdgivarguiden: Läkemedelssubventionen [Internet]. Stockholm: Region Stockholm; 2024.
 39. Myndigheten för vård och omsorgsanalys. KptuR.
 40. Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering. Effekter av att subventionera p-piller för tonåringar. Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU); 2009.
 41. Sydsjö A, Sydsjö G, Bladh M, Josefsson A. Reimbursement of hormonal contraceptives and the frequency of induced abortion among teenagers in Sweden. *BMC Public Health*. 2014;14:523.
 42. World Health Organization. Health literacy [Internet]. 2024 Aug 5 [cited 2024 Nov 11]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/health-literacy>.
 43. Socialstyrelsen. Tillståndet och utvecklingen inom hälso-, sjuk- och tandvård. Lägesrapport; 2024. 2024-3-8992.
 44. Väisänen H. The association between education and induced abortion for three cohorts of adults in Finland. *Popul Stud (Camb)*. 2015;69(3):373-88.

45. Nkulu Kalengayi FK, Hurtig AK, Ahlm C, Ahlberg BM. "It is a challenge to do it the right way": an interpretive description of caregivers' experiences in caring for migrant patients in Northern Sweden. *BMC Health Serv Res.* 2012;12:433.
46. Folkhälsomyndigheten. Migration, sexuell hälsa och hiv-och STI-prevention- en kartläggning av unga migranternas sexuella och reproduktiva hälsa och rättigheter i Sverige. Folkhälsomyndigheten (FoHM); 2020.
47. World Health Organization, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health & Center for Communication Programs, . Family Planning - A global handbook for providers, 2022 edition. Baltimore and Geneva; 2022. .
48. Diaz A. Vård på (o)lika villkor – en kunskapsöversikt om sociala skillnader i svensk hälso- och sjukvård. In: Landsting Sko, editor. Ljungbergs Tryckeri 2009.
49. Hamed S, Bradby H, Ahlberg BM, Thapar-Björkert S. Racism in healthcare: a scoping review. *BMC Public Health.* 2022;22(1):988.
50. Hamed S, Thapar-Björkert S, Bradby H, Ahlberg BM. Racism in European Health Care: Structural Violence and Beyond. *Qual Health Res.* 2020;30(11):1662-73.
51. Stockholms stad. Områdesfakta – statistik om stadens delområden [Internet]. Stockholm: Stockholms stad; 2024. [uppdaterad 2024-10-02; citerad 2024-12-02] Hämtad från: <https://start.stockholm/om-stockholms-stad/utredningar-statistik-och-fakta/statistik/omradesfakta/>.
52. Lichtenstein D, Brandén G, Kosidou K, Magnusson C. Aborter i Stockholm. En kartläggning av aborter genomförda i Stockholms län år 2018–2022. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm; 2024. Rapport 2024:7. .
53. Falk G, Ivarsson AB, Brynhildsen J. Teenagers' struggles with contraceptive use - what improvements can be made? *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2010;15(4):271-9.
54. Helström L, Odling V, Zätterström C, Johansson M, Granath F, Correia N, et al. Abortion rate and contraceptive practices in immigrant and native women in Sweden. *Scand J Public Health.* 2003;31(6):405-10.
55. Region Stockholm. 1177: Inera; 2024 [26:e november 2024]. Available from: <https://www.1177.se/Stockholm/>. .
56. UMO. UMO.se: Sveriges regioner; [26:e november 2024]. Available from: <https://www.umo.se/>. .
57. Youmo. Youmo: Myndigheten för Ungdoms- och CIVILsamhällesfrågor, Sveriges Regioner; [Available from: <https://www.youmo.se/en/>]. .
58. Mödrahälsovårdsenheten. Preventivguiden Stockholm: Region Stockholm; 2024 [Available from: <https://www.preventivguiden.se/sv/>]. .
59. Skolinspektionen. Sex och samlevnadsundervisning. Diarienummer 400-2016-11445. 2018.
60. UNESCO, UNAIDS, UNFPA, UNICEF, UN Women, WHO. International technical guidance on sexuality education: an evidence-informed approach. Paris: UNESCO Publishing; 2018.
61. World Health Organization, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health & Center for Communication Programs, . Family Planning - A global handbook for providers, 2022 edition. Baltimore and Geneva; 2022.

62. Splitvision Research. Rätten att kunna få vara sitt starkaste jag när man är som mest utsatt: Utvärdering av Tolkbart – en SRHR-utbildning för tolkar. Västra Götalandsregionen: Kunskapscentrum för sexuell hälsa; Kompetenscentrum våld i nära relationer Göteborgs Stad; 2024.
63. Region Stockholm. Tolkbolag – Tolkcentralen [Internet]. Stockholm: Region Stockholm; [citerat 2025-04-28]. Tillgänglig från: <https://www.tolkcentralen.regionstockholm.se/tolkbolag/>.
64. Kilander H. Contraceptive counselling in abortion care. Linköping: Linköping University; 2018. Medical Dissertation No. 1631.
65. Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG) Antikonception FARG. Kvalitetsmål Antikonception FARG 2019 [Available from: <https://www.sfog.se/media/337029/kvalitetsmaal-antikonception-farg-2020.pdf>].
66. Socialstyrelsen. Statistikdatabas för aborter <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/alla-statistikamnen/aborter/>; Socialstyrelsen; 2022 [Available from: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/allastatistikamnen/aborter/>].
67. Finnish Institute for Health and Welfare. Induced abortions 2023. 2024. .
68. Justad-Berg RT, Eskild A, Strøm-Roum EM. Characteristics of women with repeat termination of pregnancy: a study of all requests for pregnancy termination in Norway during 2007–2011. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2015;94(11):1175-80. .
69. Svensk Förening För Obstetrik och Gynekologi, Kvalitetsmål Antikonception, FARG, <https://www.sfog.se/media/337029/kvalitetsmaal-antikonception-farg-2020.pdf>.
70. Kilander H, Weinryb M, Vikström M, Petersson K, Larsson EC. Developing contraceptive services for immigrant women postpartum - a case study of a quality improvement collaborative in Sweden. *BMC Health Serv Res*. 2022;22(1):556.
71. Kero A, Lalos A. Kvinnors och mäns upplevelser av abort. In: Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG) Arbets- och Referensgruppen för Familjeplanering, editor. Inducerad abort: Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG);, 2018.

Bilagor

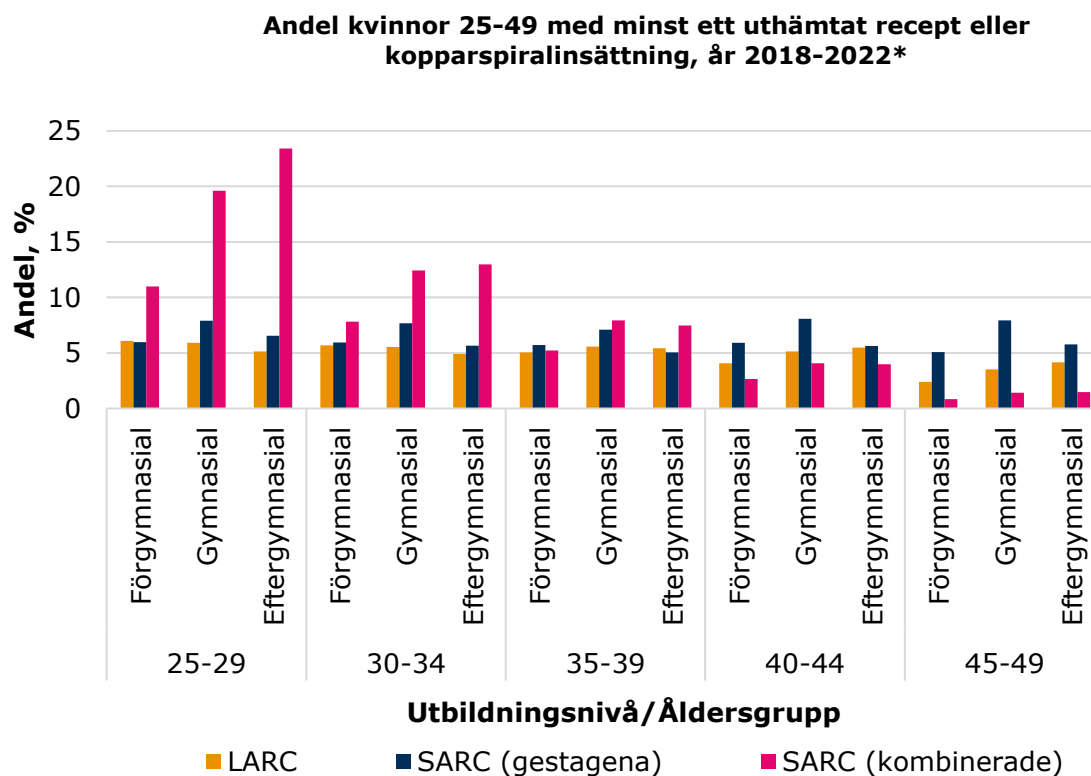
Bilaga 1. Preventivmedel och inkomst



Figur A. Andel (%) flickor och kvinnor i åldern 15-49 år med minst ett uthämtat preventivmedelsrecept eller en kopparspiralinsättning, uppdelat efter inkomstgrupp och ålder och typ av recept, i Stockholms län år 2018-2022.

Källa: VAL-databaserna och SCB.

Bilaga 2. Preventivmedel och utbildning



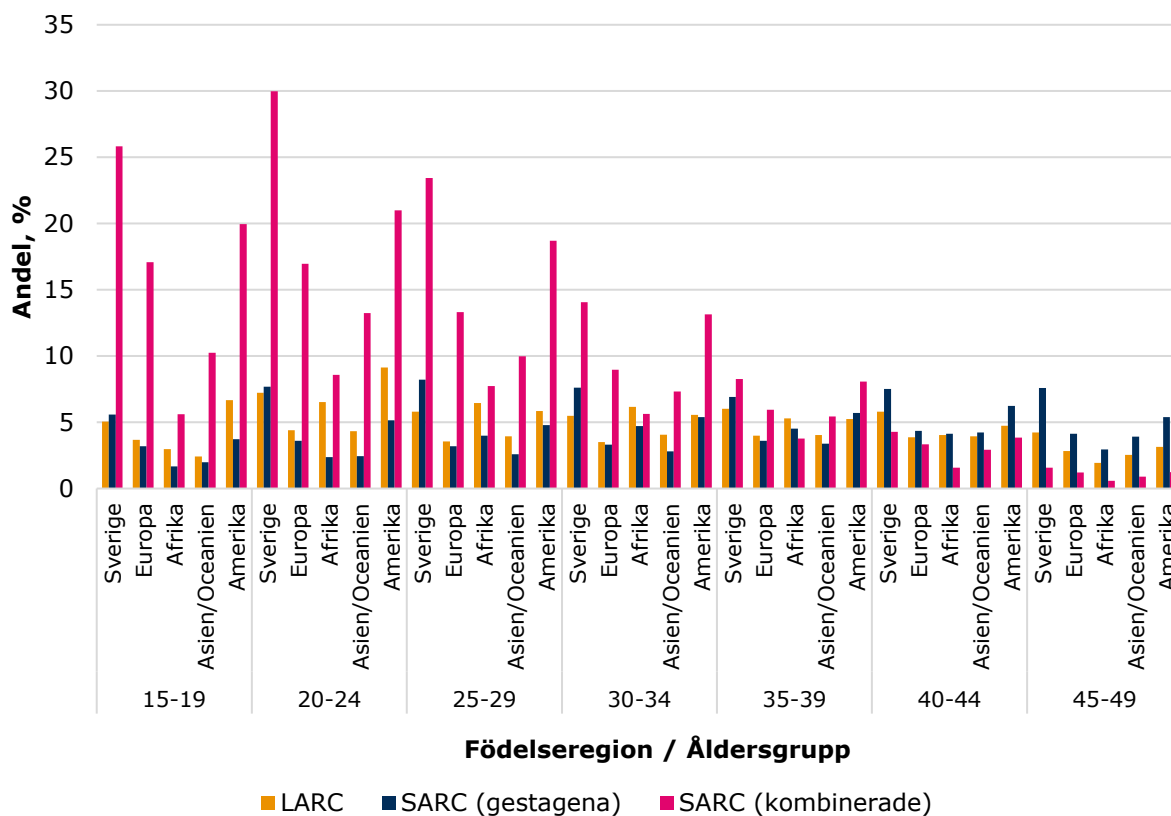
Figur B. Andel (%) kvinnor i åldern 25-49 år* med minst ett uthämtat preventivmedelsrecept eller en kopparspiralinsättning, uppdelat efter utbildningsnivå och ålder samt typ av recept, i Stockholms län år 2018-2022.

Källa: VAL-databaserna och SCB

* Kvinnor och flickor under 25 år har uteslutits ur analysen.

Bilaga 3. Preventivmedel och födelseregion

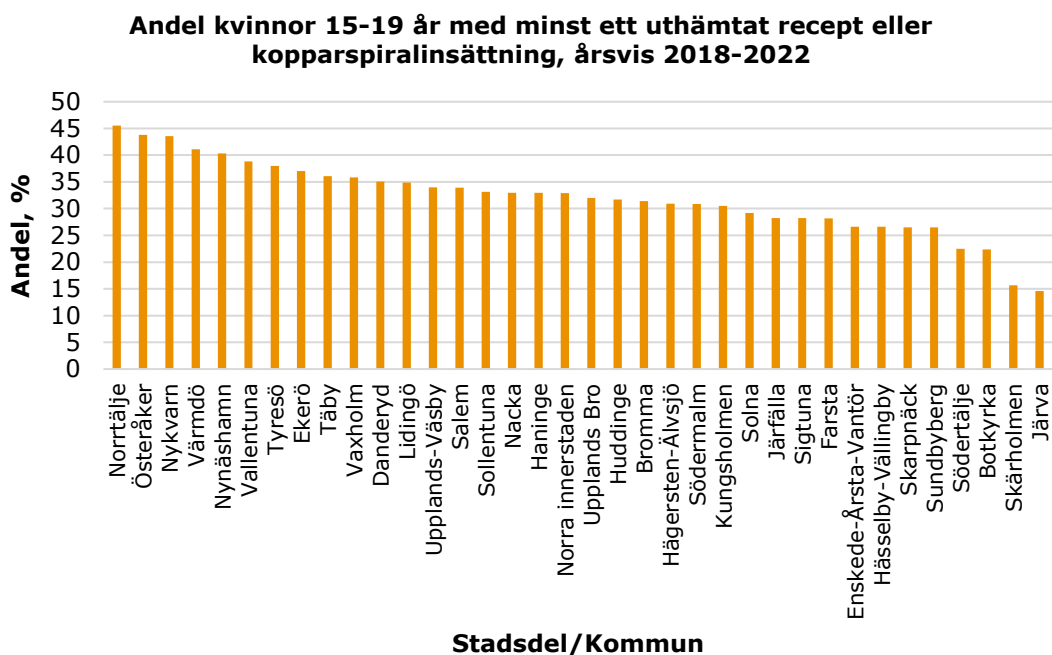
Andel kvinnor 15-49 med minst ett uthämtat preventivmedelsrecept eller kopparspiralinsättning, uppdelad per födelseregion, år 2018-2022



Figur C. Andel (%) flickor och kvinnor i åldern 15-49 år med minst ett uthämtat preventivmedelsrecept eller en kopparspiralinsättning, uppdelat efter födelseregion och ålder samt typ av recept, i Stockholms län år 2018-2022.

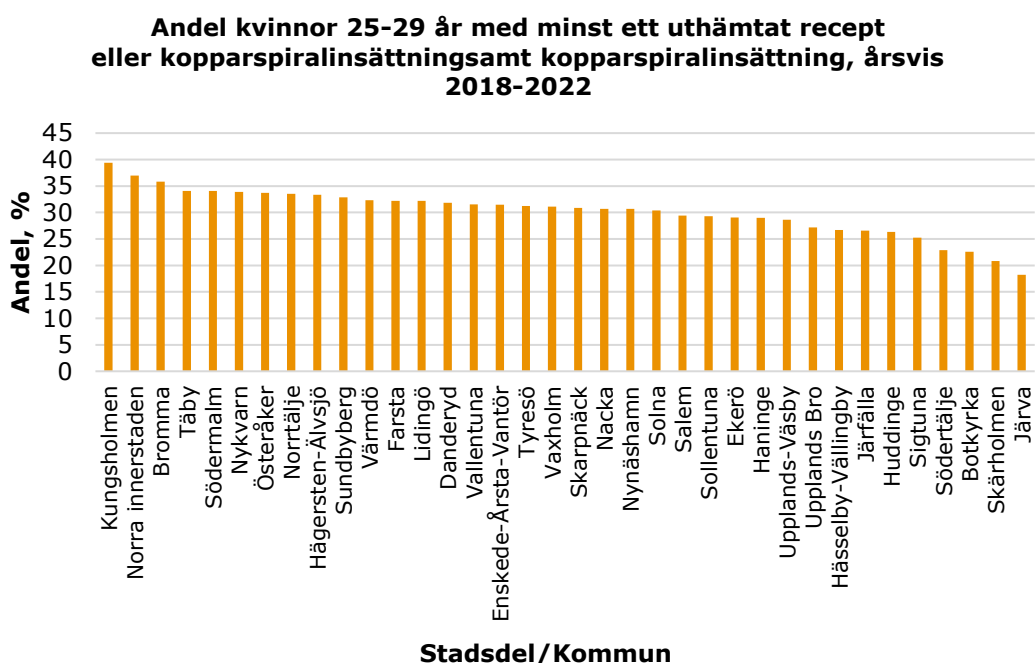
Källa: VAL-databaserna och SCB

Bilaga 4. Preventivmedel och stadsdel/kommun



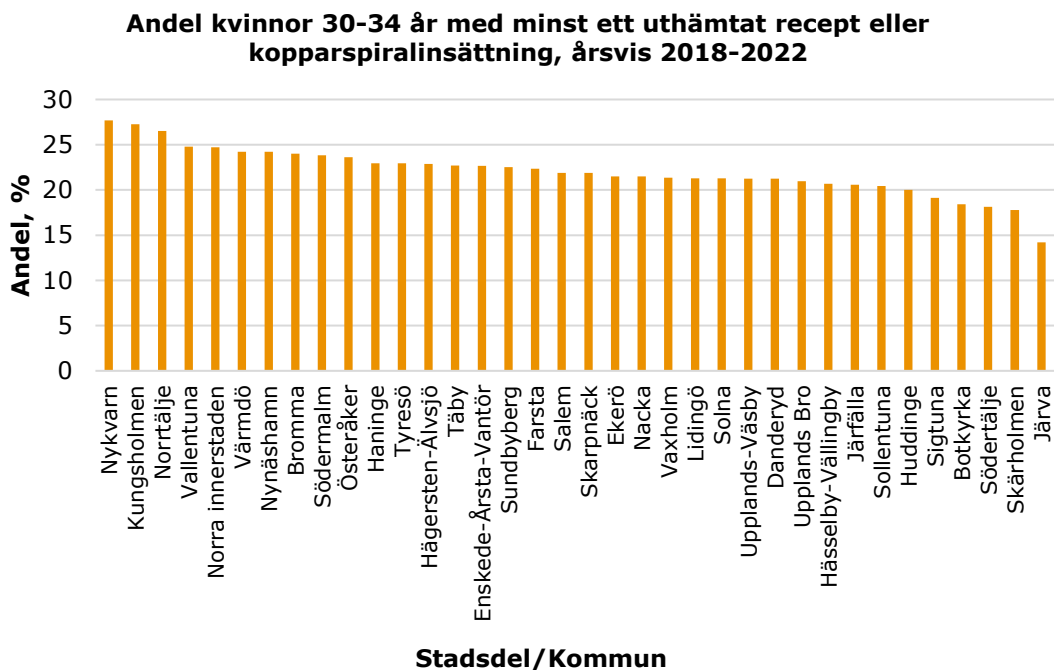
Figur D. Andel (%) flickor och kvinnor i åldern 15–19 år med minst ett uthämtat preventivmedel eller en kopparspiralinsättning, uppdelat efter stadsdelar och kommuner, i Stockholms län år 2018–2022.

Källa: VAL-databaserna och SCB.



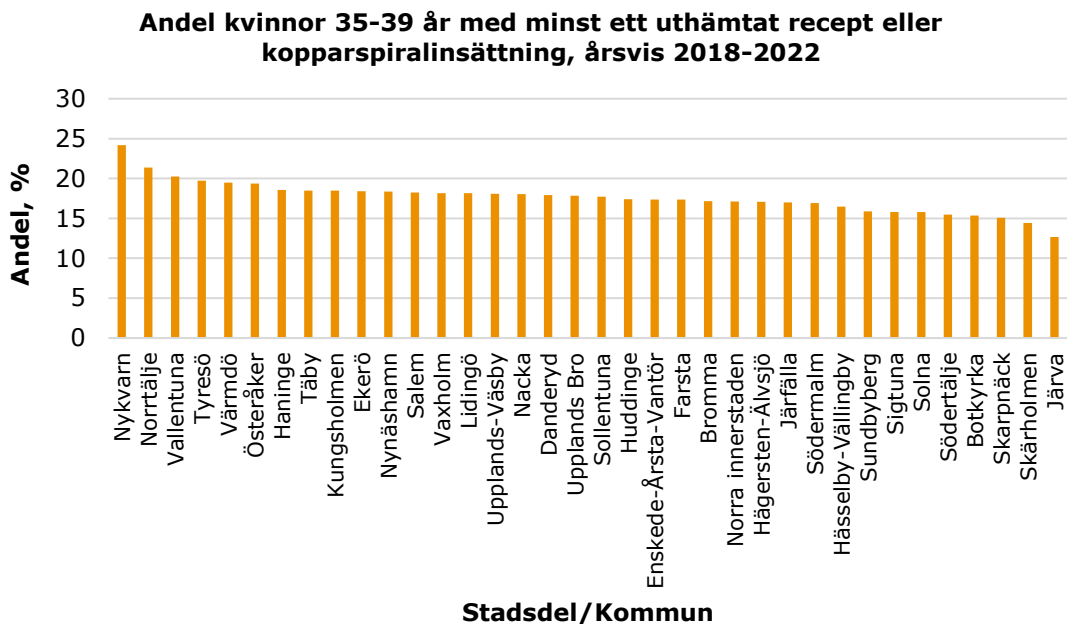
Figur E. Andel (%) kvinnor i åldern 25–29 år med minst ett uthämtat preventivmedel eller en kopparspiralinsättning, uppdelat efter stadsdelar och kommuner, i Stockholms län år 2018–2022.

Källa: VAL-databaserna och SCB.



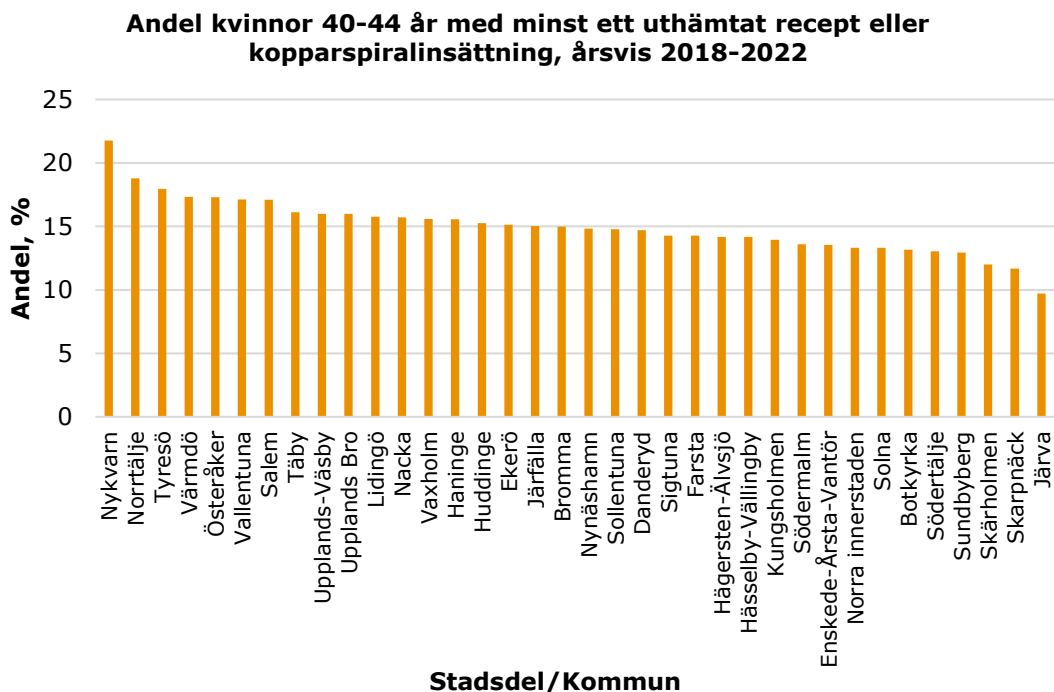
Figur F. Andel (%) kvinnor i åldern 30-34 år med minst ett uthämtat preventivmedel eller en kopparspiralinsättning, uppdelat efter stadsdelar och kommuner, i Stockholms län år 2018-2022.

Källa: VAL-databaserna och SCB.



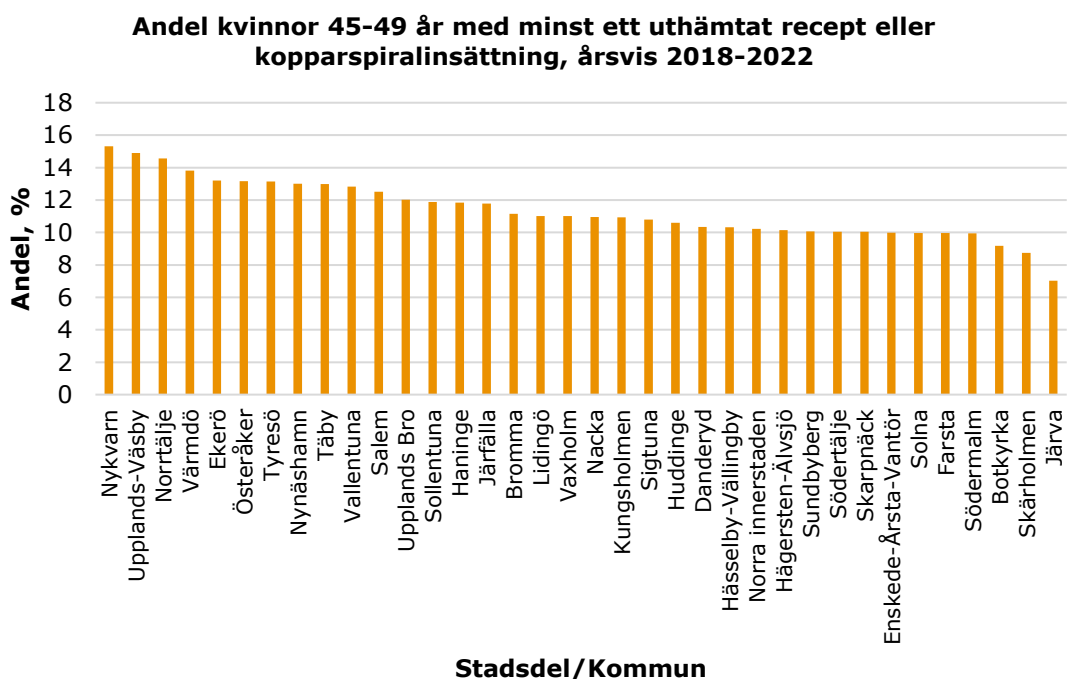
Figur G. Andel (%) kvinnor i åldern 35-39 år med minst ett uthämtat preventivmedel eller en kopparspiralinsättning, uppdelat efter stadsdelar och kommuner, i Stockholms län år 2018-2022.

Källa: VAL-databaserna och SCB.



Figur H. Andel (%) kvinnor i åldern 40-44 år med minst ett uthämtat preventivmedel eller kopparspiralinsättning, uppdelat efter stadsdelar och kommuner, i Stockholms län år 2018-2022.

Källa: VAL-databaserna och SCB.



Figur I. Andel (%) kvinnor i åldern 45-49 år med minst ett uthämtat preventivmedel eller en kopparspiralinsättning, uppdelat efter stadsdelar och kommuner, i Stockholms län år 2018-2022.

Källa: VAL-databaserna och SCB.

ISBN 978-91-988022-7-6



Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin
REGION STOCKHOLM