



Aborter i Stockholm

En kartläggning av aborter genomförda i
Stockholms län år 2018–2022



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: 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.



Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin

Box 45436, 104 31 Stockholm

ces.sls@regionstockholm.se

Rapport 2024:7

ISBN 978-91-988022-3-8

Författare: Désirée Lichtenstein, Gunnar Brandén, Kyriaki Kosidou, Cecilia Magnusson

Språkgranskning: Mika Gårdinger

Layout: Viktoria Jonze

Omslagsfoto: Michael Erhardsson/Mostphotos

Stockholm november 2024

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

Förord

Möjligheten till abort är central för att uppnå en god och jämlik hälsa i befolkningen. Oönskade graviditeter, som föranleder aborter, kan dock delvis förebyggas. För att stärka det preventiva arbetet har Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES) genomfört en kartläggning av aborter i Stockholms län under åren 2018 till 2022.

Trots att abortfrekvensen sjunkit under studieperioden kvarstår betydande skillnader mellan olika sociodemografiska grupper. Dessa skillnader visar på ett fortsatt behov av förebyggande insatser för att minska oönskade graviditeter – både på samhällsnivå och inom vården – för att säkerställa att alla grupper i befolkningen, oavsett utbildningsnivå, inkomst eller födelseland, har samma förutsättningar till en god reproduktiv hälsa.

Rapporten riktar sig till vårdgivare och beslutsfattare inom Region Stockholm och kan användas som underlag för att utveckla insatser och riktade åtgärder. Vi hoppas att den bidrar till en djupare förståelse för de utmaningar som finns och inspirerar till vidare arbete för att främja jämlik hälsa i länet.

Vi vill rikta ett särskilt tack till Socialstyrelsen för deras hjälp med uttag av nationella abortdata och värdefulla diskussionerna kring dessa, samt Regionalt programområde kvinnosjukdomar och förlossning och abortnätverket, båda i Region Stockholm, för konstruktiva synpunkter.



Henna Hasson

Verksamhetschef

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning.....	6
Sjunkande abortfrekvenser men stora socioekonomiska skillnader i Stockholms län	6
Behov av stärkt preventivt arbete för att minska oönskade graviditet	6
Begrepp och definitioner	7
Oplanerad graviditet	7
Önskad graviditet	7
Abort	7
Abortlagen	7
Abortfrekvens.....	7
Graviditetslängd vid abort.....	7
Abortmetoder	8
Medicinsk abort	8
Hemabort	8
Kirurgisk abort	8
Preventivmedel.....	8
Flickor och kvinnor	8
Bakgrund	10
Syfte.....	12
Metod	13
Datainsamling och studiepopulation	13
Utfallsmått.....	13
Antal aborter och abortfrekvens	13
Graviditetslängd vid abort.....	13
Typ av abort.....	14
Aborter per 1 000 levande födda	14
Sociodemografiska faktorer.....	14
Begränsningar i dataunderlaget	15
Statistiska analyser	16
Resultat	17
Aborter i Stockholms län	17
Åldersskillnader i abortfrekvens	17
Andra sociodemografiska skillnader i abortfrekvens	18
Utbildning och abortfrekvens.....	19
Inkomst och abortfrekvens.....	20
Födelseland och abortfrekvens	21

Civilstånd och sammanboende och abortfrekvens.....	22
Geografiska skillnader inom Stockholms län i abortfrekvens	22
Skillnader mellan län i abortfrekvens	23
Tidigare genomgången abort.....	24
Graviditetslängd vid abort	25
Abortmetod	25
Aborter per levande födda	27
Diskussion	29
Abortfrekvensen i Stockholm har sjunkit	29
Abortfrekvensen högst i åldern 25 till 34	29
Stora skillnader mellan sociodemografiska grupper	30
Många gör fler än en abort	31
Majoriteten av aborter görs tidigt i graviditeten	31
Hemaborter ökar, men abortmetoder skiljer sig mellan grupper	31
Data om graviditetsintention saknas	32
Slutsatser och rekommendationer	33
Rekommendationer för att minska oönskade graviditeter	33
Stärk primärvårdens preventiva arbete att förebygga oönskad graviditet ..	33
Stärk preventivmedelsrådgivning i samband med abortbesök	34
Utvärdera och säkerställ kvaliteten av abortvården	34
Utvärdera interventionen subventionerade preventivmedel	35
Fördjupa förståelsen och skapa inkluderande lösningar	35
Hela samhället kan hjälpa	35
Referenser	36
Bilagor	41
Bilaga 1. Jämförelse av antal aborter i Stockholms län i VAL-databaserna och Socialstyrelsens abortregister.....	41
Bilaga 2. Tabell över abortfrekvens efter bostadsområde	42

Sammanfattning

Sjunkande abortfrekvenser men stora socioekonomiska skillnader i Stockholms län

Mellan år 2018 och 2022 genomfördes cirka 10 000 aborter varje år i Stockholms län. Under denna femårsperiod minskade dock den årliga abortfrekvensen i länet, från 18,3 till 16,8 aborter per 1 000 flickor och kvinnor i åldrarna 15–49 år. Den lägsta noteringen (16,2 aborter) gjordes år 2021.

Abortfrekvensen varierar markant mellan olika åldersgrupper, och är högst bland kvinnor i åldrarna 25–34 år och lägst bland tonåringar.

Abortfrekvensen skiljer sig kraftigt åt mellan sociodemografiska grupper. Kvinnor som inte har en avslutad gymnasieutbildning har mer än dubbelt så hög abortfrekvens som de med en eftergymnasial utbildning. Det finns liknande skillnader mellan individer med lägst respektive högst familjeinkomst. Aborter är vanligast bland flickor och kvinnor födda utanför Europa, och nästan lika vanligt hos de födda i Sverige, medan flickor och kvinnor födda i andra europeiska länder än Sverige har en väsentligt lägre abortfrekvens.

Medicinsk abort i hemmet är den vanligaste metoden för att göra abort i Stockholms län. Majoriteten av aborter utförs tidigt i graviditeten, före vecka 9. Mellan 2018 och 2022 minskade antalet kirurgiska aborter medan hemaborter ökade. Covid-19-pandemin kan ha haft betydelse för ökningen av hemaborter.

En betydande andel, en av tre, av de som gjorde abort år 2022 hade gjort minst en tidigare abort sedan år 2018.

Behov av stärkt preventivt arbete för att minska oönskade graviditeter

Rapporten visar att det finns ett behov av att stärka det preventiva arbetet för att minska oönskade graviditeter i Stockholms län. Det understryks av de skillnader som observerats mellan olika sociodemografiska grupper. I den här rapporten identifierar vi fem insatsområden inom vården i arbetet med att förebygga oönskade graviditeter:

1. Stärk primärvårdens preventiva arbete genom att säkerställa tillgång till effektiv rådgivning och preventivmedel för alla individer i fertil ålder och målgruppsanpassad information.
2. Stärk preventivmedelsrådgivning i samband med abortbesök.
3. Utvärdera och säkerställ kvaliteten på abortvården.
4. Utvärdera interventionen subventionerade preventivmedel, för att säkerställa att den bidrar till jämlik hälsa.
5. Fördjupa förståelsen för skillnaderna mellan olika grupper och utveckla inkluderande och effektiva insatser för att förebygga oönskade graviditeter.

Utöver dessa rekommendationer betonar rapporten vikten av insatser på samhällsnivå, till exempel genom skolundervisning i ämnet ”sex, samtycke och relationer”.

Begrepp och definitioner

Oplanerad graviditet

En oplanerad graviditet är en graviditet hos en individ som inte planerar att ha (fler) barn eller en graviditet som inträffar tidigare än man tänkt (1). En oplanerad graviditet kan vara önskad eller oönskad. Förekomsten av oplanerade graviditeter är svår att mäta eftersom graviditetsplanering är komplext (1). Graviditeter som slutar med abort antas generellt vara oplanerade, men även planerade graviditeter avslutas ibland med abort, till exempel vid fosterskador eller sjukdom hos den gravida.

Oönskad graviditet

En oönskad graviditet är en graviditet som *den gravida individen* inte vill ha. Men eftersom omständigheter förändras (såsom att fosterskador diagnostiseras eller att den gravidas sociala situation ändras), kan en oönskad graviditet givetvis bli önskad och vice versa. I forskning mäts ofta huruvida graviditeten är önskad eller inte vid tidpunkten av befruktning (1). I Sverige antas de flesta oönskade graviditeter resultera i abort.

Abort

Abort definieras som ett frivilligt avbrytande av en graviditet. Det är en säker medicinsk behandling, och allvarliga fysiska komplikationer är sällsynta (2). En abort kan dock vara smärtsam och det finns en liten risk för komplikationer såsom blödning, infektion och fortsatt graviditet (3-5). Även långvariga psykiska komplikationer är ovanliga, men en del patienter upplever oro, sorg eller ångest i samband med aborten, trots säkerhet i beslutet (6). Den vanligaste känslan efter en abort är dock lättnad (6). Alla abortsökande erbjuds kontakt med kurator för stöd och rådgivning (7).

Abortlagen

Den svenska abortlagen antogs 1974 och tillåter abort på begäran av den gravida till vecka 18+0 (8). Därefter kan man söka tillstånd via Socialstyrelsens rättsliga råd fram till att fostret är livsdugligt, och särskilda skäl till aborten måste anges. Tillstånd ges inte efter vecka 22+0, förutom i specifika fall när fostret har svåra skador som påverkar dess livsduglighet (7). Om graviditeten resulterar i allvarlig fara för den gravidas liv eller hälsa kan graviditeten avbrytas när som helst under graviditeten, en medicinsk åtgärd för att rädda den gravidas liv (det definieras inte som en abort) (7). I de fall fostret är livsdugligt sätts insatser in för att rädda dennes liv.

Abortfrekvens

I rapporten använder vi begreppet *abortfrekvens* för att beskriva förekomsten av aborter. Abortfrekvens är definierat som antalet nya aborter per 1 000 flickor och kvinnor i fertil ålder och år (antal aborter per 1 000 personår). Med "fertil ålder" avser vi åldrarna 15–49 år, ett åldersspann vi valt för att möjliggöra jämförelse med annan abortstatistik.

Graviditetslängd vid abort

Graviditetslängden vid en abort beräknas från sista mensens första dag, eller med hjälp av en ultraljudsundersökning. Graviditetslängden anges som antalet fullgångna graviditetsveckor plus dagar. Om graviditeten avbryts sex veckor och två dagar sedan senaste mensens första dag beskrivs det som graviditetsvecka (v) 6+2.

Abortmetoder

Medicinsk abort

Vid en medicinsk abort avbryts graviditeten med hjälp av läkemedel. Det kan göras när som helst under graviditeten. I Sverige används en kombination av läkemedlen mifepriston och misoprostol vid en medicinsk abort. Proceduren innefattar två steg, och innebär att patienten först får mifepriston som motverkar det graviditetsbevarande hormonet progesteron och en till tre dagar senare misoprostol som gör att livmodern får sammandragningar och stöter ut innehållet (5). För att säkerställa att aborten lyckats rekommenderas patienten utföra ett graviditetstest några veckor senare. Aborter efter vecka 15+0 utförs endast medicinskt.

Hemabort

En medicinsk hemabort inleds på sjukhuset med läkemedlet mifepriston. Patienten tar sedan läkemedlet misoprostol i hemmet en till tre dagar senare. En hemabort får göras fram till vecka 10+0.

Kirurgisk abort

En kirurgisk abort innebär en instrumentell utrymning av livmodern under lokalbedövning eller i narkos, vanligtvis genom vakuumaspiration. Livmoderinnehållet suges ut med en smal kateter efter att livmoderhalsen vidgats (4). Kirurgiska aborter utförs huvudsakligen under första trimestern (innan v 12+0).

Preventivmedel

Preventivmedel är metoder för att förhindra en graviditet. De innefattar bland annat kopparspiral, kondom, sterilisering och hormonella preventivmedel såsom kombinerade p-piller, hormonspiral och p-stav. Hormonella preventivmedel och kopparspiral brukar delas upp i långverkande reversibla preventivmedel (LARC, long acting reversible contraceptives) innefattande hormonspiral, p-stav och kopparspiral, och kortverkande reversibla preventivmedel (SARC, short acting reversible contraceptives) innefattande kombinerade p-piller, gestagena mellandos p-piller, mini-piller, p-plåster, vaginalring och p-spruta. LARC ger ett långvarigt skydd medan SARC kräver regelbunden användning för att förhindra en graviditet. Även mer osäkra metoder som säkra perioder och ”avbrutet samlag” brukar innefattas i begreppet preventivmedel. Metoder för att minska risken för en graviditet efter oskyddat samlag innefattar akut p-piller, eller ”dagen efter-piller”, och kopparspiral.

En del preventivmedel har andra användningsområden. Hormonella preventivmedel kan exempelvis användas för att motverka menstruationssmärta och kondomer minskar risken för könssjukdomar.

Vissa preventivmedel är mycket effektiva, det gäller i synnerhet spiral och sterilisering, medan andra är osäkra, såsom säkra perioder och avbrutet samlag. En oönskad och oplanerad graviditet kan uppstå när preventivmedel inte används, används felaktigt eller när preventivmedlet inte fungerar. Risken för misslyckad användning eller misslyckande av preventivmedlet är högre om man använder ett preventivmedel med lägre säkerhet.

Flickor och kvinnor

I rapporten benämner vi de individer som genomgår abort som *flickor och kvinnor*, trots att gruppen även inkluderar transpersoner och icke-binära. Rapporten bygger på registerinformation på individer med det juridiska könet kvinna, oavsett könsidentitet

(individens självupplevda kön). För att understryka att det handlar om minderåriga benämns 15–17-åringar som flickor.

Bakgrund

Reproduktiv hälsa definieras av FN som ett tillstånd av fullständigt fysiskt, mentalt och socialt välbefinnande i alla frågor som rör det reproduktiva systemet (9). Denna definition inkluderar rätten att bestämma *om*, *när* och *hur ofta* man vill reproducera, vilket innefattar information och tillgång till preventivmedel och abort i den utsträckning lagen tillåter. Svensk lagstiftning tillåter fri abort till graviditetsvecka 18+0 (8). Tillgången till säkra och lagliga aborter möjliggör ett säkert sätt att hantera oönskade graviditeter, vilket är en viktig förutsättning för kvinnors och flickors hälsa (10). Detta minskar risken för abortrelaterade komplikationer och dödsfall och stärker flickor och kvinnors autonomi över sina egna reproduktiva val.

Abort är vanligt i stora delar av världen. I USA har till exempel ungefär var fjärde kvinna genomgått en abort före 45 års ålder (11). I Sverige, som har de högsta abortsiffrorna i Norden, görs årligen runt 35 000 aborter varav 10 000 i Stockholms län (12-14).

Abort är en rättighet i Sverige och inte ett problem i sig – de aborter som görs behövs. Önskade graviditeter, som föranleder aborter, kan dock delvis förebyggas, vilket är ett av målen i den nationella strategin för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) (15).

Sedan 1990-talet har abortfrekvensen, det vill säga antalet aborter per 1 000 flickor och kvinnor, varit relativt konstant i Sverige, med en liten nedgång de senaste åren, enligt Socialstyrelsens data (13). Årligen görs cirka 18 aborter per 1 000 flickor och kvinnor i åldern 15–44 år i Sverige. Kvinnor i åldern 25–29 år gör flest aborter, följt av kvinnor i åldern 30–34 år. Tonårsaborter har minskat stadigt i Sverige sedan början av 2000-talet, och år 2022 gjordes drygt 8 aborter per 1 000 flickor och kvinnor i åldersgruppen 15–19 år.

Enligt data från Socialstyrelsen, sker majoriteten av aborter (61 procent) innan vecka 7+1, och nästan alla (94 procent), i första trimestern (till och med vecka 12+0) (13). Medicinska aborter är den vanligaste abortmetoden i Sverige, och av dessa är hemaborter vanligast. År 2021 var drygt 75 procent av alla aborter hemaborter, och 96 procent av samtliga aborter var medicinska (13). Aborter senare i graviditeten är vanligare att göra på sjukhus: av aborter efter vecka 9 var endast 13 procent hemaborter år 2022 (det är dock en ökning från 9 procent året innan) (13, 16). Nästan hälften (46 procent) av de som gjorde abort år 2022 hade genomgått minst en tidigare abort, varav knappt hälften genomgått två eller fler (17).

Socialstyrelsens abortregister, som ovanstående uppgifter baseras på, är dock begränsat. Registret består av inrapporterade data som lämnats på pappersblanketter av abortkliniker i samtliga regioner. Blanketterna tas emot via post för att sedan skannas in (14). Det är inte möjligt att koppla inrapporterade uppgifter till specifika kliniker, vilket förhindrar identifiering av dubbel-, utebliven eller bristfällig rapportering. Uppgifterna är avidentifierade och inkluderar endast information om individens ålder, region, eventuella tidigare genomgångna aborter eller graviditeter, graviditetslängd vid abort och typ av abort (14, 18).

Det är därmed svårt att följa upp abortvården med Socialstyrelsens abortregister. Registerdata har historiskt sett inte heller använts i studier om abort och jämlikhet i Sverige, utan man har förlitat sig på enkätundersökningar och till viss del intervjustudier (19). Ett exempel är en svensk intervjustudie från 2003 där 1 289 kvinnor på en abortklinik intervjuades. Intervjustudien visade att kvinnor med migrationserfarenhet hade högre sannolikhet att genomgå abort än kvinnor födda i Sverige (20). Medan enkätundersökningar och intervjustudier är värdefulla för att samla detaljerad

information, är registerdata viktig för att komplettera den informationen. Registerdata kan bidra till en mer fullständig bild av abortvården genom att inkludera totalbefolkningen, inklusive grupper som inte deltar i enkäter och intervjuer.

Från grannländerna Finland och Norge, där det finns nationella abortregister som möjliggjort registerforskning om abort, har registerstudier visat att kvinnor med migrationserfarenhet har en högre sannolikhet att genomgå abort jämfört med infödda kvinnor (21, 22). Den norska studien visade även att abort var vanligare bland kvinnor med kort utbildning (mindre än 10 år) jämfört med de med längre utbildning (mer än 12 år), samt vanligare bland flyktingar jämfört med arbetskraftsinvandrare (21).

I preventionsarbetet mot oönskade graviditeter är preventivmedel en central faktor. Enligt en internetbaserad enkätstudie från 2022 beräknas 17 procent av svenska kvinnor i fertil ålder som inte önskar bli gravida men är i behov av skydd, sakna preventivmedel (23). Tidigare upplevda biverkningar, främst psykiska, rädsla för hormonella metoder och misslyckande med användningen i praktiken nämns som några av anledningarna till icke-användandet (24, 25). Preventivmedelsanvändningen tycks också skilja sig mellan grupper. Det finns till exempel indikationer på att kvinnor som bor i låginkomstområden i Sverige har en lägre preventivmedelsanvändning än kvinnor i medel- och höginkomstområden (25). Vidare kan kvinnor med migrationserfarenhet påverkas i högre utsträckning av hinder i tillgången till preventivmedel, såsom låg tilltro till hälso- och sjukvårdspersonal, risk för rasism och diskriminering, låg kunskap om reproduktiv hälsa och svårigheter att navigera i hälso- och sjukvårdssystemet (26, 27).

I denna rapport har vi kartlagt förekomst av aborter i Stockholms län genom att sammankoppla abortdata från Region Stockholms vårdregister med sociodemografiska data. Kartläggningen ger en indikation på hur vanligt det är med oönskade graviditeter i länet. Rapporten ämnar identifiera riskgrupper för oönskade graviditeter och informera det preventiva och hälsofrämjande arbetet för en god och jämlik reproduktiv hälsa i hela befolkningen (28). Undersökningen är unik för Sverige.

Syfte

Syftet med denna rapport är att presentera aktuella trender och sociodemografiska skillnader i abortförekomst hos flickor och kvinnor i Stockholms län. Kartläggningen är den första i sitt slag, och ambitionen är att resultaten ska kunna användas som underlag i det fortsatta preventiva arbetet för en bättre och mer jämlik reproduktiv hälsa i Stockholms län.

Rapporten har följande övergripande frågeställningar:

- Hur har förekomsten av abort i Stockholms län utvecklats under perioden 2018–2022?
- Hur skiljer sig förekomsten av abort mellan olika sociodemografiska grupper?
- Hur ser förekomsten av abort ut i Stockholms län i jämförelse med andra län i Sverige?
- I vilken graviditetsvecka görs abort i Stockholm län?
- Vilka metoder används vid abort i Stockholms län?
- Hur många aborter görs per levande födda i Stockholms län?

Metod

Datainsamling och studiepopulation

Denna rapport bygger på information från Region Stockholms vårdanalysdatabaser (VAL) och Statistiska centralbyråns (SCB) befolkningsregister (LISA, STATIV, RTB och GEOBAS) samt statistikdatabas för perioden 2018–2022. VAL-databaserna innehåller data om diagnoser och åtgärder från all vård som finansieras av Region Stockholm, både inom öppen- och slutenvård. SCB:s befolkningsregister innehåller sociodemografisk information såsom ålder, inkomst, utbildning, födelseland och bostadsområde. SCB:s statistikdatabas innehåller information om befolkning och födelsetal inom län.

Informationen från VAL-databaserna och SCB:s register är avidentifierad och enskilda personer kan inte urskiljas.

Graviditet och abort förekommer främst hos flickor och kvinnor i fertil ålder (här definierat som 15–49 år). Studiepopulationen i rapporten är därför avgränsad till individer med juridiskt kön ”kvinna”¹ i åldern 15–49 år som var folkbokförda i Stockholms län under åren 2018–2022. Sammanlagt ingår 717 098 individer i studiepopulationen.

Data från Socialstyrelsens abortregister har använts i jämförande syfte. De innefattar offentlig statistik på nationell nivå, samt regionala uppgifter från en särskild statistikbeställning för denna rapport. I bilaga 1 finns en jämförelse mellan abortstatistiken för Stockholm från VAL-databaserna 2018–2022 respektive Socialstyrelsens abortregister.

Utfallsmått

I denna rapport identifieras och kategoriseras aborter utifrån diagnos- och åtgärds-koder som registrerats vid vårdbesök och sedan förts in i VAL-databaserna.

Antal aborter och abortfrekvens

I rapporten undersöker vi både antal aborter och abortfrekvensen. Abortfrekvens syftar till antalet aborter per 1 000 kvinnliga invånare i fertil ålder (15–49 år) som genomförts per år. Att undersöka abortfrekvens standardiserat på detta sätt möjliggör jämförelser mellan olika regioner i Sverige och andra länder. För att möjliggöra jämförelse även med Socialstyrelsens offentliga statistik, rapporterar vi också den totala abortfrekvensen för åldersgruppen 15–44 år.

En abort definieras som ett vårdbesök med ICD-10-diagnoskoden ”O04.9”. Datum för aborten definieras som den första gången i abortsammanhanget som denna kod dyker upp.

Graviditetslängd vid abort

Abortkoden ”O04.9” är följt av en bokstav som talar om graviditetens längd. Graviditetslängd vid första abortbesöket har använts i rapporten eftersom det informerar när i graviditeten patienten först varit i kontakt med sjukvården på grund av abort.

¹ Detta inkluderar kvinnor, flickor, transpersoner och ickebinära.

I denna rapport har graviditetslängd mätts enligt följande kategorier, definierade med hjälp av ICD-koder:

- Fram t.o.m. vecka 9+0: ICD-kod O04.9A
- 9+1–12+0: ICD-kod O04.9B
- 12+1–18+0: ICD-kod O04.9C
- 18+1–22+0: ICD-kod O04.9D
- vecka 22+1 eller längre: ICD-kod O04.9E

Typ av abort

Abortkoden "O04.9" kombinerad med specifika åtgärds-koder ger information om vilken typ av abort som patienten har genomgått. I rapporten har vi använt den typ av abort som kodades vid första besöket. Medicinska aborter kan i vissa fall avslutas kirurgiskt, den kod som står vid första besöket indikerar dock det val den abortsökande har gjort och har därför har vi använt den.

En hemabort definieras som ett vårdbesök med diagnoskoden "O04.9" i kombination med åtgärds-koden "ZL006" (hemabort).

En kirurgisk abort definieras som ett vårdbesök med diagnoskoden "O04.9" i kombination med åtgärds-koden "LCH00" (Vakuumaspiration vid primär kirurgisk abort) eller "LCH03" (Curettag vid primär kirurgisk abort").

En medicinsk abort på vårdenhet definieras som en abort som inte kombinerats med ovanstående åtgärds-koder.

Aborter per 1 000 levande födda

För att sätta abortsituationen i relation till födelsetalen har vi beräknat antalet aborter per 1 000 levande födda årligen. Antal levande födda har hämtats från SCB:s statistikdatabas.

Sociodemografiska faktorer

Följande sociodemografiska variabler används i rapporten:

Ålder delas in i åldersgrupperna: 15–19 år, 20–24 år, 25–29 år, 30–34 år, 35–39 år samt 40–49 år.

Utbildningsnivå kategoriseras i förgymnasial, gymnasial och eftergymnasial utbildning. Eftergymnasial utbildning innefattar individer som avslutat minst tre års studier efter gymnasiet (högskolestudier eller yrkesutbildning), gymnasial utbildning innefattar individer som har avslutat gymnasiet men ej avslutat en treårig eller längre eftergymnasial utbildning. Individer med förgymnasial utbildning har inte avslutat gymnasiet eller likvärdig utbildning. Analysen inkluderar endast kvinnor över 25 år, eftersom många inte är klara med sin utbildning före denna ålder.

Inkomst, i rapporten, avser disponibel familjeinkomst per konsumtionsenhet och rapporteras i så kallade kvintiler (femtedelar), där den första kvintilen avser den femtedel i befolkningen med lägst inkomst, och den femte kvintilen de med högst. Variabeln inkluderar hela familjeinkomsten och tar hänsyn till familjestorlek. Individer med negativ inkomst, det vill säga när de negativa inkomsterna, såsom skatter, kapitalförluster och återbetalning av studielån, överstiger de positiva inkomsterna, har uteslutits ur analysen.

Födelseregion avser den geografiska region där individen föddes, och kategoriseras utifrån kategorierna Sverige, övriga Europa och övriga världen.

Bostadsområde kategoriseras utifrån den kommun eller stadsdel där individen är folkbokförd.

Vi har skapat en variabel med kategorierna "gift", "sammanboende" och "ensamstående" genom att kombinera civilstånd och boendeform. Kategorin "gift" innefattar alla gifta oavsett boendeform, "sammanboende" syftar till att beskriva ogifta kvinnor som bor i samboförhållanden, medan "ensamstående" syftar till de som bor själva och inte är gifta. Endast kvinnor över 18 år innefattas i denna analys.

Samtliga variabler är tidsberoende med årlig uppdatering och speglar situationen vid slutet av varje år.

Begränsningar i dataunderlaget

VAL-databaserna innefattar enbart individer som är folkbokförda i Stockholms län. Individer utan personnummer är inte med i analyserna. Det kan till exempel vara asylsökande som inte har ett personnummer och inte får ett under undersökningsperioden, och individer som uppehåller sig i Stockholm men inte är folkbokförda i länet, till exempel icke-folkbokförda EU-medborgare som stannar en längre tid.

Analysen som tittar bakåt i tiden, såsom frågan om en individ genomgått en tidigare abort eller ej, kan endast undersöka den population som varit bosatt i Stockholms län under hela den avsedda tiden (eftersom data endast finns för individer folkbokförda i länet). Vår analys om tidigare genomgångna aborter innefattar således en subpopulation som skiljer sig från hela den undersökta populationen, vilket bör tas i beaktande när analysen tolkas. I rapporten utgörs subpopulationen av individer som varit folkbokförda i Stockholms län under hela undersökningsperioden.

Man kan anta att VAL-databaserna fångar i stort sett alla aborter som sker i Stockholms län. Det finns en möjlighet att aborter skett utanför den vård som subventioneras av Region Stockholm och därför inte inkluderats i statistiken (till exempel vård hos en privat vårdgivare med privat finansiering). Om dessa aborter finns, förmodas de vara få, med tanke på att det är möjligt att få en tid för en abort inom den region-subventionerade sjukvården relativt fort. Dock finns det privata vårdgivare i Stockholms län som börjat erbjuda privat finansierad abort efter 2022. Vi bedömer det som osannolikt att aborter skett utanför hälsosystemet (dvs. illegala aborter) med tanke på att abort är lagligt i Sverige till och med 18:e graviditetsveckan och att patientkostnaden för abort kan anses vara låg (en kostnad för ett vårdbesök i öppenvården, 275 kr för vuxna). Dock finns det enstaka exempel från andra regioner när just detta skett. EU-medborgare, som inte har fått abortvård via Region Skåne, har genomfört aborter på egen hand utanför hälsosystemet (29).

För disponibel familjeinkomst saknas data för år 2022, eftersom det inte hunnit rapporteras när analyserna gjordes. Det förekommer även brist på data för vissa individer om denna och andra sociodemografiska variabler, såsom utbildningsnivå och födelseort. I de analyser där sådan information saknas har de berörda individerna exkluderats.

Det finns tillfällen där det inte går att säkerställa om ett besök för en abort är en ny graviditet eller om det är ett återbesök. Detta gäller i de fall när det är tätt mellan abortbesöken, men tillräckligt långt för att kunna vara en ny graviditet. I dessa fall har en konservativ beräkning gjorts, det vill säga har vi vid osäkerhet beräknat det som samma graviditet och abort som tidigare besök. Vi har endast räknat det som en ny graviditet om vi med säkerhet kunnat avgöra att graviditeten är ny genom att jämföra graviditetens längd vid abort vid det nya besöket, med tid mellan abortbesöken och

graviditetslängden vid det tidigare abortbesöket. Ett mer liberalt sätt att beräkna om det är en ny graviditet eller inte hade varit att beräkna varje abortbesök som en ny graviditet ifall det är möjligt att patienten kunnat bli gravid, upptäckt graviditeten och sökt abortvård inom tidsspannet mellan besöken. Sannolikt finns det några fall som överensstämmer med den senare metoden, men dessa bedöms vara ovanliga.

Det finns även en risk att det har gjorts felkodningar av ICD- och KVÅ (åtgärds)-koder, både för graviditetslängd, abortmetod och ifall abort överhuvudtaget genomgått eller inte. För att minimera felkodning pågår ett kvalitetsarbete inom Region Stockholm med medicinska sekreterare som är ansvariga för ICD- och KVÅ-kodning.

I jämförelsen mellan länen har vi använt data från Socialstyrelsens abortregister, med dess risker för utebliven rapportering, felaktigheter och dubbelrapportering, vilket bör tas i beaktande vid tolkning.

Statistiska analyser

Data från VAL-databaserna och SCB:s register har analyserats och presenteras på gruppnivå. Vi presenterar deskriptiva data inklusive uppgifter om antal aborter och antal per 1 000 personår. När vi analyserar abortfrekvenser i olika grupper (efter utbildningsnivå, inkomst, födelseland och bostadsområde) har data viktats årsvis så att åldersgruppsandelarna (15–19 år, 20–24 år, 25–29 år, 30–34 år, 35–39 år, 40–49 år) i varje grupp är lika stora som i hela befolkningen. Detta gör det möjligt att jämföra abortfrekvenser i olika grupper utan att eventuella ålderskillnader driver resultaten. Abortfrekvens på regional nivå har beräknats med hjälp av Socialstyrelsens data på antal aborter per län och data från SCB:s statistikdatabas på antal flickor och kvinnor i åldern 15–49 år per län.

Resultat

Aborter i Stockholms län

Under femårsperioden 2018–2022 registrerades sammanlagt 50 205 aborter i VAL-databaserna. Det motsvarar i genomsnitt drygt

10 000 aborter per år. Mellan år 2018 och 2022 skedde en liten minskning av antalet aborter per år (se tabell 1). Även abortfrekvensen minskade från 18,3 aborter per 1 000 flickor och kvinnor 15–49 år, år 2018 till 16,8 år 2022. Abortfrekvensen var lägst år 2021 (16,2) och likaså antalet aborter (9 488).

Abortfrekvensen omvandlas även till abortfrekvens för åldersgruppen 15–44 år för att göra abortfrekvensen från VAL-databaserna jämförbara med Socialstyrelsens nationella abortstatistik (som använder sig av 15–44 år). Samma mönster som hos 15–49-åringar noterades bland 15–44-åringar, med en minskning mellan 2018 och 2022 (21,2 till 19,3), och en lägsta notering år 2021 (18,6).

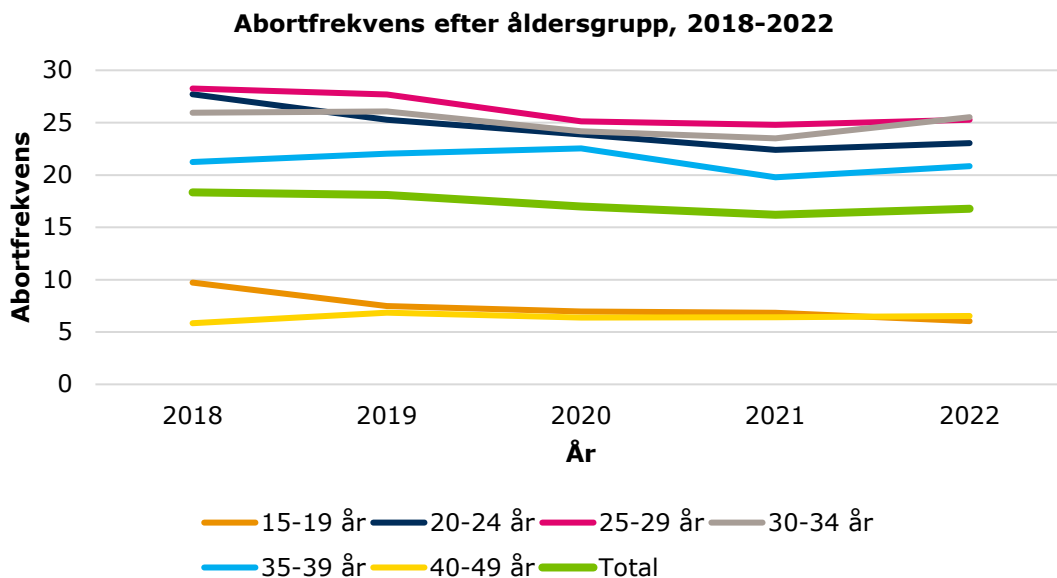
Tabell 1. Antal aborter totalt och antal aborter per 1 000 flickor och kvinnor i fertil ålder (15–49 år respektive 15–44 år) i Stockholms län, år 2018–2022.

År	Antal aborter	Aborter per 1 000 flickor/kvinnor 15–49 år	Aborter per 1 000 flickor/kvinnor 15–44 år
2018	10 479	18,3	21,2
2019	10 453	18,1	20,8
2020	9 882	17,0	19,6
2021	9 488	16,2	18,6
2022	9 903	16,8	19,3

Källa: VAL-databaserna.

Åldersskillnader i abortfrekvens

Abortfrekvensen i Stockholms län skiljer sig mellan olika åldersgrupper. Åldersgrupperna 25–29 år och 30–34 år har högst abortfrekvenser, 25,3 respektive 25,5 aborter per 1 000 flickor och kvinnor år 2022 (se figur 1). Tonåringar har lägst abortfrekvens på 6,0 år 2022. Även åldersgruppen 40–49 år har förväntat (i och med minskad fertilitet) låg abortfrekvens på 6,5 år 2022. I resterande grupper, 20–24 åringar och 35–39-åringar, var abortfrekvensen 23,0 respektive 20,9 år 2022. Skillnaderna över tid är generellt små, dock finns några förändringar att notera. En kraftig minskning av abortfrekvens har skett bland tonåringar, från 9,7 år 2018 till 6,0 år 2022, vilket motsvarar en relativ minskning på 38 procent. I åldersgruppen 20–24 åringar har en nedgång också noterats, från 27,7 till 23,0, en relativ minskning på 17 procent. Samtidigt ses en liten ökning bland kvinnor i åldern 40–49 år, där abortfrekvensen har ökat från 5,8 till 6,5, motsvarande en relativ ökning på 12 procent.



Figur 1. Antal aborter per 1 000 flickor och kvinnor i fertil ålder (15–49 år) i Stockholms län, uppdelat efter åldersgrupp och år.

Källa: VAL-databaserna.

Andra sociodemografiska skillnader i abortfrekvens

Det råder stora skillnader i abortfrekvens mellan olika socioekonomiska grupper (se tabell 2). Bland kvinnor² med endast förgymnasial utbildning är abortfrekvensen mer än dubbelt så hög som hos kvinnor med eftergymnasial utbildning (30,6 jämfört med 13,1). Kvinnor med gymnasial utbildning har också väsentligt högre abortfrekvens (23,3) än kvinnor med eftergymnasial utbildning. Det finns även skillnader mellan disponibel familjeinkomst. Flickor och kvinnor från hushåll med lägst inkomst (första kvintilen) gör aborter 60 procent oftare än flickor och kvinnor från hushåll med högst inkomst (femte kvintilen): 21,3 aborter per 1 000 flickor och kvinnor, jämfört med 13,4. Även födelseland är av betydelse. Flickor och kvinnor födda i Sverige och flickor och kvinnor födda i övriga världen har en abortfrekvens på 18,2 respektive 18,5, jämfört med de födda i övriga Europa som har en abortfrekvens på 10,5.

² Flickor och kvinnor under 25 år har uteslutits ur analysen.

Tabell 2. Aborter per 1 000 flickor och kvinnor i fertil ålder (15–49 år), uppdelat efter utbildningsnivå, disponibel familjeinkomst och födelse land, år 2018–2022 i Stockholms län. Data är ålderstandardiserade efter Stockholms läns befolkning år 2018–2022 (för inkomst år 2018–2021).

		Antal aborter	Aborter per 1 000 flickor/kvinnor 15–49 år
Utbildning*	Förgymnasial	6,828	30,6
	Gymnasial	15,796	23,3
	Eftergymnasial	16,359	13,1
Inkomst**	Första (lägsta) kvintilen	11,035	21,3
	Andra kvintilen	10,387	20,5
	Tredje kvintilen	8,633	17,1
	Fjärde kvintilen	6,163	14,8
	Femte (högsta) kvintilen	3,853	13,4
Födelse land	Sverige	35,526	18,2
	Övriga Europa	3,693	10,5
	Övriga världen	10,882	18,5

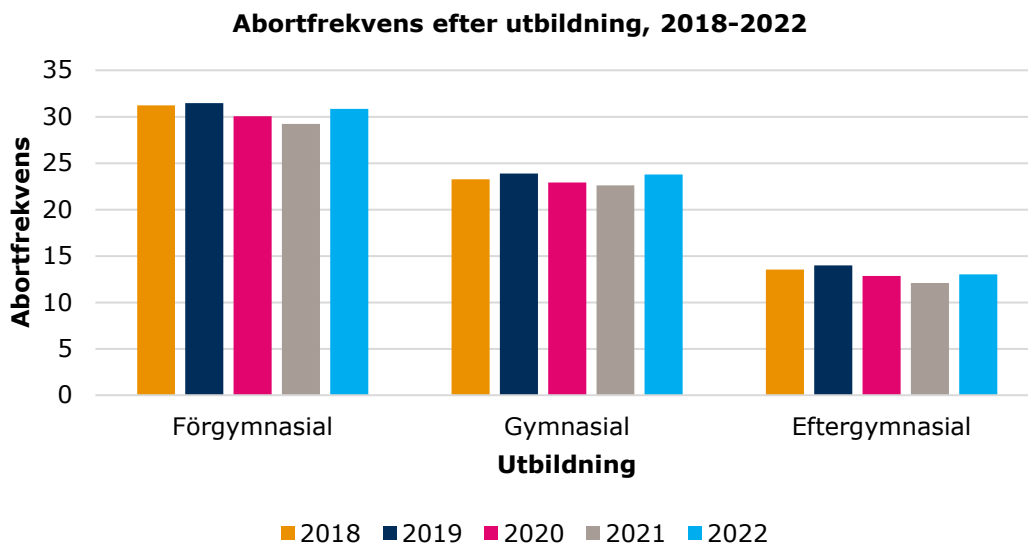
*Flickor och kvinnor under 25 år har uteslutits ur analysen.

** Endast år 2018–2021 ingår i denna analys. Individer med negativ inkomst har uteslutits ur analysen.

Källa: VAL-databaserna.

Utbildning och abortfrekvens

Abortfrekvensen i förhållande till utbildning var relativt stabil mellan 2018 och 2022 (se figur 2). Hos kvinnor med endast förgymnasial utbildning ses en liten minskning av abortfrekvens över tid, från 31,2 aborter per 1 000 kvinnor år 2018 till 30,8 aborter år 2022. Hos kvinnor med eftergymnasial utbildning ses också en minskning, från 13,5 aborter år 2018 till 13,0 aborter år 2022. Inom gruppen med högst gymnasial utbildning ses i stället en liten ökning i abortfrekvensen, från 23,3 år 2018 till 23,8 år 2022. Samtliga grupper hade lägst abortfrekvens år 2021.



Figur 2. Aborter per 1 000 kvinnor i åldern 25–49 år *, uppdelat efter utbildningsnivå och år, år 2018–2022 i Stockholms län. Data är ålderstandardiserade efter Stockholm läns befolkning för varje år.

*Flickor och kvinnor under 25 år har uteslutits ur analysen.

Källa: VAL-databaserna.

Inkomst och abortfrekvens

Inom varje kvintil för hushållsinkomst minskade abortfrekvensen mellan 2018 och 2021 (se figur 3). Den största absoluta och relativa minskningen skedde i den fjärde kvintilen, det vill säga bland de som tillhör den femtedel av hushåll som tjänar näst mest. I den gruppen minskade abortfrekvensen med 2,9 aborter per 1 000 flickor och kvinnor per år, vilket motsvarar en relativ minskning på 22 procent. Den näst största relativa minskningen skedde i den första kvintilen, det vill säga den femtedel med lägst disponibel familjeinkomst. I den gruppen minskade abortfrekvensen med 2,6 aborter per 1 000 flickor och kvinnor varje år, vilket motsvarar en relativ minskning på 13 procent.



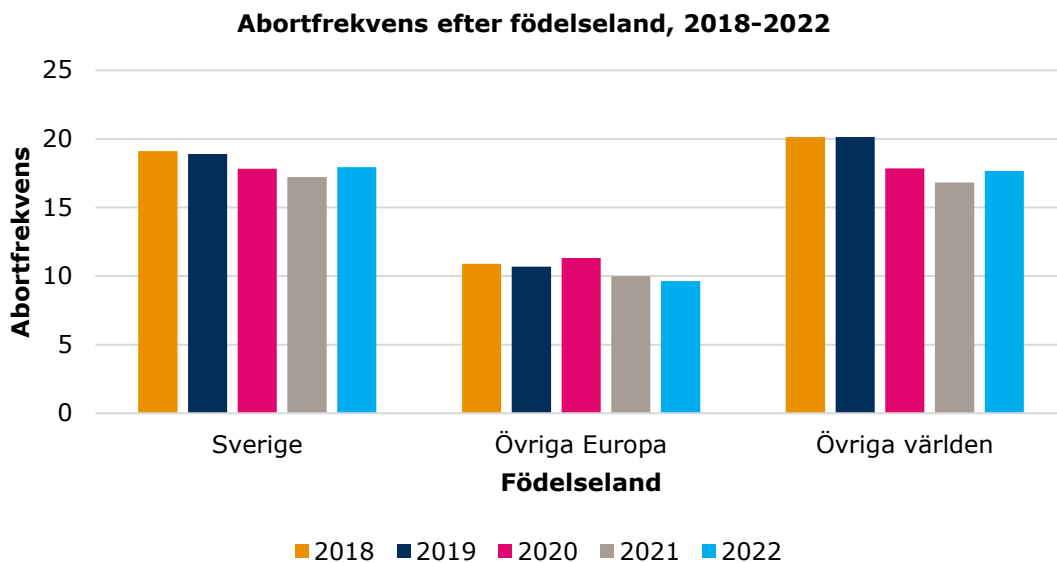
Figur 3. Aborter per 1 000 flickor och kvinnor i fertil ålder (15–49 år), uppdelat efter disponibel familjeinkomst* och år, år 2018–2022 i Stockholms län. Data är ålderstandardiserade efter Stockholm läns befolkning för varje år.

*Individer med negativ inkomst har uteslutits ur analysen.

Källa: VAL-databaserna.

Födelseland och abortfrekvens

Abortfrekvensen minskade i samtliga grupper baserat på födelseland, under perioden 2018 till 2022 (se figur 4). Den största minskningen skedde bland flickor och kvinnor födda utanför Europa. I den gruppen minskade den årliga abortfrekvensen med 1,5 aborter per 1 000 flickor och kvinnor mellan 2018 och 2022, vilket motsvarar en relativ minskning på 12 procent. För flickor och kvinnor födda i Sverige och de födda utanför Europa registrerades den lägsta abortfrekvensen år 2021. För flickor och kvinnor födda i Europa var abortfrekvensen lägst år 2022.



Figur 4. Aborter per 1 000 flickor och kvinnor i fertil ålder (15–49 år), uppdelat efter födelseland eller region och år, år 2018–2022 i Stockholms län. Data är ålderstandardiserade efter Stockholm läns befolkning för varje år.

Källa: VAL-databaserna.

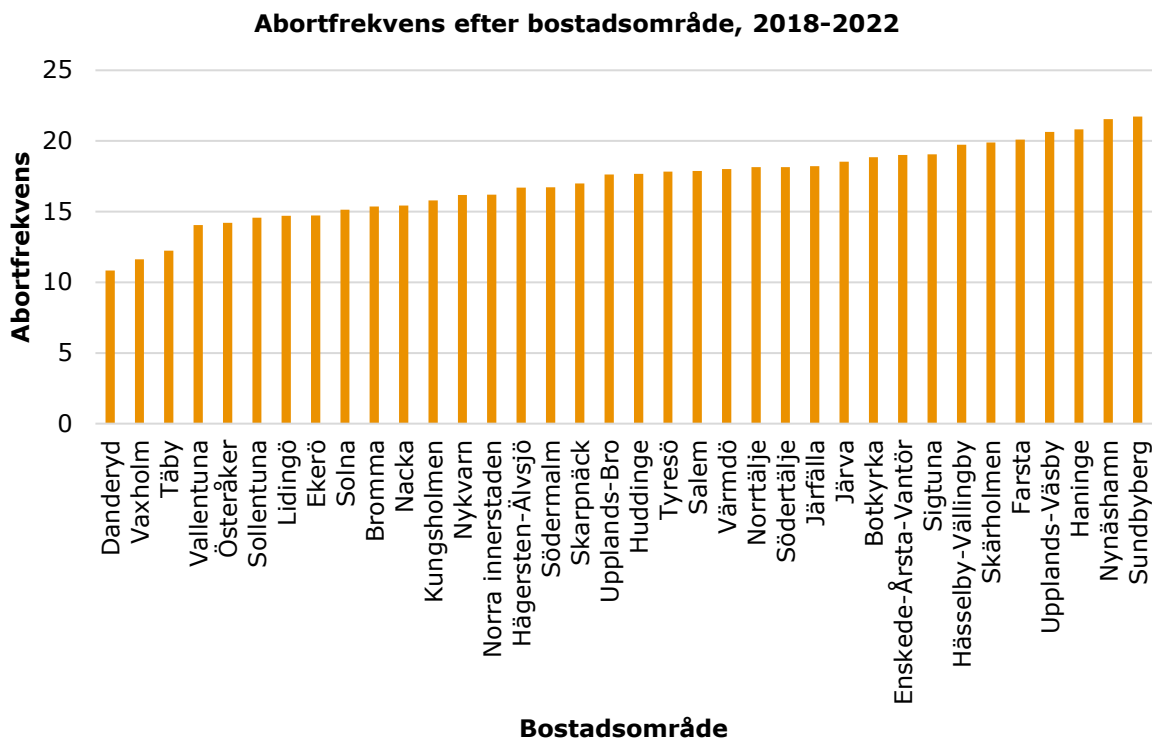
Civilstånd och sammanboende och abortfrekvens

Gifta kvinnor och kvinnor som lever under samboförhållanden gjorde färre aborter än kvinnor som bor själva under perioden 2018 till 2022. Ensamstående kvinnor hade en abortfrekvens på 21,7, jämfört med 15,3 hos gifta respektive 17,6 hos sammanboende som inte är gifta³.

Geografiska skillnader inom Stockholms län i abortfrekvens

Det finns även geografiska skillnader i abortfrekvens inom Stockholms län (se figur 5). Områden Danderyd, Vaxholm och Nacka har abortfrekvenser på 11,6, 12,0 och 13,6 respektive, medan Upplands-Väsby, Haninge och Nynäshamn har 23,4, 23,0 och 22,7 aborter per 1 000 flickor och kvinnor i fertil ålder. Mer detaljerad information finns i bilaga 2.

³ Analysen har endast gjorts på kvinnor 18 år och äldre.



Figur 5. Antal aborter per 1 000 flickor och kvinnor i fertil ålder (15–49 år), uppdelat efter bostadsområde år 2018–2022 i Stockholms län. Data är ålderstandardiserade efter Stockholm läns befolkning under hela perioden.

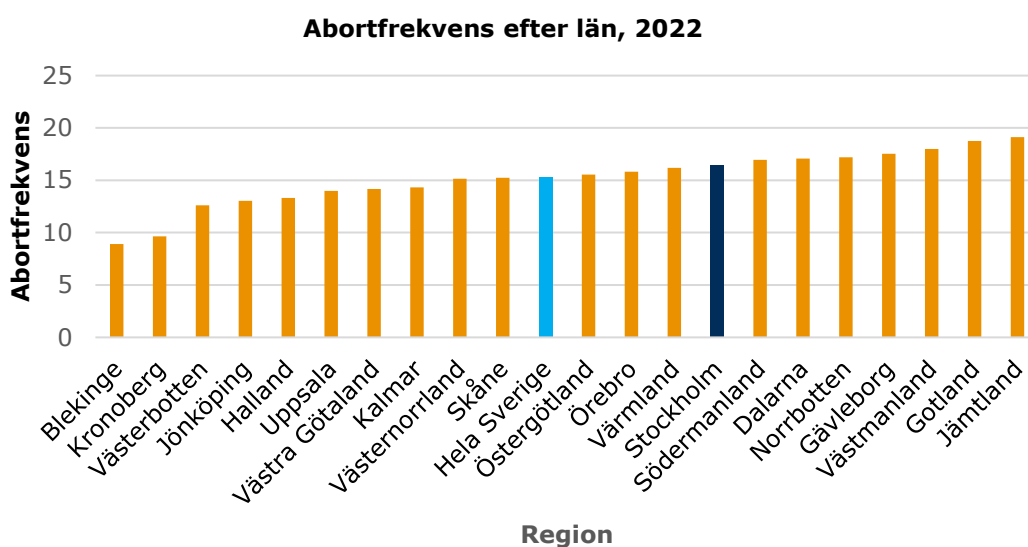
Källa: VAL-databaserna.

Skillnader mellan län i abortfrekvens

Det görs något fler aborter per flicka eller kvinna i fertil ålder i Stockholms län jämfört med genomsnittet i Sverige (se figur 6). Enligt data från Socialstyrelsens nationella abortregister var den nationella abortfrekvensen för 15–49-åringar 15,3 år 2022, medan abortfrekvensen i Stockholm var 16,4⁴ Blekinge och Kronoberg hade lägst abortfrekvens år 2022 (8,9 respektive 9,6), medan Gotland och Jämtland hade högst (18,8 respektive 19,1).

Abortfrekvensen per län är baserad på Socialstyrelsens abortregister, med dess begränsningar, och bör därför tolkas med extra försiktighet. Dessa abortfrekvenser har inte heller ålderstandardiserats, vilket innebär att skillnader i abortfrekvenser kan påverkas av variationer i åldersstruktur mellan län.

⁴ Observera att denna siffra skiljer sig något från abortfrekvensen ovan som bygger på data från VAL-databaserna. Se bilaga 1 för en jämförelse mellan abortstatistik från Socialstyrelsen och VAL-databaserna.

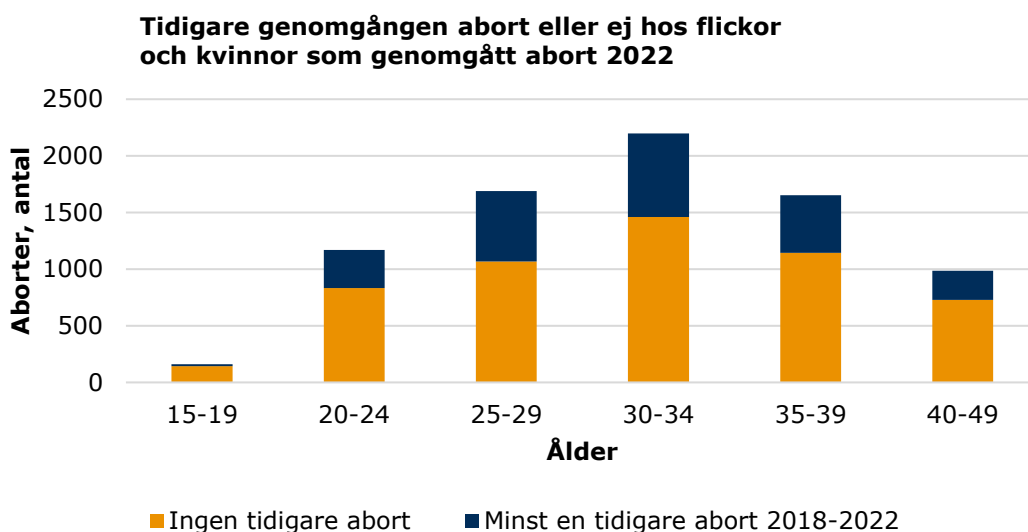


Figur 6. Aborter per 1 000 flickor och kvinnor i fertil ålder (15–49 år), uppdelat efter län, år 2022. Data är inte ålderstandardiserade.

Källa: Socialstyrelsen och SCB.

Tidigare genomgången abort

Av alla flickor och kvinnor i åldern 15–49 år folkbokförda i Stockholms län år 2018–2022, genomgick 7 855 individer minst en abort år 2022. Bland dem hade 32 procent genomgått minst en tidigare abort sedan år 2018. Det var vanligare i åldersgrupperna 25–29, 30–34 och 35–39 år att ha genomgått en tidigare abort sedan 2018 (37 procent, 34 procent respektive 31 procent) (se figur 7). Drygt en av tio (11 procent) av de tonåringar (15–19 år) som gjorde en abort år 2022 hade gjort en eller flera tidigare aborter sedan år 2018.



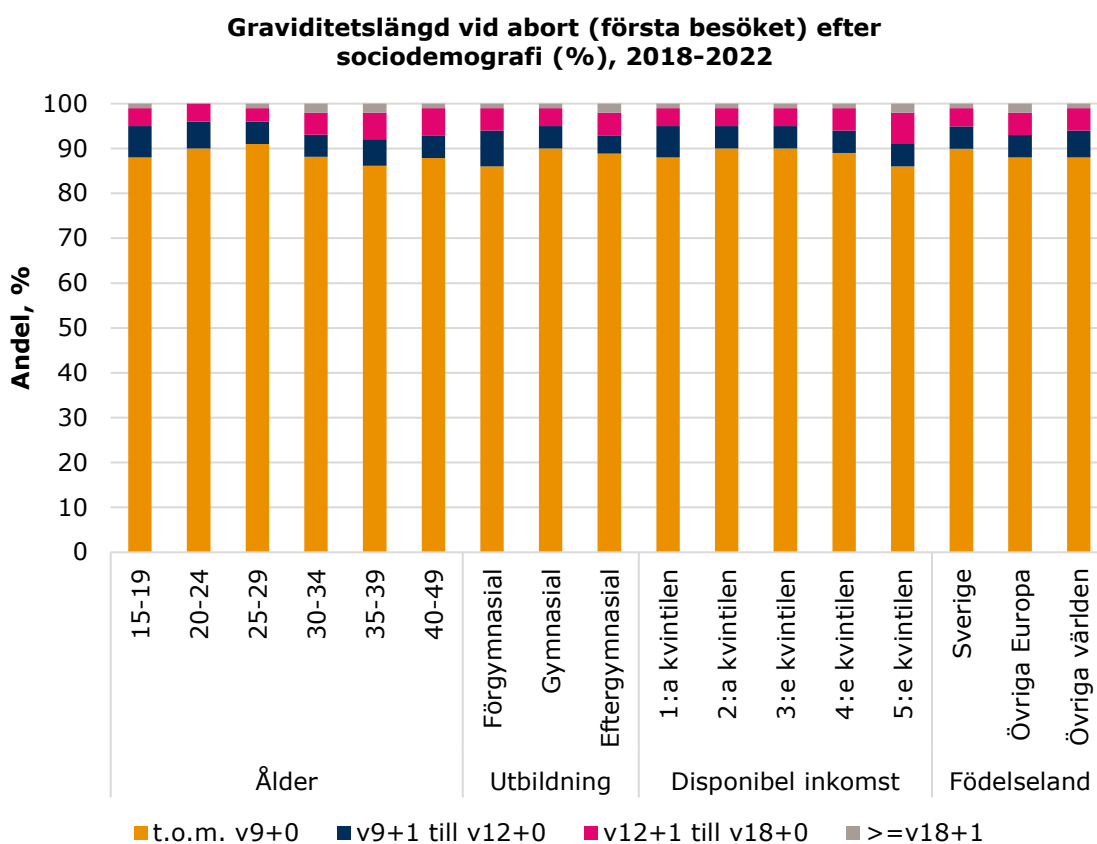
Figur 7. Antal flickor och kvinnor i fertil ålder (15–49 år) som genomgått abort under år 2022 och varit folkbokförda i Stockholms län 2018–2022, uppdelat efter om individen har genomgått minst en tidigare abort år 2018–2022 eller ej.

Källa: VAL-databaserna.

Graviditetslängd vid abort

Majoriteten (89 procent) av alla aborter i Stockholms län år 2018–2022 gjordes innan vecka 9+0 i graviditeten. 94 procent gjordes i första trimestern. 5 procent av aborter genomfördes i andra trimestern (vecka 12+1 till vecka 18+0) och endast 1 procent av aborterna gjordes efter vecka 18+0. Andelen i de olika graviditetslängderna var i stort sett varit samma under hela undersökningsperioden.

Graviditetslängd vid abort skiljer sig mycket lite mellan olika sociodemografiska grupper under undersökningsperioden (se figur 8). Det var något vanligare att göra abort i andra trimestern i åldersgrupperna över 35 år (6 procent) och bland kvinnor i den högsta inkomstkvintilen (7 procent) jämfört med övriga flickor och kvinnor (4–5 procent).



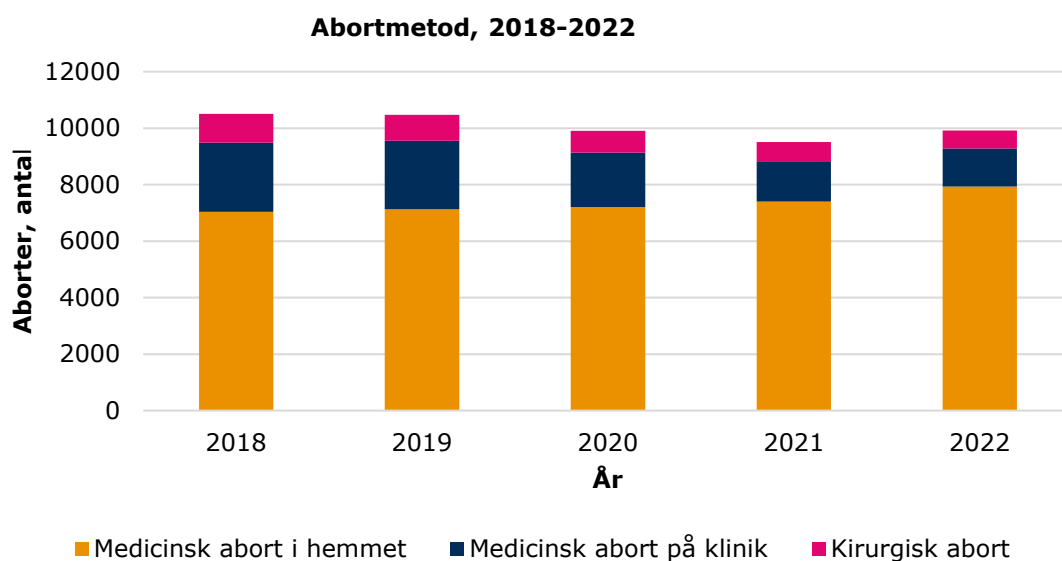
Figur 8. Graviditetslängd vid abort (andel, %) uppdelat efter ålder, utbildningsnivå, disponibel familjeinkomst och födelseland, år 2018–2022 i Stockholms län. Data är inte ålderstandardiserade.

Källa: VAL-databaserna.

Abortmetod

Medicinsk abort är den absolut vanligaste abortmetoden i Stockholms län. Endast 8 procent av aborterna i länet år 2018–2022 var kirurgiska. Majoriteten av medicinska aborter gjordes i hemmet (73 procent av samtliga aborter). Abortmetod skiljer sig beroende på hur långt gången graviditeten är vid aborten. För graviditeter till och med vecka 9+0 var hemabort vanligast (82 procent), mellan vecka 9+1 och 12+0 var kirurgiska aborter vanligast (64 procent) och efter vecka 12+1 gjordes nästan alla aborter (97 procent) medicinskt på klinik under undersökningsperioden.

Sedan 2018 har andelen kirurgiska aborter minskat från 10 till 6 procent av alla aborter år 2022 (se figur 9). Samtidigt ökade andelen hemaborter från 67 procent av samtliga aborter till 80 procent.



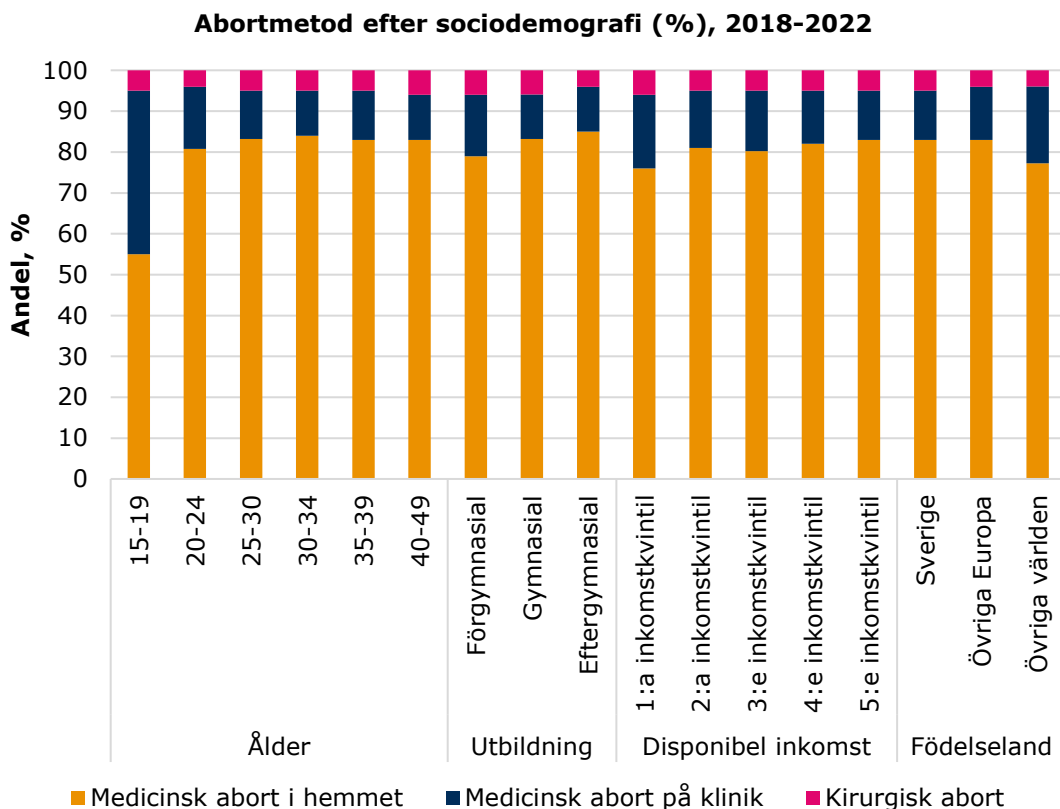
Figur 9. Typ av abort (antal) genomförda per år, i Stockholms län år 2018–2022.

Källa: VAL-databaserna.

Hemabort är mindre vanligt bland tonåringar än bland vuxna kvinnor. Av abortsökande tonåringar med en graviditetslängd före vecka 9+0 gjorde 55 procent en hemabort år 2018–2022, jämfört med 80–84 procent i övriga åldersgrupper (se figur 10).

Hemabort var vanligare hos flickor och kvinnor med längre utbildning och högre disponibel inkomst jämfört med flickor och kvinnor med endast förgymnasial utbildning eller lägre inkomst under undersökningsperioden. Bland gruppen som endast har förgymnasial utbildning gjorde 79 procent av de gravida till och med vecka 9+0 hemabort jämfört med 85 procent av de med eftergymnasial utbildning. Bland de med lägst disponibel inkomst var motsvarande siffra 76 procent jämfört med 83 procent bland de med högst inkomst.

Flickor och kvinnor födda i Sverige eller Europa gjorde oftare hemabort än flickor och kvinnor födda i övriga världen. Av abortsökande gravida till och med vecka 9+0 födda utanför Europa gjorde 78 procent en hemabort under undersökningsperioden, jämfört med 83 procent bland Sverige- och Europafödda.

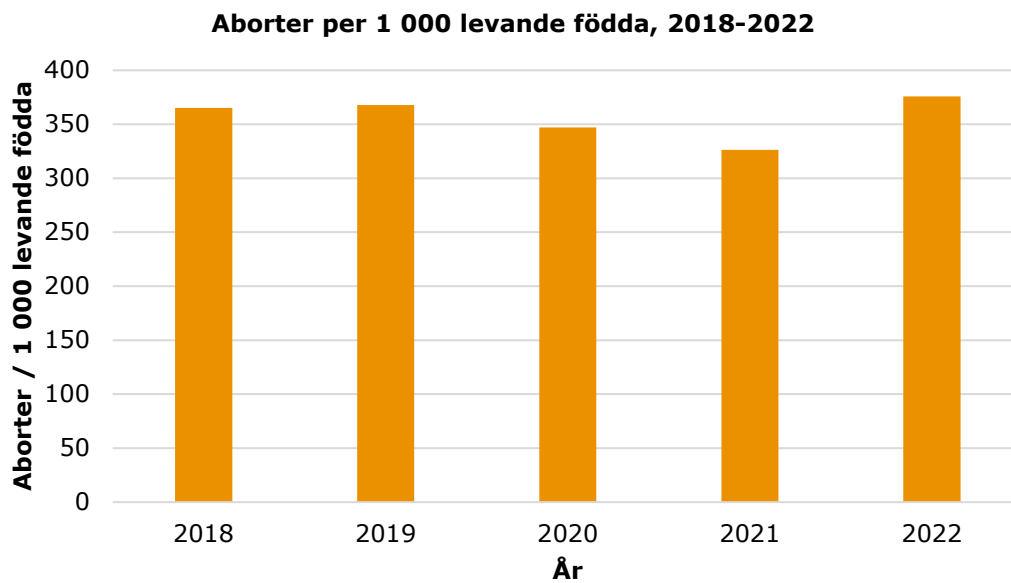


Figur 10. Typ av abort (andel, %) för gravida till och med vecka 9+0, uppdelat efter ålder, utbildningsnivå, disponibel familjeinkomst och födelseland, år 2018-2022 i Stockholms län. Data är inte ålderstandardiserade.

Källa: VAL-databaserna.

Aborter per levande födda

Mellan 2018 och 2022 föddes i genomsnitt cirka 28 200 levande barn årligen i Stockholms län, med det högsta antalet år 2021 då 29 067 barn föddes, och lägsta antalet år 2022 då 26 356 barn föddes. År 2018 var antalet aborter per 1 000 levande födda 365 (se figur 11). Denna siffra var som lägst år 2021, med 326 aborter per 1 000 levande födda, och som högst år 2022, med 376 aborter per 1 000 levande födda.



Figur 11. Antal aborter per 1 000 levande födda, uppdelat efter år.

Källa: VAL-databaserna och SCB:s statistikdatabas.

Diskussion

Abortfrekvensen i Stockholm har sjunkit

Under åren 2018–2022 gjorde varje år nästan 1 av 50 flickor och kvinnor i fertil ålder (15–49 år) abort. Under samma tidsperiod skedde en minskning av både antalet aborter och abortfrekvensen i länet. År 2021 var abortfrekvensen lägst, med en liten uppgång under 2022. Stockholms län har något högre antal aborter per 1 000 flickor och kvinnor än Sverige i stort.

Abortfrekvensen avgörs av antalet oönskade graviditeter, som i sin tur påverkas av flera variabler såsom preventivmedelsanvändning, sexuell aktivitet, graviditetsintentioner och fosterskador (som dock uppskattas utgöra mindre än 1 procent av aborter) (30). Den höga andel (17 procent) individer i Sverige som har ett behov av preventivmedel men inte använder det, bidrar sannolikt till abortsiffrorna (23).

Antalet aborter per 1 000 levande födda var som lägst år 2021 och högst år 2022, men skillnaden mellan 2018 och 2022 var liten. Detta mått påverkas inte bara av förändringar i abortfrekvensen, utan även av variationer i födelsetalen. Förändringar i antalet aborter per 1 000 levande födda kan spegla förändringar i förhållandet mellan planerade och oplanerade graviditeter. Fler eller färre graviditeter kan vara oplanerade, som ett resultat av ökad sexuell aktivitet utan eller med misslyckad preventivmedelsanvändning, jämfört med planerade. Måttet kan även påverkas av vad som händer med de oplanerade graviditeterna – om de leder till förlossning eller abort, vilket i sin tur kan påverkas av sociala och ekonomiska omständigheter. Att antalet aborter per 1 000 levande födda var relativt lika år 2018 och 2022, samtidigt som abortfrekvensen sjönk, visar på att det totala antalet graviditeter minskade under undersökningsperioden. Minskningen mellan 2018 och 2022 var mer än 2 900 graviditeter, en nedgång på 7,5 procent.

Stockholms län har ett relativt högt antal aborter per 1 000 levande födda i jämförelse med europeiska länder, i nivå med Storbritannien och där endast Georgien och Bulgarien har högre siffror (31). Genomsnittet för WHO Europaregion låg på 202 aborter per 1 000 levande födda år 2020 (senaste tillgängliga data), vilket motsvarar ungefär tre femtedelar av Stockholms nivå.

Den undersökta perioden inkluderar pandemiåren 2020–2022. Under dessa år kan man se en minskning i den totala abortfrekvensen i Stockholms län. Det är svårt att fastställa vad covid-19 har haft för effekt på oönskade graviditeter. Svenska studier indikerar att tillgången till preventivmedel var fortsatt god under covid-19-pandemin och att abortsökande inte tvekade att söka vård (32–34). Dock observerades en minskning av utskrivningen av LARC (långverkande reversibla preventivmedel) under 2020, vilket potentiellt kan ha påverkats av pandemin samt haft en möjlig inverkan på abortfrekvensen (35). Vidare kan covid-19-pandemin och relaterade samhällsomställningar ha haft konsekvenser för avsikterna att bilda familj och familjestorlek, och på så sätt även ha påverkat abortfrekvensen. Minskningen av aborter per levande födda under pandemins två första år kan indikera en större andel planerade graviditeter, men också en förändring i hur oplanerade graviditeter hanterades under denna period, där fler kan ha valt att fullfölja graviditeter i stället för att genomgå abort.

Abortfrekvensen högst i åldern 25 till 34

Åldersgrupperna 25–29 år och 30–34 år hade de högsta abortfrekvenserna. Därefter följer gruppen med 20–24-åringar, som haft en avsevärd minskning i abortfrekvensen

mellan 2018 och 2022. Tonåringar hade den lägsta abortfrekvensen år 2022 och aborterna minskade kontinuerligt i gruppen under hela undersökningsperioden. För kvinnor i åldersgruppen 40–49 år, där fertiliteten naturligt minskar, var abortfrekvensen relativt låg. Dock har abortfrekvensen i denna grupp ökat, vilket indikerar ett behov av att inkludera dem i preventiva insatser.

De högre abortfrekvenserna bland kvinnor i åldern 25–34 år i Stockholms län överensstämmer med Socialstyrelsens data för hela Sverige, där abort är vanligast bland 25–29-åringar, följt av 30–34-åringar (13). Att abortfrekvensen minskat i gruppen 20–24-åringar, den grupp som fram till 2015 hade högst abortfrekvens i Sverige, skulle kunna förklaras av att preventiva insatser riktats mot gruppen. År 2015 infördes subventionering av preventivmedel för unga i Stockholms län. Preventivmedel blev då gratis för unga under 21 år och subventionerades till en maxkostnad om 100 kronor per år eller 30 kr per tremånadersperiod för 21–25-åringar (36, 37). Enligt en utvärdering av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys kan subventionen ha bidragit till ett ökat uttag av preventivmedel (36).

Även den låga och sjunkande abortfrekvensen hos tonåringar kan vara ett resultat av subventionen av preventivmedel. Abortfrekvensen för tonåringar i Sverige har dock varit nedåtgående sedan år 2008, det vill säga innan subventionen infördes (13).

Stora skillnader mellan sociodemografiska grupper

Det finns stora socioekonomiska skillnader i abortfrekvens i Stockholms län. Kvinnor som inte har en avslutad gymnasieutbildning har mer än dubbelt så hög abortfrekvens som de med en eftergymnasial utbildning, och liknande skillnader ses mellan individer med lägst och högst familjeinkomst. Under undersökningsperioden ses en minskning av abortfrekvensen i flera grupper med låg socioekonomi. Dock kvarstår skillnader mellan grupper, och i vissa fall har skillnaderna ökat. Även vetenskapliga studier från andra länder har visat stora skillnader i abortfrekvens mellan socioekonomiska grupper. I en norsk studie var det dubbelt så vanligt att ha genomgått abort bland kvinnor med kort utbildning jämfört med de med lång (21), och liknande skillnader har även observerats i Finland (38). Enligt den finska studien kan några potentiella orsaker till dessa skillnader vara att kvinnor med längre utbildning har bättre tillgång till preventivmedelstjänster, påverkas mindre av kostnaden för preventivmedel när de gör sitt val och de har högre hälsolitteracitet. Hälsolitteracitet innebär förmågan att få tillgång till, förstå och använda information för att främja och upprätthålla en god hälsa. En högre hälsolitteracitet skulle i detta fall kunna leda till en mer effektiv användning av preventivmedel.

I jämförelsen kopplad till födelseland, var abortfrekvensen högst bland migranter födda utanför Europa. Skillnaden jämfört med flickor och kvinnor födda i Sverige var dock liten. Låg kunskap om reproduktiv hälsa och det svenska hälso- och sjukvårdssystemet kan vara särskilda barriärer för flickor och kvinnor med migrationserfarenhet (39-41), vilket skulle kunna vara en bidragande orsak till högre abortfrekvens. En svensk studie med deltagare från utbildningen i svenska för invandrare (sfi) visade att en tredjedel av kvinnorna inte visste var de kunde vända sig för preventivmedelsrådgivning (40). Vidare har en annan svensk studie identifierat att vårdpersonal kan möta särskilda utmaningar vid diskussion av preventivmedel med flickor och kvinnor födda utanför Europa (42). Flickor och kvinnor med migrationserfarenhet är dock en mycket heterogen grupp, med stora skillnader sinsemellan, vilket skulle kunna förklara skillnaderna i abortfrekvens mellan de som är födda i övriga Europa och de födda utanför.

Många gör fler än en abort

Bland individer som genomgick en abort under 2022 och som varit folkbokförda i Stockholms län sedan 2018, hade en tredjedel genomgått en eller flera tidigare aborter under undersökningsperioden. Denna grupp skiljer sig dock mot totalpopulationen, eftersom många individer flyttat till eller från länet under åren 2018–2022. Det kan finnas skillnader mellan de individer som undersökts i denna analys och totalpopulationen i andelen som genomgått mer än en abort.

Enligt Socialstyrelsens nationella data gjordes 46 procent av alla aborter år 2022 av en flicka eller kvinna som tidigare genomgått en eller flera aborter (17). Skillnaden med våra resultat har troligen metodologiska förklaringar, eftersom våra analyser inte innefattar aborter före 2018 eller individer som flyttat till eller från Stockholms län under studieperioden. Dessutom använder vi individdata medan Socialstyrelsen endast har data över aborter. Det är även möjligt att det är ovanligare att göra mer än en abort i Stockholms län jämfört med i hela Sverige.

I liknande studier från våra grannländer gjordes 37 procent av alla aborter i Finland år 2023 av flickor och kvinnor som gjort åtminstone en tidigare abort (43), och 37 procent av flickor och kvinnor i Norge som gjorde abort under perioden 2007–2011 hade tidigare genomgått minst en abort (44). Det är svårt att avgöra om skillnaderna mellan Sverige, Finland och Norge är betydelsefulla eller om det beror på metodologiska skillnader. Men observera att Sverige även har högst abortfrekvens i Norden.

Majoriteten av aborter görs tidigt i graviditeten

Majoriteten av alla aborter i Stockholms län görs tidigt i graviditeten, i första trimestern och innan vecka 9+1. Detta stämmer väl överens med Socialstyrelsens senaste nationella siffror från 2022. Precis som vår rapport, visar de att 94 procent av aborterna genomfördes innan vecka 12+1 (13). Detta indikerar att majoriteten av abortbehövande upptäcker att de är gravida och beslutar sig om en abort tidigt under en graviditet.

Hemaborter ökar, men abortmetoder skiljer sig mellan grupper

Under undersökningsåren observeras en nedgång av kirurgiska aborter och medicinska aborter på klinik. Ökningen av hemaborter i datasetet skulle delvis kunna förklaras av förbättrad användning av KVÅ-koder under studietiden, vilket skulle innebära att fler aborter kodades korrekt som hemaborter 2022 jämfört med 2018. En liknande trend ses dock i Socialstyrelsens data, där andelen medicinska aborter i hemmet i Stockholms län ökade från 71 procent 2018 till 82 procent 2022, vilket talar för en verklig ökning av hemaborter under studieperioden.

Det är möjligt att pandemin påverkade arbetssättet inom abortvården och bidrog till ökningen av hemaborter, då dessa minskade behovet av fysiska besök. Pandemin ledde till liknande förändringar inom andra vårdområden arbetssätt exempelvis minskade de fysiska besöken och ersattes av digitala vårdkontakter inom Stockholms läns primärvård (45). Andelen hemaborter ökade dock redan före pandemin, vilket kan tyda på en ökande acceptans för denna metod bland kvinnor och flickor. Ökningen skedde även nationellt, mellan 2018 och 2022 steg andelen hemaborter från 66 procent till 75 procent av alla aborter (17).

Enligt Socialstyrelsens data har skiftet från kirurgiska aborter pågått sedan medicinska aborter blev tillgängliga i början av 1990-talet (13).

Abortmetod skiljer sig åt mellan olika grupper. Framför allt tonåringar, men även individer med svagare socioekonomi och individer födda utanför Europa gör hemaborter i lägre utsträckning än andra.

Data om graviditetsintention saknas

Den här kartläggningen ger en uppskattning av hur stort problemet med oönskade graviditeter är i Stockholms län. Den ger dock inte en fullständig bild, eftersom information om graviditetsintention eller antalet oönskade graviditeter som resulterar i förlossningar saknas. Enligt Folkhälsomyndigheten uppskattas 6 procent av kvinnorna i Sverige ha fött barn utan att vilja det (46). Det är alltså sannolikt att det finns flickor och kvinnor med oönskade graviditeter i Stockholms län som inte gör abort, och det kan finnas hinder för att göra abort som vi inte känner till.

Slutsatser och rekommendationer

Den här rapporten ger en djupgående analys av abortfrekvensen i Stockholms län under perioden 2018–2022, vilket inkluderar pandemiåren (6). Under denna period noterades en minskning av den totala abortfrekvensen, men samtidigt sågs betydande skillnader mellan olika socioekonomiska grupper. Dessa skillnader, i kombination med länets jämförelsevis höga abortfrekvens, understryker behovet av att stärka det preventiva arbetet för att minska oönskade graviditeter och att, i detta arbete, ta hänsyn till skillnader mellan grupper.

En av tre flickor och kvinnor som genomgick abort år 2022 hade gjort minst en tidigare abort sedan 2018. Abortvården skulle därför kunna vara en viktig instans för preventiva insatser. Hemaborter görs mer sällan i vissa grupper, bland annat bland tonåringar. Detta skulle kunna förklaras av flera faktorer, till exempel att dessa grupper är i behov av mer stöd under abortprocessen, och att abortvården anpassar sig efter patienters behov. Det är viktigt att abortvården håller hög kvalitet och ges på lika villkor och att anpassningar till patienters behov och önskan bibehålls.

Abortfrekvensen bland unga har minskat, och subventionen av preventivmedel är troligen en bidragande faktor. En utvärdering från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys indikerar dock att effekten av subventionen varierar mellan olika sociodemografiska grupper (36).

Mellan år 2021 och 2022 skedde en liten ökning av abortfrekvensen i Stockholms län, vilket innebar ett avbrott i tidigare nedåtgående trend. Det går inte att avgöra om detta är en isolerad händelse eller en indikation på en ny utveckling, och därför är det viktigt att fortsätta bevaka aborter i Stockholms län. Rapporten ger vidare en beskrivande översikt av abortsituationen i länet, men den förklarar inte orsakerna bakom tidstrender eller skillnaderna mellan grupper. Mer djupgående analyser av dessa orsaker är viktiga för att stärka det preventiva arbetet.

Rekommendationer för att minska oönskade graviditeter

Stärk primärvårdens preventiva arbete att förebygga oönskad graviditet

Oönskade graviditeter kan förhindras genom att säkerställa tillgången till effektiv rådgivning och preventivmedel för personer i fertil ålder i primärvården inklusive mödrahälsovården och barnmorskemottagningar, ungdomsmottagningar, sexuell hälsamottagningar, skolhälsovården och andra förskrivare. Detta omfattar information, rådgivning och förskrivning till flickor och kvinnor, samt att pojkar och män involveras som partner, och ges specifik rådgivning om metoder som kondomer och, där det är relevant, information om sterilisering (47).

Digital vård, som ett komplement till traditionell primärvård, kan potentiellt öka tillgängligheten för flera grupper och på så sätt bidra till att fler får tillgång till preventivmedel och en mer jämlik vård. Detta bör dock undersökas i studier. En potentiell nackdel, som också bör undersökas, är att SARC (kortverkande reversibla preventivmedel), som inte kräver fysisk kontakt för att initieras, skrivs ut i högre utsträckning än LARC via digital vård.

Världshälsoorganisationen (WHO) betonar vikten av en personcentrerad preventivmedelsrådgivning, som utgår från patienternas individuella behov och önskemål, inklusive deras eventuella farhågor kring preventivmedel och tidigare erfarenheter (48). God kunskap hos personalen om strukturerad

preventivmedelsrådgivning och möjlighet att anpassa rådgivningen till patientens förutsättningar, lyfts också som viktiga faktorer för en framgångsrik rådgivning (48, 49). Svensk förening för obstetrik och gynekologi (SFOG) har som kvalitetsmål att 40 procent av besökarna i öppenvården ska välja LARC efter preventivmedelsrådgivning (50). LARC är mer effektivt än SARC för att förebygga oplanerade graviditeter (48). För att säkerställa en personcentrerad rådgivning är det dock viktigt att kunna ge relevant information om olika preventivmedel utifrån patientens behov, såsom LARC, SARC, kondom och sterilisering (48). Rådgivningen kan underlättas av arbetsstöd, såsom visuella hjälpmedel och hänvisning till webbplatser på flera språk (51, 52). Evidensen stödjer även preventivmedelsrådgivning i samband med barnmorskebesöken före och efter förlossning, för att öka möjligheten till att de med behov får säkra preventivmedel (48, 52).

Tillgången till tolk säkerställer en mer inkluderande och jämlik vård. Tolkar med specifik kompetens om sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) skulle kunna avhjälpa det faktum att många migranter känner sig obekväma att diskutera preventivmedel och privata ämnen med en tolk närvarande (26, 53).

Det är viktigt att säkerställa att målgruppsanpassad information om att förebygga oönskade graviditeter och hur vården kan hjälpa till finns lättillgänglig för alla och på flera språk, till exempel i skolan och på ungdomsmottagningar och via webbplatser med text och filmer, såsom 1177.se, umo.se och youomo.se och preventivguiden.se (40, 54-58). Även civilsamhällesorganisationen RFSU erbjuder material (59). Utåtriktat arbete, såsom informationsinsatser i skolor, kan hjälpa unga att komma i kontakt med vården och få tillgång till information och preventivmedel (60, 61). Information kring reproduktiv hälsa och hälsovård riktad till nyanlända kan också vara en viktig insats (40).

Stärk preventivmedelsrådgivning i samband med abortbesök

Eftersom många genomgår fler än en abort, bör abortbesöket ses som ett viktigt tillfälle att erbjuda rådgivning och recept på säkra och effektiva preventivmedel. Upprepade aborter kan indikera att individen inte har hittat ett fungerande preventivmedel, vilket understryker vikten av att erbjuda personcentrerad preventivmedelsrådgivning till alla som söker abort (50). SFOG rekommenderar att 95 procent av abortsökande, efter rådgivningssamtal i samband med abort, ska ha en namngiven preventivmetod (vilket kan inkludera en anteckning om att den abortsökande "inte önskar någon preventivmetod") och att 60 procent av abortsökande förskrivs LARC (50). LARC kan hjälpa till att minska risken för upprepade oönskade graviditeter. Användandet av LARC kan förväntas öka genom att säkerställa en tidsplan för insättning i samband med abortbesöket för de som väljer LARC, med möjlighet till tidig insättning (inom en vecka) (50, 62-64). Män och pojkars ansvar för prevention bör också uppmärksammas, och när det är relevant bör partnern inkluderas i preventivmedelsrådgivningen (6, 48).

Utvärdera och säkerställ kvaliteten av abortvården

Kvaliteten i abortvården är beroende av att personalen har tillräckliga resurser, inklusive kunskap, tid, och tillgång till tolk. Resurserna behöver vara tillräckliga för att erbjuda alla patienter den mest lämpliga abortmetoden och preventivmedelsrådgivningen, oavsett bakgrund och andra förutsättningar (42).

I Region Stockholm kan detta arbete stärkas genom att kartlägga vården i samband med abort. Exempelvis kan man undersöka huruvida olika kvalitetsmål uppnås (såsom eventuella mål om LARC-förskrivning) såväl som jämlikheten i sådana mål. Ett fungerande nationellt register är dock nödvändigt för att säkerställa god abortvård nationellt (7). I ett fungerande register skulle man till exempel kunna följa komplikationer i samband med aborter och skillnader mellan län. Socialstyrelsens

nuvarande register saknar denna möjlighet. Ett utökad register om oönskade graviditeter förespråkades av regeringens utredning om oönskade graviditeter redan år 2009, samt av akademien och kliniken (18, 66).

Utvärdera interventionen subventionerade preventivmedel

Subventionen av preventivmedel för unga undanröjer kostnad som ett hinder för preventivmedel och påverkar på så sätt användandet. Det är dock oklart hur subventionen bidrar till målet om jämlik hälsa (36). En utvärdering av subventionen ur ett jämlikhetsperspektiv kan ge insikter om dess effekter på abortfrekvensen och preventivmedelsanvändningen i olika socioekonomiska grupper samt bland personer med svensk eller migrationsbakgrund.

Potentiellt skulle en utökning av subventionen av preventivmedel till äldre kvinnor (som i dag har högre abortfrekvenser än unga) kunna gynna kvinnor 26 år och äldre, speciellt kvinnor från socioekonomiskt svaga grupper. Kostnaden för preventivmedel åberopas dock endast som ett hinder för en mycket liten andel av flickor och kvinnor (24). En sådan intervention bör därför föregås av en noggrann analys av dess potentiella effekter, inklusive jämlikhetseffekter, samt en hälsoekonomisk utvärdering för att bedöma dess eventuella kostnadseffektivitet.

Fördjupa förståelsen och skapa inkluderande lösningar

Det är viktigt att fortsätta följa abortstatistiken för att utvärdera det preventiva arbetet för att minska oönskade graviditeter. För en mer omfattande förståelse av prevention och hantering av oönskade graviditeter bör abortstatistiken även jämföras med preventivmedelsanvändningen i Stockholms län. En sådan jämförelse kan ge större insikt i skillnader i abortfrekvens mellan olika sociodemografiska grupper och därmed vägleda eventuella interventioner.

Orsakerna till de sociodemografiska skillnaderna i abort, och vilka insatser som kan vara mest effektiva för att adressera dem, behöver kartläggas mer. Den kunskapen krävs för att interventioner som bidrar till en bättre och mer jämlik reproduktiv hälsa ska kunna utvecklas. För att säkerställa att interventionerna blir framgångsrika och inkluderande bör målgrupperna involveras i en sådan utveckling (67).

Hela samhället kan hjälpa

Vi vill också poängtera att interventioner som förebygger oönskade graviditeter behövs på flera nivåer, även utanför hälso- och sjukvården. Dels för att främja kontakt med hälso- och sjukvården, dels för att påverka faktorer som inverkar på risken för en oönskad graviditet där hälso- och sjukvården är mindre direkt inblandad, såsom sexuellt beteende. Till exempel bidrar en väl genomförd skolundervisning i ämnet "sex, samtycke och relationer" till att förbättra hälsolitteracitet genom att öka kunskap, påverka attityder och värderingar samt stärka självkänslan (68). Detta ger unga bättre förutsättningar att skydda sig själva och sina partners mot oönskade konsekvenser av sex, såsom oönskad graviditet. Flera civilsamhällesorganisationer gör viktiga insatser i det förebyggande arbetet, till exempel genom sexualupplysning, informationsspridning, uppsökande aktiviteter och kondomutdelning.

Slutligen är inte aborter ett problem i sig; att göra abort är en rättighet, och de aborter som görs behövs. Ett gott preventivt arbete kan dock minska risken för oönskad graviditet.

Referenser

1. Santelli J, Rochat R, Hatfield-Timajchy K, Gilbert BC, Curtis K, Cabral R, et al. The measurement and meaning of unintended pregnancy. *Perspect Sex Reprod Health.* 2003;35(2):94-101.
2. National Academies of Sciences E, Medicine, Health, Medicine D, Board on Health Care S, Board on Population H, et al. Long-Term Health Effects. The Safety and Quality of Abortion Care in the United States. Washington (DC): National Academies Press (US) Copyright 2018 by the National Academy of Sciences. All rights reserved.; 2018.
3. Andersson I-M, Danielsson KG. Smärta och smärtbehandling vid medicinsk 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.
4. Brynhildsen J, Sääv I. Kirurgisk 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.
5. Danielsson KG. Medicinsk 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.
6. 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.
7. Marions L. Lagstiftning inducerad abort i Sverige. In: Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG) Arbets- och Referensgruppen för Familjeplanering, editor. *Inducerad abort: Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG);* 2018.
8. Sveriges Riksdag. Abortlag (1974:595): Sveriges Riksdag; [Available from: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/abortlag-1974595_sfs-1974-595/#overgang.
9. UNFPA. Programme of Action adopted at the International Conference on Population and Development (ICPD) Cairo, 5–13 September 1994. 1994.
10. Starrs AM, Ezeh AC, Barker G, Basu A, Bertrand JT, Blum R, et al. Accelerate progress-sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher-Lancet Commission. *Lancet.* 2018;391(10140):2642-92.
11. Jones RK. An estimate of lifetime incidence of abortion in the United States using the 2021-2022 Abortion Patient Survey. *Contraception.* 2024;110445.
12. Heino A, Gissler M. Aborter i Norden 2019. Institutet för hälsa och välfärd; 2021.
13. Socialstyrelsen. Statistik om aborter 2022. Socialstyrelsen; 2023. Contract No.: 2023-5-8521.
14. Socialstyrelsen. Abortstatistik - dec 2020. 2020.
15. Folkhälsomyndigheten. Nationell strategi för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR). Stockholm 2020.
16. Socialstyrelsen. Statistik om aborter 2021. Socialstyrelsen; 2022.
17. Socialstyrelsen. Statistikdatabas för aborter <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/alla->

- statistikammen/aborter/: Socialstyrelsen; 2022 [Available from: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/alla-statistikammen/aborter/>].
18. Larsson E, Gemzell-Danielsson K, Klingberg-Allvin M, Kopp-Kallner H, Sääv I, Essén B, et al. Brist på register skadar abortvården. *Svenska Dagbladet*. 2015.
 19. Makenzius M, Tydén T, Darj E, Larsson M. [Sweden has the highest abortion rate among the Nordic countries. Unwanted pregnancies should be seen in a holistic perspective--individuals, health care, community]. *Lakartidningen*. 2013;110(38):1658-61.
 20. Helström L, Odlin 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.
 21. Vangen S, Eskild A, Forsen L. Termination of pregnancy according to immigration status: a population-based registry linkage study. *Bjog*. 2008;115(10):1309-15.
 22. Heino AE, Gissler M, Malin M, Väisänen H. Induced abortions by woman's country of origin in Finland 2001–2014. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2018;48(1):88-95.
 23. 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.
 24. Folkhälsomyndigheten. Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) i Sverige 2017 – Resultat från befolkningsundersökningen SRHR2017. Folkhälsomyndigheten; 2019 2019-05-18.
 25. 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.
 26. Kolak M, Lofgren 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.
 27. Folkhälsomyndigheten. Preventivmedelsanvändning bland kvinnor med migrationserfarenhet. Folkhälsomyndigheten; 2023. Contract No.: 23200.
 28. Folkhälsomyndigheten. Nationella folkhälsomål och målområden 2023 [Available from: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/om-folkhalsa-och-folkhalsoarbete/tema-folkhalsa/vad-styr-folkhalsopolitiken/nationella-mal-och-malomraden/>].
 29. Amnesty International and Médecins du Monde - International. Amnesty International and Médecins du Monde – International v. Sweden, Complaint No. 227/2023 " Collective complaint on the violation of the right to protection of health and the principle of non-discrimination violation of article 11 (1), read alone or in conjunction with article E". In: Charter DotES, editor. Strasbourg: European Committee of Social Rights 2023.
 30. Svensson E, Ehrenstein V, Nørgaard M, Bakketeig LS, Rothman KJ, Toft Sørensen H, et al. Estimating the Proportion of All Observed Birth Defects Occurring in Pregnancies Terminated by a Second-trimester Abortion. *Epidemiology*. 2014;25(6).
 31. World Health Organization Regional Office for Europe. European Health Information Gateway - Abortions per 1000 live births Copenhagen: Data and Digital Health Unit, Division of Country Health Policies and Systems, World Health

- Organization Regional Office for Europe; 2024 [Available from: https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_586-7010-abortions-per-1000-live-births/#id=19681&fullGraph=true.
32. Envall N, Gemzell Danielsson K, Kopp Kallner H. The use and access to contraception in Sweden during the COVID-19 pandemic period. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2023;28(5):275-81.
 33. Niemeyer Hultstrand J, Törnroos E, Gemzell-Danielsson K, Larsson MI, Makenzius M, Sundström-Poromaa I, et al. Induced abortion and access to contraception in Sweden during the COVID-19 pandemic. *BMJ Sex Reprod Health*. 2022;48(4):311-2.
 34. Rydelius J, Edalat M, Nyman V, Jar-Allah T, Milsom I, Hognert H. Influence of the COVID-19 pandemic on abortions and births in Sweden: a mixed-methods study. *BMJ Open*. 2022;12(2):e054076.
 35. Niemeyer Hultstrand J, Törnroos E, Tydén T, Larsson M, Makenzius M, Gemzell-Danielsson K, et al. Contraceptive use among women seeking an early induced abortion in Sweden. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2023;102(11):1496-504.
 36. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Kostnadsfria preventivmedel till unga - En uppföljning av satsningen på kvinnors hälsa. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2020.
 37. Stockholm R. Patientavgifter i Stockholms län 2024 [Available from: <https://www.1177.se/Stockholm/sa-fungerar-varden/kostnader-och-ersattningar/patientavgifter-i-stockholms-lan/>.
 38. Väisänen H. The association between education and induced abortion for three cohorts of adults in Finland. *Popul Stud (Camb)*. 2015;69(3):373-88.
 39. Folkhälsomyndigheten. Migration, sexuell hälsa och hiv- och STI-prevention: en kartläggning av unga migranternas sexuella och reproduktiva hälsa och rättigheter i Sverige. . Solna: Folkhälsomyndigheten; 2020.
 40. Åkerman E, Larsson EC, Essén B, Westerling R. A missed opportunity? Lack of knowledge about sexual and reproductive health services among immigrant women in Sweden. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 2019;19:64-70.
 41. Fried S LE, Essén B. . Behov av information om sexuell och reproduktiv hälsa bland kvinnor med migrantbakgrund i Sverige. Uppsala; 2018.
 42. Larsson EC, Fried S, Essén B, Klingberg-Allvin M. Equitable abortion care - A challenge for health care providers. Experiences from abortion care encounters with immigrant women in Stockholm, Sweden. *Sex Reprod Healthc*. 2016;10:14-8.
 43. Finnish Institute for Health and Welfare. Induced abortions 2023. 2024.
 44. 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.
 45. Dahlgren C GF, Hagman M, Sveréus S, . Konsumtionsvolym och diagnospanorama för digitala och fysiska besök i primärvården under covid-19-pandemin. Covid-19-pandemin och digitalt vårdutnyttjande – Delrapport 1. Region Stockholm sjukvårdsforskning Cfho; 2021.
 46. Deogan C, Abrahamsson K, Mannheimer L, Björkenstam C. Having a child without wanting to? Estimates and contributing factors from a population-based survey in Sweden. *Scand J Public Health*. 2022;50(2):215-22.

47. Folkhälsomyndigheten. När hände vad under pandemin? : Folkhälsomyndigheten; 2024 [Available from: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittykydd-beredskap/utbrott/utbrotsarkiv/covid-19-pandemin-2019-2023/nar-hande-vad-under-pandemin/>].
48. 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.
49. 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.
50. 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>].
51. 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.
52. 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.
53. Tirado V, Engberg S, Holmblad IS, Strömdahl S, Ekström AM, Hurtig AK. "One-time interventions, it doesn't lead to much" - healthcare provider views to improving sexual and reproductive health services for young migrants in Sweden. *BMC Health Serv Res*. 2022;22(1):668.
54. Folkhälsomyndigheten. Nationell handlingsplan för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) i Sverige – Genomförandet av den nationella SRHR-strategin 2023–2033. Stockholm; 2023.
55. Region Stockholm. 1177: Inera; 2024 [23:e juni 2024]. Available from: <https://www.1177.se/Stockholm/>.
56. UMO. UMO.se: Sveriges regioner; [24:e juni 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. RFSU. Sex, Kropp och Hälsa på olika språk Stockholm: RFSU; [Available from: <https://www.rfsu.se/sex-och-relationer/for-pedagoger-och-yrkesverksamma/sex-kropp-och-halsa-pa-olika-sprak-upos/>].
60. Decker MJ, Zárate CG, Atyam TV, Saphir M. Improving Adolescent Perceptions of Barriers and Facilitators to Sexual and Reproductive Health Services Through Sexual Health Education. *Journal of Adolescent Health*. 2023;72(1):138-46.
61. Berglas NF, Hucles K, Constantine NA, Jerman P, Rohrbach LA. Predisposing, enabling and need-for-care predictors of adolescents' intention to use sexual health services. *Sex Health*. 2016;13(6):540-8.

62. Kilander H, Brynhildsen J, Alehagen S, Fagerkrantz A, Thor J. Collaboratively seeking to improve contraceptive counselling at the time of an abortion: a case study of quality improvement efforts in Sweden. *BMJ Sex Reprod Health*. 2019;45(3):190-9.
63. Sääv I, Stephansson O, Gemzell-Danielsson K. Early versus delayed insertion of intrauterine contraception after medical abortion - a randomized controlled trial. *PLoS One*. 2012;7(11):e48948.
64. Hognert H, Kopp Kallner H, Cameron S, Nyrelli C, Jawad I, Heller R, et al. Immediate versus delayed insertion of an etonogestrel releasing implant at medical abortion-a randomized controlled equivalence trial. *Hum Reprod*. 2016;31(11):2484-90.
65. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser 2018 - En god vård? Övergripande uppföljning utifrån sex frågor om hälso- och sjukvårdens resultat. 2019. Report No.: 2019-1-20.
66. Arbetsgruppen för förebyggande av oönskade graviditeter (S 2007:D). Bättre förutsättningar för det förebyggande arbetet - idépromemoria från Socialdepartementets arbetsgrupp för förebyggande av oönskade graviditeter In: Socialdepartementet, editor. Stockholm: Regeringskansliet; 2009.
67. Haldane V, Chuah FLH, Srivastava A, Singh SR, Koh GCH, Seng CK, et al. Community participation in health services development, implementation, and evaluation: A systematic review of empowerment, health, community, and process outcomes. *PLOS ONE*. 2019;14(5):e0216112.
68. UNESCO, UNAIDS, UNFPA, UNICEF, UN Women, WHO. International technical guidance on sexuality education: an evidence-informed approach. Paris: UNESCO Publishing; 2018.

Bilagor

Bilaga 1. Jämförelse av antal aborter i Stockholms län i VAL-databaserna och Socialstyrelsens abortregister

Abortdata från VAL-databaserna korrelerar delvis med Socialstyrelsens abortstatistik från Stockholms län när de jämförs (se tabell A). Under perioden 2018–2022 rapporterade VAL-databaserna konsekvent fler aborter i Stockholms län än Socialstyrelsens register. År 2020 var skillnaden mest markant, vilket möjligen kan tillskrivas ökade påfrestningar inom hälso- och sjukvården till följd av covid-19-pandemin, där rapportering till Socialstyrelsen kan ha bortprioriterats.

ICD-koder, som registreras i VAL-databaserna, används av sjukvården för att få ersättning för den vård som ges. Det är osannolikt att abortregistreringen i VAL-databaserna skulle innefatta färre fall än verkligheten, dock är det möjligt att koden kan ha missats vid relevanta besök. Därför indikerar den högre siffran i VAL-databaserna troligen att Socialstyrelsens register inte fångar upp alla abortfall. Socialstyrelsens abortregister innehåller eventuell utebliven rapportering, felaktigheter och dubbelrapportering som skulle kunna förklara skillnaderna. Denna jämförelse ger en indikation om tillförlitligheten av data från VAL-databaserna.

Tabell A. Jämförelse av data (antal aborter i Stockholms län per år, 2018–2022) från VAL-databaserna och Socialstyrelsens nationella abortstatistik.

År	Antal aborter i Stockholms län:	
	enligt VAL-databaserna (15–49 år)	enligt Socialstyrelsens nationella abortstatistik
2018	10 479	9 662
2019	10 453	9 956
2020	9 882	7 863
2021	9 488	8 777
2022	9 903	9 298

Källa: VAL-databaserna och Socialstyrelsen.

Bilaga 2. Tabell över abortfrekvens efter bostadsområde

Tabell B. Antal aborter per 1 000 flickor och kvinnor i fertil ålder (15–49 år), uppdelat efter bostadsområde år 2018–2022 i Stockholms län. Data är ålderstandardiserade efter Stockholm läns befolkning under hela perioden.

Bostadsområde	Abortfrekvens
Bromma	15,4
Danderyd	10,8
Ekerö	14,7
Enskede-Årsta-Vantör	19,0
Farsta	20,1
Haninge	20,8
Huddinge	17,7
Hägersten-Älvsjö	16,7
Hässelby-Vällingby	19,7
Nacka	15,4
Norra innerstaden	16,2
Norrtälje	18,2
Nykvarn	16,2
Nynäshamn	21,5
Salem	17,9
Sigtuna	19,1
Skarpnäck	17,0
Skärholmen	19,9
Sollentuna	14,6
Solna	15,1
Sundbyberg	21,7
Södermalm	16,7
Södertälje	18,2
Tyresö	17,8
Täby	12,2
Upplands-Bro	17,6
Upplands-Väsby	20,6
Vallentuna	14,0
Vaxholm	11,6
Värmdö	18,0
Österåker	14,2

Källa: VAL-databaserna.

ISBN 978-91-988022-3-8



Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin
REGION STOCKHOLM